

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين - سطيف -02-

الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

إشراف، إعداد وتحرير:

أ.د / نادية سعيد عيشور

الأعضاء

د / كريمة فلاحى / كنزة عيشور / نعيمة دودو

2017-2016



حقوق التأليف محفوظة

الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

مشروع بحث (C N P R U)

جامعة محمد لمين دباغين – سطيف 2

مديرية البحث العلمي والتطوير التكنولوجي

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي - الجزائر

رمز التسجيل الإداري

I05L02UN190220140008

فهرس المحتويات

.....(أ)	فهرس المحتويات
.....(ث)	فهرس الأشكال
.....(ج)	فهرس الجداول
.....(ح)	مقدمة

الفصل الأول.....موضوع الدراسة

.....10	تمهيد
.....11	أولاً- مشكلة الدراسة
.....13	ثانياً- أهمية وأسباب اختيار موضوع الدراسة
.....15	ثالثاً- أهداف الدراسة
.....16	رابعاً- تحديد المفاهيم
.....21	خامساً- الدراسات السابقة (العالمية والعربية)
.....34	سادساً- النظريات المفسرة للخصوبة وللديموغرافية
.....47	خلاصة

الفصل الثاني.....الخصوبة بين الاتجاه النظري والواقع السوسيو- ثقافي

.....57	تمهيد
.....60	أولاً- العوامل المؤثرة في معدل الخصوبة
.....62	ثانياً- الخصوبة وقضايا البيئة والتنمية
.....62	ثالثاً- التحليل السوسيو- ثقافي للخصوبة
.....65	رابعاً- علم السكان كفرع يهتم بالنساء
.....67	خامساً- مقاييس الخصوبة
.....68	سادساً- أسباب ارتفاع وانخفاض معدلات الخصوبة
.....81	خلاصة

الفصل الثالث.....قضايا السكان والصحة العامة في المجتمع

.....83	تمهيد
.....84	أولاً- أهم النظريات المفسرة للصحة
.....85	ثانياً- أهمية ومجالات الصحة العامة ومبادئها
.....87	ثالثاً- عوامل إعاقة أو نجاح برامج الصحة العامة
.....90	رابعاً- مقاييس ومؤشرات قياس مستويات الصحة العامة
.....92	خامساً- المتغيرات المؤثرة في الخصوبة
.....93	سادساً- وسائل وأساليب التوعية والتثقيف لتعزيز الصحة العامة
.....99	خلاصة

الفصل الرابع.....الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

.....101	تمهيد
.....102	أولاً- النمو السكاني في الجزائر بين الحقيقة والخيال، الواقع والمتنبأ
.....103	ثانياً- تطور السياسة الصحية في الجزائر
.....108	ثالثاً- الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى
.....111	رابعاً- النظام الأسري في الإسلام وفي الواقع الجزائري
.....118	خلاصة

الفصل الخامس.....الاجراءات المنهجية للدراسة الحالية

120.....	تمهيد
120.....	أولاً- فرضيات الدراسة ونموذجها
122.....	ثانياً- التعريف بمجال الدراسة
122.....	1. المجال الجغرافي
126.....	2. المجال البشري
127.....	3. المجال الزمني
128.....	ثالثاً- المصادر والوسائط المعتمدة
128.....	1. المصادر: النظرية والميدانية
129.....	2. الوسائط البشرية والالكترونية
130.....	رابعاً- العينة
131.....	1. النوع والموصفات
131.....	2. الحجم والنسبة وطريقة احتسابها
133.....	خامساً- المنهج
134.....	سادساً- الأدوات المنهجية
134.....	1. الاستمارة
134.....	2. المقابلة
135.....	3. الملاحظة
135.....	خلاصة

الفصل السادس.....المعالجة السوسيو- كمية وكيفية لبيانات الدراسة الميدانية

137.....	تمهيد
138.....	أولاً: تفريغ البيانات الميدانية:
138.....	1. المعالجة السوسيو- كمية لبيانات التقنيات الكيفية:
138.....	أ. عرض وتحليل بيانات تقنية الملاحظة العلمية
143.....	ب. عرض وتحليل بيانات تقنية المقابلات الحرة العشوائية والمقصودة:
150.....	ج. عرض بيانات المقابلات المقننة
172.....	د. المعالجة السوسولوجية للنتائج الجزئية لبيانات التقنيات الكيفية للدراسة
186.....	ذ. النتائج الجزئية العامة للتقنيات الكيفية للدراسة الميدانية
193.....	2. المعالجة السوسيو- كمية لبيانات تقنية استمارة الاستبيان
193.....	أ. عرض وتحليل بيانات تقنية استمارة الاستبيان
193.....	ب. المعالجة السوسولوجية للنتائج الجزئية لتقنية استمارة الاستبيان للدراسة الميدانية
193.....	ثانياً: مناقشة النتائج الجزئية للفرضيات في ضوء الدراسات السابقة والاتجاهات النظرية
242.....	النظرية
252.....	ثالثاً: المناقشة الميكرو- و- الماكرو سوسولوجية للنتائج العامة
284.....	خلاصة
285.....	خاتمة
291.....	التوصيات والاقتراحات

295.....	قائمة المصادر والمراجع
300.....	الملاحق:
301.....	أولا- دليل المقابلة
304.....	ثانيا- استمارة الاستبيان
312.....	ثالثا- الوثائق الاحصائية
.....	رابعا- الرخص الادارية

فهرس الأشكال

ص	عنوان الشكل	رقم الجدول
39	يوضح التصنيف الاول لنظريات السكان: الطبيعية والاجتماعية	الشكل رقم (1)
39	يوضح التصنيف الثاني لنظريات السكان: البيولوجية والثقافية	الشكل رقم (2)
40	يوضح التصنيف الثالث لنظريات السكان: المدخل المحافظ والمدخل الراديكالي	الشكل رقم (3)
66	يوضح نقاط الكثافة السكانية في العالم	الشكل رقم (4)
66	يوضح معدل خصوبة الامهات المراهقات لكل الف امرأة في سن 15-19 عاما	الشكل رقم (5)
69	يوضح مقارنة بين الهاتيرات ومجموعة من الهنود في الولايات المتحدة الأمريكية:	الشكل رقم (6)
73	يوضح مقاييس الخصوبة عند سن معين للنساء في بنغلاداش	الشكل رقم (7)
121	يوضح نموذج الدراسة	الشكل رقم (8)
122	يوضح موقع مستشفى الأم والطفل الكائن بمنطقة الباز (مدينة سطيف)	الشكل رقم (9)

فهرس الجداول – الاطار النظري

ص	عنوان الجدول	رقم الجدول
73	الخصوبة عند عمر معين للمتزوجين من الهاتيرايث	الجدول رقم (1)
74	يوضح حساب الرقم القياسي للخصوبة لكون في الولايات المتحدة الامريكية عام 1984.	الجدول رقم (2)
74	يوضح طريقة حساب (I _g) الرقم القياسي للخصوبة للمتزوجين	الجدول رقم (3)
75	يوضح استبدال الرقم القياسي للخصوبة بالإناث المتزوجات	الجدول رقم (4)
103	يوضح تمثيل سكان الولايات الخمس الكبرى في الجزائر 2004	الجدول رقم (5)
117	يوضح درجة الاهتمام بصحة الأم والطفل في الجزائر من حيث الانفاق	الجدول رقم (6)
123	يوضح بعض الاحصائيات المتعلقة بالنمو الديموغرافي في ولاية سطيف	الجدول رقم (7)
125	يوضح احصائيات حول القطاع الصحي العام والقطاع الخاص بولاية سطيف	الجدول رقم (8)
125	يوضح عدد المتدرسين للقطاع المنتسبين للخاص بمدينة سطيف	الجدول رقم (9)
126	يوضح نشاطات التوليد بمستشفى الأم والطفل بمدينة سطيف	الجدول رقم (10)
127	يوضح حصيلة النشاطات الطبية (الطب النسوي) للقطاع الخاص بمدينة سطيف.	الجدول رقم (11)

فهرس الأشكال – الإطار الميداني

رقم الجدول	عنوان الشكل	ص
الشكل رقم (1)	يوضح سن مفردات عينة الدراسة	193
الشكل رقم (2)	يوضح مكان إقامة مفردات عينة الدراسة	194
الشكل رقم (3)	يوضح المستوى التعليمي لعينة الدراسة ومستوى أزواجهن	195
الشكل رقم (4)	يوضح طبيعة ونوع عمل مفردات عينة الدراسة	197
الشكل رقم (5)	يوضح نوع عمل أزواج مفردات عينة الدراسة	197
الشكل رقم (6)	يوضح مكان عمل أزواج مفردات عينة البحث	198
الشكل رقم (7)	يوضح تاريخ زواج مفردات العينة وفقاً لكل عشرية	199
الشكل رقم (8)	يوضح تاريخ أول إنجاب لمفردات عينة البحث	200
الشكل رقم (9)	يوضح عدد الإناث والذكور المنجبين لعينة الدراسة	201
الشكل رقم (10)	يوضح مدى ملائمة المحيط الفيزيقي للعيش	203
الشكل رقم (11)	يوضح مكان عمل أزواج مفردات عينة البحث	204
الشكل رقم (12)	يوضح مدى كفاية الراتب تلبية بعض احتياجات الأسرة لمفردات عينة الدراسة	206
الشكل رقم (13)	يوضح بداية ممارسة تنظيم النسل بحسب مفردات عينة الدراسة	210
الشكل رقم (14)	يوضح فيما إذا كانت المرأة تتبع الطريقة الطبيعية في تنظيم نسلها	211
الشكل رقم (15)	يوضح فيما إذا كانت المرأة تتبع الطريقة الطبية في تنظيم نسلها	212
الشكل رقم (16)	يوضح أسس تفضيل جنس المولود لدى عينة الدراسة	214
الشكل رقم (17)	يوضح الرغبة في إنجاب عدد معين من الأولاد	214
الشكل رقم (18)	يوضح رأي عينة الدراسة حول أثر العمل خارج المنزل على سياسة الإنجاب في الأسرة	215
الشكل رقم (19)	يوضح نظرة عينة الدراسة إلى تحديد النسل	217
الشكل رقم (20)	يوضح ما إذا تم الزواج في سن مبكرة لدى مفردات عينة الدراسة	226
الشكل رقم (21)	يوضح ما إذا ساعد الزواج في سن مبكرة على سرعة الإنجاب لدى مفردات عينة البحث	227
الشكل رقم (22)	يوضح ما إذا كان لتأخر سن الزواج أثر بارز على القدرة على الإنجاب لدى مفردات عينة البحث	230
الشكل رقم (23)	يوضح طبيعة الوضعية الصحية لدى مفردات عينة البحث	231
الشكل رقم (24)	يوضح ما إذا كانت مفردات عينة البحث تفضل متابعة العلاج بالمركز الصحي العمومي أم بالعيادات الخاصة	235
الشكل رقم (25)	يوضح مدى شعور مفردات عينة البحث بالتحسن بعد المتابعة العلاجية	236
الشكل رقم (26)	يوضح خيار مفردات عينة البحث بخصوص عملية الولادة	238

فهرس الجدول- الاطار ا لميداني

ص	عنوان الجدول	رقم الجدول
202	يوضح طبيعة السكن لمفردات عينة الدراسة	الجدول رقم (1)
202	يوضح نوع السكن لمفردات عينة الدراسة	الجدول رقم (2)
204	يوضح مدة بقاء أزواج عينة الدراسة للعمل خارج الولاية	الجدول رقم (3)
205	يوضح مدى كفاية الراتب أو لا حسب مفردات عينة الدراسة	الجدول رقم (4)
205	يوضح من يقوم بتولي مصاريف الإنفاق على الأسرة	الجدول رقم (5)
207	يوضح رأي مفردات العينة حول إمكانية التعاون الاقتصادي بين الزوجين أو عدمه	الجدول رقم (6)
208	يوضح أثر الظروف الاقتصادية للزوجين على تقليص حجم الإنجاب	الجدول رقم (7)
208	يوضح طبيعة وظروف العيش في المدينة محل الإقامة	الجدول رقم (8)
209	يوضح مدى تدخل الاهل في قرار الانجاب لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (9)
209	يوضح موقف مفردات العينة من عملية تنظيم النسل	الجدول رقم (10)
211	يوضح مدة انتظام الإنجاب بين ولادتين لدى عينة الدراسة	الجدول رقم (11)
213	يوضح مدة التباعد بين الولادات لدى مفردات عينة الدراسة	الجدول رقم (12)
213	يوضح دلالة الإنجاب لدى عينة الدراسة	الجدول رقم (13)
216	يوضح العدد المفضل من الأبناء لدى عينة الدراسة	الجدول رقم (14)
217	يوضح مدى أهمية ومنافع كثرة الإنجاب لدى عينة الدراسة	الجدول رقم (15)
218	يوضح موقف مفردات العينة من نظرة المجتمع للزوجين العقيمين	الجدول رقم (16)
220	يوضح موقف الإسلام من تحديد النسل من وجهة نظر مفردات عينة البحث	الجدول رقم (17)
221	يوضح دلالة كثرة الانجاب في ثقافة المجتمع في تصور مفردات عينة البحث	الجدول رقم (18)
222	يوضح علاقة وسائل الاعلام بالإنجاب عدد معين من الأولاد لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (19)
223	يوضح أسس تفضيل مفردات العينة لجنس المولود (مكرر قصدا)	الجدول رقم (20)
224	يوضح الرغبة لدى مفردات العينة في انجاب عدد معين من الأولاد	الجدول رقم (21)
224	يوضح العدد المفضل من الاولاد لدى مفردات عينة البحث (مكرر قصدا)	الجدول رقم (22)
225	يوضح أهمية ومنافع انجاب الأولاد لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (23)
228	يوضح عمر مفردات عينة البحث عند الزواج في حالة التأخر	الجدول رقم (24)
229	يوضح أسباب تأخر سن الزواج لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (25)
231	يوضح وضعية الزواج لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (26)
232	يوضح طبيعة المشاكل الصحية لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (27)
233	يوضح طبيعة الوضعية الصحية لدى مفردات عينة البحث	الجدول رقم (28)
234	يوضح ما إذا كان أفراد عينة البحث يعانون من أمراض ومشاكل صحية	الجدول رقم (29)
237	يوضح تقييم طرق وأساليب المتابعة الطبية لمفردات عينة البحث	الجدول رقم (30)
239	يوضح موقف مفردات عينة البحث من ظروف التكفل للفريق الطبي أثناء عملية الولادة	الجدول رقم (31)
240	يوضح ما إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما لدى مفردات عينة البحث مصاب بأحد هذه الأمراض	الجدول رقم (32)

مقدمة

فقد عنى التوازن والسواء البيولوجي للإنسان، من حيث قدرته الجسدية على ممارسة الحركة والنشاط بكل يسر، كما قد عكس، على الصعيد الفكري والسيكولوجي؛ السواء والاتزان والمنطقية والرشد، وكلها مؤشرات لسلامته العقلية والنفسية، وبقي التكيف والتوافق والاندماج؛ مظاهر تروم للتعبير عن توازنه وتوافقه وحيويته من الناحية السوسيوولوجية¹.

لطالما اعتبرت
الصحة، مفهوماً
فضفاضاً، أُشير به إلى
أكثر من حالة، ووصفت
به أكثر من وضعية،
ونظير إليه من نواحي
عديدة،

فهي، أي الصّحة، حسب منظمة الصحة العالمية، تعني: "التكامل الجسماني والعقلي والتوازن الاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض والعاهات"²، كما تعني الصحة العامة: "جزء لا يتجزأ من العملية الاجتماعية"³. بينما يشير المرض إلى: "كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال، والمريض في اللغة العربية هو من فسدت صحته، فضعف، أو من به نقص وانحراف"⁴.

وبهذا تكون الصحة العامة؛ مقياساً تقاس به درجة تقدم المجتمعات، ومظهراً من مظاهر اهتمامها بالعنصر الإنساني، في إطار ما يعرف بالتنمية المستدامة، ليس فحسب لكونها جزءاً لا يتجزأ من العملية الاجتماعية، بل لأنها، كذلك، هدفاً يسعى إلى غاية، وهي سعادة البشرية ورفاهيتها. غير أنها، من حيث مستوياتها، تتأثر بشدة في أي مجتمع، بعدد عوامل واعتبارات؛ ذات طبيعة متنوعة: إيكولوجية، سياسية، اقتصادية، بيولوجية، اجتماعية، دينية، ثقافية وغيرها، من المؤكد أنها تمارس عليها ضغوطاً متلاحقة ومتباينة ومتوارثة عبر التنشئة الاجتماعية، بفعل تدخلها كرها في تنميط أساليب الحياة⁵.

حظيت المجتمعات الحديثة الغربية، على وجه الخصوص، بفقرات نوعية، إذ خُطت خطوات عملاقة نحو تحصيل عديد مآرب وتأصيلها في الاستراتيجيات والأجندات السياسية للمجتمعات السياسية والمدنية على حد سواء، وانتهت بتحقيق القدر غير المتوقع من النمو الاقتصادي، فسار هذا المفهوم، أي النمو، وفق خط مستقيم متطور ومتصاعد

¹ نادية سعيد عيشور: الوضعية الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الانجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة

سليط، مجلة التغير الاجتماعي، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد الثاني، فيفري 2017، ص43

² أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، دار النهضة، بيروت، 2000، ص49.

³ ولبر شرام: أجهزة الإعلام والتنمية الوطنية، ترجمة: محمد فتحي، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، القاهرة، 1970، ص157.

⁴ أميرة منصور يوسف علي: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1997، ص26.

⁵ نادية سعيد عيشور: المرجع السابق، ص43.

نحو أفق العالمية، متجاهلا بل ومداهما بروز عديد أسباب ووضعيات تدعوه للتريث، فأضحى اليوم، عشية أفول مرحلة الحداثة، (المهم) الذي تحاك ضده الاتهامات " تشويه الفطرة "، وتستهدفه جميع الشكاوي المرافعات القانونية والسياسية والمدنية والأخلاقية لاسيما فيما تعلق بمسألة الصحة العالمية.

في العالم التابع، فإن حجم المأساة الصحية يتضخم، بتضخم حجم التبعية نفسها، وتوسع مجالاتها، وانبطاح سياساتها أمام القيود والضغوط الدولية للمؤسسات العالمية: المالية والاقتصادية التابعة للمجتمع ما بعد الحداثي.

ففي الوقت الذي شهد فيه هذا العالم في أغلب ربوعه؛ تحسنا بل وتقدما كبيرا في مجال تحسين مستويات الصحة والتعليم والمساواة والتعمير، بعد مرحلة الاستقلال السياسي؛ وانغمر، عبر مختلف سياساته المنتهجة، في تقفي أثر الآباء البيض غير البيولوجيين، في مسيرتهم التقدمية، لم يلبث أن اصطدم بمخلفات وسلبيات هذا التطور الهائل في مجال الصناعة والتكنولوجيا، واستفاق على التجرد من الهوية وذوبان الخصوصية، وفقدان العزيمة والارادة السياسية والاقتصادية والعلمية، بل أكثر مما يمكن أن يُتخيل؛ وجد نفسه مُكبلا بقيود التبعية الذاتية الطوعية (التبعية النفسية) للنمط المشوه للحياة العصرية الغربية.

إذ تشدّ همّتهم لإتيانها تارة، وتوصد ومضاتها في وجوههم تارة أخرى، فتجعلهم يلهثون ورائها، كالكلب إن تحمل عليه يلهث، وإن تتركه يلهث، فهناك من بها يذكرهم، إذا حاولوا طمس أعينهم وعنها تحويل قلوبهم، تغافلا أو تناسيا، تلك هي الحياة العصرية، المُغرية في كل شيء وبكل شيء، جعلت من نفسها هدفا (الرفاهية) من غير غاية (السعادة)، تلك هي دنيا اليوم، فظاها رحمة وباطنها قد يكون العذاب.

تشهد صورة

«الحياة العصرية العالية»

«*Mode de vie*»

أنظار الناس وتبطنهم
نصوها، تضر قلوبهم
بالفسحة، وتنفق عليهم
بألم، ففسي المنبع
الصحة تجد للاستمتاع

بالحياة القصيرة،

سوسيولوجيا؛ قد رافع عدد غير قليل من علماء الاجتماع المعاصرين، من أمثال ألان توران Alain Touraine، أنتوني جينز Anthony Giddens، بيير بورديو، إلى جانب أتباعهم مثل سارج بوسك Serge Bosc جان فرانسوا دورتيه Jean-François Dortier، وفيليب كابان Philippe Cabin وجان بودريار Jean Baudrillard وغيرهم، حينما أتوا إلى التحديق في مكتسبات مرحلة الحداثة، وتشخيص مجمل اسقاطاتها امبيريقيا، وتصريف أضرارها من مجمل فوائدها، فما كان منهم إلا أن أنكروا عليها، فجعلوا وصفهم لها، تمردا وتحاملا، بل وأحيانا تدمرا ساخرا، تلك هي الانعكاسية والتغذية الرجعية، في غير ما أرادت أماني وأحلام مؤسسيها وروادها أن تكون عليه. ليسوا وحدهم بل ثمة من حذا حذوهم من رجال

السياسة والاقتصاد الحديث في العالم، إذ رافعوا ضد همجية النزوع التجاري نحو تنمية رؤوس الأموال، على غرار ما تنطوي عليه مآسي مفهوم التنمية¹، حيث عطلت آليات السعادة البشرية في العالم ككل، بمحاصرة وقمع مصادرها.

هذا ناهيك عن أولئك الذين لم يجدوا بُداً من ربط مجريات الواقع باستشفاف مصادر التعاسة فيه، بفلسفة الحياة العصرية نفسها، كنتيجة حتمية لأنماط تفكير واتجاهات سلوك معينة، طبعت ثلثة من الناس (قادة وزعماء السياسة ورجال المال والأعمال)، وثلثة من المؤسسات (السياسية والاقتصادية في العالم)، وهذا في غمرة بحثهم وتفسيرهم لبنية التشابك والتعقيد بين أزمة المجتمع وأزمة علم الاجتماع من جهة، وبنية الأزمة بين الفرد والمجتمع من جهة ثانية، وبنية الأزمة بين العالم المتقدم والعالم التابع من جهة ثالثة، ومنهم نذكر على سبيل المثال: جون ركبس John Rex في نظريته عن الصراع والتبادل في السوق، هوارد بيكر Howard Beker، ميشال كروزيه Michel Crozier، ماري دوغلاس، ريمون بودون Raymond Boudon وغيرهم كثيرون.

فالاستخدام غير الرشيد وغير العقلاني للعقل، للتكنولوجيا، للمعرفة، للديموقراطية، وللرأسمالية، والرّج بها كلها في كافة مجالات الحياة العصرية، وانسحابها قهراً على جميع البقاع في العالم، بفعل مصادر وأدوات وآليات الهيمنة، أفرز عديد معضلات بشرية في هذا الزمن، إذ على قدر ما يمكن أن توفره من الرفاه لثلثة من البشر، على القدر ذاته، يمكن أن تكون إصابة السواد الأعظم من البشرية جمعاء في مقتل، حيث يعمّ الشقاء والتعاسة.

ومن ثم، وعلى الصعيد الممارساتي؛ فلا جرم في أن يوجه الاتهام إلى كبريات الشركات في العالم؛ تلك العابرة للحدود والواضعة للقيود، تلك المجسمة لمصادر القوة والمهيمنة على مواقع السلطة، وصنّاع القرار السياسي والاقتصادي وحتى التربوي والثقافي. حيث لا يغيب عن العارفين حجم مفرزات الحداثة، من التدمير البيئي والبشري على حد سواء، ما انتهى به من بروز اختلالات دولية وأمنية، أذكت تداعياتها أزمات اقتصادية وأخرى سياسية، وآفات اجتماعية، وانجرافات أخلاقية وقيمية، وأزمات نفسية فردية وجماعية ومجتمعية، وأمراضاً عضوية لم تكن في الحسبان..

إن « نمط الحياة العصرية »، أصبح المتهم الأول فيما يصيب الناس من معاناة تنتهي بأمراض، بعضها قد يكون قاتلاً، إنه المشكلة التي نفتقر إلى حلول عاجلة للتسوية الناجعة، لكنّها المشكلة المرغوب فيها بالطبع، وتلك هي المفارقة العجيبة، فلعلنا ندرك بعضاً من أخطار هذا الزمن، وبالرغم من ذلك، يدفعنا طمع نفوسنا وتجربتنا أننا نبتنا الفردية، وتفكيرنا القاصر لحياة قصيرة إلى تحقيق الربح السريع، والمتعة القصيرة،

¹ نادية سعيد عيشور: التنمية المستدامة وتحديات السيادة الوطنية في العالم العربي- الجزائر نموذجاً، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، 2016، المبحث الأول.

والنشوة العابرة، واللحظة الفارحة، والفرحة الفارغة، والانجراف وراء أطماع متجددة لإشباع حاجات متعددة.

فمن المؤكد أن تهقير الصّحة العمومية في بلدان العالم الثالث، وحتى عوالم أخرى بأقذار متفاوتة، هي تعبير جليّ لرغبة جميع الدول والشعوب، في تسلق أحلام يحيكها الواقع بمغرياته، لكن تحمل في طياتها بذور تدميرها وسلامتها، حيث لا تدرك مآلاتها إلاّ بعد فوات الأوان.

لقد أفرزت مرحلة ما بعد الحداثة المتزامنة لمرحلة ما بعد التكنولوجيا، منجزات مادية، وقيم وأعراف معنوية، تبلورت في اتجاهات فكرية وأنماط سلوكية جديدة غير مألوفة لفطرة البشر ولا لطبيعتهم؛ وفرت الفضاء لنمو وتشكل بنيات مجتمعية على مستوى عالي من درجة التعقيد والتناقض الداخلي، انتهت بما يمكن أن يوصف بأزمة الفكر، وفوضى القيم، وسبات المنطق، واختلال معايير ومحددات الخلق الرفيع، وطغيان اغتراب الذات الانسانية والحضارية وذابت مفاهيم حقوق الانسان ضمن عين العاصفة¹.

فحقنا في الحياة؛ يعني الحق في الصّحة والسلامة التّامة والكاملة بيولوجيا، نفسيا، اجتماعيا ماديا، وروحيا. وحق التعليم؛ في أن نتعلم ما يجعل حياتنا تصير إلى الحال الأفضل والتحسن الدائم، ويمكننا من أن نكون واعيين، حق الوعي، بذواتنا المستقلة، وبحقوقنا وبواجباتنا، التي تحدد لنا أنسب المواقع وأحق المكانات في المجتمع، وكذلك حق المساواة، في أن توفر لنا التجسيد الفعلي للعدالة الاجتماعية، وتتيح لنا كامل الفرص لنحصل على ما نريد فيما يمكن أن تجود به امكاناتنا الخاصة، وحق الحرية في أن نمارس معتقداتنا في حدود احترامها للآخرين واحترام الآخرين لنا، وفي أن نفكر بمنطق سليم، ونتخذ القرار دون قهر معنوي ولا قيود قانونية وإلزامية ولا هيمنة ناعمة ولا قاسية..

وبالنظر إلى حقوق الإنسان في واقع الدول والشعوب؛ حيث تتضاءل صداها، وتخفت ومضاتها، وتنتفي في السياسات أبعادها، وتتلاشى روحها النضالية يوما من بعد يوم. فلا حق للحياة، في ظل هذا الدمار وهذه الحروب، حيث اشتعال نار الفتن هنا وهناك، وفي كل مكان، لاسيما في منطقة الشرق الأوسط، ومع تصاعد وتصدير ظاهرة الإرهاب الدولي، حيث ظل مفهوم الأمن والسلام على حافة الطريق، وأصبحت جهود ومساعي منظمات السلام الدولية في مقتل.

وإذا كانت منظمات الصحة العالمية (على الصعيد الدولي) تدرك مخاطر هذا الزمن، كما تدرك أسبابها ومصادر إنتاجها ورعايتها، وإذا كانت نضالاتها محفوفة بضغوطات

¹ نادية عيشو ر، كنزة عيشور: النيو-ميديا الاجتماعية وآليات الهيمنة في عصر العولمة، قراءة استيمى - سوسيوولوجية، مداخلة مشتركة في أشغال الملتقى الدولي حول وسائل الاعلام في الجزائر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة تيسة، 2017، قيد النشر في مجلة الكلية.

كثيفة وعراقيل متجددة، من جهات متعددة سياسية ومدنية أيضا، تستهدف تقليص حجم فعاليتها، واحباط مساعيها الجادة نحو تجسيد أهدافها؛ فإن على الدول، وعلى الشعوب والجماعات والأفراد أيضا تدارك الأمر، وتقديم الدعم للذات، والعمل على تمكين استمرار جهود المحافظة على الصحة وتحسين مستوياتها. ذلك لأن الصّحة العامة؛ تخضع لاستيعاب حجم كبير من التأثيرات الصادرة من مختلف العوامل الايكولوجية، والاقتصادية والسياسية والثقافية والبيئية والقيمية والأخلاقية، ذات الصلة بها في المحيط العام.

وبدلا من البحث عن إمكانية خلق الشروط الأنسب للعيش على كوكب المريخ، تفاديا لمشكلة انقراض كوكب الأرض، بسبب الازدحام والاختلال البيئي، فالأحرى هو تنشيط حركية الاهتمام بتقليص الهوة الشاسعة بين نسبة المواليد في مقابل نسبة الوفيات في كل البلدان، والعمل على إحداث الموازنة بين حجم الاستهلاك وحجم الانتاج، وكذلك التوافق بين معدل النمو الديموغرافي في مقابل معدل النمو الاقتصادي، وإذا كان هذا ممّا يتعذر تجسيده في ضوء اختلال منظومة القيم الانسانية وغياب فرض تخليق الاقتصاد، فإن على الدول والشعوب والجماعات والأفراد تدارك الأمر، وتقديم الدعم للذات، والتساند لغرض تمكين استمرار جهود المحافظة على الصّحة وتحسين مستوياتها في العالم. فالصّحة، في النهاية، وفي مفهوم الضعفاء والمعذوبون في الأرض، قد تعني حق الحياة على النحو الذي نتمناه؛ وليس مجرد البقاء نتنفس فوق التراب.

ففي الجزائر؛ على غرار بلدان العالم التابع، لا يخلو اهتمام البعض، سواء السياسيين أو المدنيين، بقطاع الصّحة العمومية، كما لا يمكن إنكار الجهود المبذولة في سبيل ترقيتها، وتحسين مستوياتها، حيث ترتب عنها ارتفاع معدلات الميلاد مقابل تقليص معدلات وفيات الأطفال، زيادة على ارتفاع معدل الأعمار للجنسين ولدى جميع الفئات العمرية تقريبا. غير أن هذه الجهود كلها لم تفلح تماما في تحقيق ما كان منتظرا منها عبر الأهداف المسطرة، التي تضمنتها البرامج والمخططات التنموية الخمسة، وحتى بعد مرحلة الأزمة الوطنية، لاسيما أمام وفود زحم متطلبات الحياة العصرية، بما يحمله من أعباء وتداعيات صحية، إلى جانب تلك العوامل الداخلية بالطبع. فيلاحظ أن معدل الصحة العمومية، وإن سجّل تحسنا، فيما سبق ذكره، أي من النّاحية الكمية، كالزيادة السكانية وارتفاع متوسط العمر، إلا أنّه يعرف تقهقرا في جوانب أخرى تتعلق بمضمون ونوعية الصحة من النّاحية الكيفية، ما حال ويحول دون بلوغ المستوى الصحي العام الذي يفترض أن يتمتع بها المواطنون الجزائريون في هذا الوقت.

من هنا يمكن أن قد تحمل العلاقة بين الخصوبة والصّحة العامة، دلالات سوسيوولوجية، يمكن أن يفسر بها، من جهة أولى أثر نمط الحياة العصرية على مستوى الصّحة لدى الجزائريين، كنموذج مجتمعي عالم ثالثي، ومن جهة ثانية معرفة أثر

الوضعيات المختلفة التي يمكن وأن تشغلها تلك القطاعات الحيوية، والمعبرة عن مستوى معين من مستويات الصحة العمومية، في تقليص أو زيادة معدل الخصوبة.

من هنا ترد أهمية الدراسة الحالية؛ إذ تتجلى في الوقوف على العوامل السوسو-اجتماعية الكامنة خلف التزايد المستمر لمعدل الخصوبة، والتي تتسبب على الدوام في فشل السياسة الصحية واجهاض جميع جهودها. وعلى هذا الأساس ارتأينا بحث موضوع الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري، معتمدين هندسة بحثية، تركز على من الناحية النظرية على تصميم متكامل للمتغيرات ومن الناحية الامبيريقية على تصميم خطوات إجرائية ملائمة لخصوصية الواقع والحدود الزمنية والمادية للباحثين، وفيما يلي عرض لاستراتيجية البناء العلمي لعمارة الموضوع:

أولا - الاشكالية:

هل يتأثر معدل الخصوبة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف بوضعيات الصحة العامة في الجزائر؟

تضمن التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل تؤثر الوضعية الاقتصادية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الاجتماعية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الثقافية والتعليمية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الصحية البيولوجية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟

ثانيا- الأهمية:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في كونها اختبار ما توصلت اليه بعض الاتجاهات النظرية المفسرة للخصوبة في العالم، سواء ذات الأصول الوظيفية أو البيولوجية أو الطبيعية أو السيكولوجية أو الانثروبولوجية والسوسولوجية أو القانونية وغيرها، وهنا لا نجد غروا من القول أن أغلب النظريات إنما عالجت الظاهرة من جوانب معينة وفي ضوء زاوية فكرية معمقة ومحددة، تشترك في عمومها في منح تصور شمولي، سيسمح بتمكين الباحثين من فهم واستيعاب الظاهرة من جميع جوانبها، ذات الارتباط العضوي بطبيعة حياة الناس في كل مرحلة من مراحل تطور البشرية.

ثالثا- الهدف العام:

يتمثل الهدف الرئيسي للدراسة في كشف العلاقة بين متغيري معدل الخصوبة وبين
الوضعية الصحية العامة في المجتمع المحلي.

رابعا- الإجراءات المنهجية:

(1) التعريف بمجال الدراسة (جغرافيا وبشريا) مع العينة:

- القطاع العمومي: مستشفى الأم والطفل بالباز – سطيف:
- القطاع الخاص: عينة من العيادات الطبية الخاصة بطب النساء والتوليد
والكائنة بمدينة سطيف

(2) عينات الدراسة:

• العينة المقصودة:

- عينة مقصودة وذات مواصفات (الاختصاص في طب النساء +
خبرة لا تقل عن 20 سنة + مدينة سطيف فقط + زواج وإنجاب):
أطباء من أصل 22 طبيب في مدينة سطيف.
- عينة عشوائية: 10 أطباء (2 اختصاص: طب النساء والتوليد/ 4
أطباء عامون/ 1 الطب الداخلي/ 01 بروفييسور في طب الأورام
السرطانية/ 02 طب الجراحة العامة)
القابلات: 1 مفردة واحدة ذات خبرة عميقة.

• العينة الصدفية:

- إداريات، أطباء، ممرضات، قابلات، أعوان أمن
- عينة من الوافدات للولادة والمتابعة العلاجية مقدره ب (600
امرأة).

(3) المناهج؛ المزمع اعتماده بناء على ملائمته للدراسة:

- تنتمي الدراسة الحالية إلى نطاق الدراسات الوصفية الاستطلاعية.
- تروم توظيف طريقة المقارنة بين القطاع العمومي والقطاع
الخاص، وبين خصائص مفردات الدراسة.

(4) التقنيات المنهجية؛ المزمع اتخاذها أدوات لجمع البيانات، بناء على ملائمتها للمناهج ولطبيعة الموضوع:

- الملاحظة (البسيطة والمقصودة)
- المقابلة (المقابلة الحرة والمقصودة المقننة - والمقابلة الجماعية)
- استمارة الاستبيان (استمارة مقابلة)

(5) تقسيم البحث: تضمن سبعة فصول نظرية وميدانية:

- الفصل الأول: سنتناول موضوع الدراسة، وجهازها المفاهيمي
واتجاهاتها النظرية.

- الفصل الثاني: سيعالج موضوع الخصوبة بين الاتجاه التنظيري والواقع السوسيو- ثقافي.
- الفصل الثالث: سيعالج موضوع قضايا السكان والصحة العامة في المجتمع.
- الفصل الرابع: سيتناول موضوع الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري.
- الفصل الخامس: سيتضمن الإجراءات المنهجية للدراسة ككل (نظريا وميدانيا).
- الفصل السادس: سيقدم المعالجة سوسيو – كيفية وكمية للبيانات الميدانية للدراسة.

الفصل الأول : موضوع الدراسة

تمهيد

أولاً: مشكلة الدراسة

ثانياً: أهمية وأسباب اختيار موضوع الدراسة

ثالثاً: أهداف الدراسة

رابعاً: تحديد المفاهيم

خامساً: الدراسات السابقة (العالمية والعربية)

سادساً: أهم النظريات المفسرة للخصوبة وللديموغرافيا

خلاصة

عادة ما يستهل أي بحث علمي في مجال العلوم الطبيعية أو الاجتماعية، بإطار نظري يستحوشه تأطيرا وإثراء، ما يجعله في النهاية مهيباً ليمنح لقارئه صورة محددة الأبعاد ودقيقة الحدود حول مجال تحرك وتفاعل متغيرات هذا البحث، حيث تعد عملية التعريف بموضوع الدراسة، بما يشتمل عليه من مفاهيم اجرائية وأهداف وابعاد ومؤشرات، من أعقد المعالجات على الاطلاق لكونها، تعكس، بالأساس، جهداً مركزاً ومفعماً بمهارات القدرة على الاقناع واختراق تصورات القراء وشحذ انجذابهم نحو التفاعل بإيجاب واشكالية الموضوع. ونحن هنا نحاول تجسيد ذلك عبر ما هو آت من العناصر.

أولاً- مشكلة الدراسة:

لاشك أن الإنسان كائن معقد جدا، تتداخل فيه الأبعاد المختلفة للعناصر التي تكونه (فيزيولوجيا، روحيا، عقليا، ونفسيا) وتجعل منه مخلوقا متكاملًا، راقيا و متميزًا، ولا شك أيضا أن وضعية كل مكون من مكوناته، له تأثير وتأثر، وفق معادلة التساند الوظيفي المجبول عليه، على كافة مناشطه وطرق استجاباته، وحراكه وطرق استمراره في الحياة، وان أي خلل قد يصيب أي جهاز أو عضو أو عنصر مكون، تكون له انعكاساته بالسلب أو بالإيجاب على الإنسان وعلى غيره أيضا ككل مثلما ورد في الحديث الشريف.

لهذا أصبحت الصحة في المجتمعات الراهنة اليوم تحتل مكانة كبيرة جدا و متزايدة من يوم لآخر، وما زاد من أهميتها أنها تطرح كموضوع لبرامج الأحزاب السياسية، ومنظمات المجتمع المدني، ولوسائل الإعلام والرسائل الإشهارية وحتى شبكات التواصل الاجتماعي، بل حتى صارت موضوعا ذو جاذبية أثناء النقاشات العابرة للرجال والنساء من مختلف الأعمار في الفضاءات والمرافق العامة والخاصة. حيث ترتب على بلوغ الوعي الاجتماعي في مجال الصحة مستوى أعلى مما كان عليه في السابق؛ أن حل مصطلح الصحة شيئا فشيئا محل مصطلح المرض، مثلما حل مصطلح الاستهلاك محل مصطلح الإنتاج. فلم يعد مفهوم الصحة يعني إصابة الجسم بالمرض، بل أصبح الاتجاه العام نحو تفضيل خيار الوقاية أفضل من العلاج، كما أن الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة من بين أحد المنظومات الصحية العالمية. حيث ازداد الاهتمام بموضوع الصحة في شتى مجالات الحياة: محيط العمل، الأسرة (صحة الأم والطفل)، الأمراض الأكثر مساسا بالنساء خاصة (كسرطان الثدي، وسرطان الرحم، داء السكري، أمراض القلب والضغط الدموي وهشاشة العظام)، إضافة إلى الأمراض العقلية والنفسية والعضوية المزمنة، والحوادث والإعاقات وتقهر الصحة بصفة عامة نتيجة لنمط الحياة العصرية.

وانطلاقا من أن الصحة تعتبر أحد أبعاد التنمية الاجتماعية إلى جانب التعليم، فقد أصبح الاهتمام بهذا الجانب من أولويات البرامج التنموية العالمية والقطرية. وتذهب أغلب الدراسات الاجتماعية والاقتصادية إلى أن الصحة تحتل مكانا بارزا على خريطة التنمية. ولعل علماء الاقتصاد قد أصابوا الحقيقة عندما أكدوا على أن الاستثمار في المجال الصحي يعني الاستثمار في نوعية القوى العاملة المنتجة، ونوعية الناس والنمو الاقتصادي. ففي بعض الدول فإن سلطة المسؤولين على الصحة تمتد إلى حق الاعتراض على خطط التنمية التي تؤدي إلى أخطار الصحة، ويحذر ميردال من الوقوع في خطأ عزل عنصر الصحة عن غيره من العناصر الاجتماعية والاقتصادية والسياسية في عملية التنمية.

كما أصبح المجال الطبي وقضايا الصحة عموماً، موضوعاً مركزياً للبحث السوسبيولوجي، لاسيما في الدول المتقدمة، حيث اعتبر عنصراً من النسق الاجتماعي؛ موجهاً لحماية أعضاء هذا النسق من الأمراض وانعكاساتها. فعلم اجتماع الصحة؛ يهتم بالأبعاد الاجتماعية للصحة، بمعنى النظر إلى النظام الصحي كمؤسسة اجتماعية. مع العلم أن موضوع الصحة أصبح في قلب اهتمامات علوم الإنسان وعلم الاجتماع والديمغرافيا بشكل خاص.. فحالياً لم يعد التكلم عن باثولوجيا طبية، علم اجتماع طبي، اقتصاد طبي، لقد تغير الأمر وحل محل ذلك سوسبيولوجيا الصحة، اقتصاد الصحة، علم نفس الصحة، وهكذا أصبحت الصحة محل اهتمام أغلب العلوم الإنسانية والاجتماعية والسياسية، التربوية، علم الاجتماع، الاقتصاد، علم النفس (السياسة الصحية)، مؤسسات الصحة، التربية من أجل الصحة، سوسبيولوجيا الصحة، اقتصاد الصحة، علم النفس الصحة. كما أن تعلم الصحة العمومية في الكليات الصحية في العالم الغربي أصبح متفتحا أكثر على الوقاية، الإعلام، التربية الصحية. فالصحة لم تعد قضية تخص الفرد لوحده ولكن أيضاً تخص كل السكان مثل: قضية تلوث الدم، السيدا، الأمراض المزمنة والعقلية.

والإنجاب بوصفه ظاهرة ايجابية على أساسها يتم ضمان استمرار الكائن البشري في الوجود، صار يكتسي صبغة صحية عالمية؛ تتمحور بالدرجة الأولى حول صحة الأم وصحة الأطفال وصحة المحيط، ومدى ارتباطها بمجموعة من العوامل المؤثرة في إطار علاقتها بمستوى تحقيق الرفاهية للأسرة، لذا الصدد أجريت العديد من الدراسات والبحوث لمعرفة ودراسة الكثير من القضايا المرتبطة بها، ولعل من بينها نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

- دراسة معدلات ومستويات الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها،
- إحداث الموازنة بين معدلات النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي، وبين معدلات الإنتاج ومستويات الاستهلاك،
- نسبة الشيخوخة مقارنة مع نسبة الشباب والأطفال وعلاقتها باستراتيجيات التنمية والتقدم والتخطيط للمستقبل،
- الاهتمام بنوع وسائل منع الحمل التي تستخدمها النساء، وذلك بغية تتبع الآثار الجانبية التي تحدثها على صحة المرأة، ومدى انتشار تلك الوسائل بين فئات المجتمع، وأيضاً التعرف على النقص الذي تواجهه مختلف المصحات النسائية،
- الخدمات فنية والرعاية الصحية والتأطير للأطباء والقابلات.

والجزائر كغيرها من بلدان العالم الثالث، وباعتبار أنها واحدة ممن يسعى إلى التحكم في نسبة المواليد، تطلعا لحياة أسرية واجتماعية أكثر رفاهية؛ بذلت جهوداً جبارة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا من أجل:

أولاً - تخفيض معدل الوفيات للأطفال من خلال توفير مختلف اللقاحات والمتابعة الصحية للام والطفل في المصحات وأيضاً المدارس.

ثانيا- تنظيم النسل عبر استراتيجيات معتمدة لتحقيق الاعتدال بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي تطلعا لحياة أكثر استقرار ورفاهية.

ثالثا- ربط صحة الأم وصحة الطفل بالصحة العامة، والعمل على نشر الوعي الصحي عبر الإعلام والدراسات وغيره.

نظرا للأهمية المتزايدة لهذا الموضوع على الصعيد الوطني من خلال التشريعات والدساتير، ارتأينا بحث علاقة الخصوبة بالصحة العامة في المجتمع المحلي ميدانيا وعلى حيز ميكرو- سوسيلوجي. حيث أن الإشكالية الحالية تدور حول التساؤلات الآتية:

سؤال الانطلاق:

هل يتأثر معدل الخصوبة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف بوضعيات الصحة العامة في الجزائر؟

التساؤلات الفرعية:

- ✓ هل تؤثر الوضعية الاقتصادية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الاجتماعية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الثقافية والتعليمية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟
- ✓ هل تؤثر الوضعية الصحية البيولوجية العامة على معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف؟

ثانيا- أهمية الدراسة وأسباب اختيارها:

تكمن أهمية موضوع الدراسة الحالية حول متغيري: «الصحة العامة ومعدل الخصوبة» في تقرير أهمية ومحورية مجمل العوامل والأسباب التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة، بدرجة فعالية على واقع الصحة العمومية للمواطنين، إذ قد تختلف من مجتمع إلى آخر، ومن فترة زمنية إلى أخرى، حيث أن مختلف الوضعيات التي يشغلها سياق المجتمع العام من عديد مناحي: سياسية واقتصادية واجتماعية وثقافية وتعليمية ودينية وايكولوجية وغيرها، لها مفعول قوي واسقاطات غير متوقعة؛ قد يصعب حصرها ومحاصرتها والتحكم فيها إن تفاقمت سلبياتها وأضرارها على الصحة العمومية في بلد نامي مثل الجزائر، كما أن واقع الصحة العامة كمنتج حتمي لما شغلته تلك الوضعيات واتسمت به من خصائص ومواصفات قد يكون له الاثر المتعدي على معدل الخصوبة في المجتمع.

نحاول ابراز اهمية الموضوع من خلال تناولها على الصعيدين العلمي النظري والواقعي او الميداني، باعتبار أن البحث السوسولوجي هو بحث جامع وصاهر للفكر والممارسة معا:

1) أهمية الدراسة على الصعيد العلمي النظري:

قد تشكل الدراسة الحالية اختبارا لما توصلت إليه بعض الاتجاهات التنظيرية المفسرة للخصوبة في العالم، سواء ذات الأصول البيولوجية أو الطبيعية أو السيكولوجية أو الأنتروبولوجية والسوسولوجية (الوظيفية والنقدية) أو القانونية وغيرها، وهنا لا نجد غروا من القول أن أغلب النظريات الاجتماعية؛ إنما عالجت الظاهرة من جوانب معينة، وفي ضوء زاوية فكرية معمقة ومحددة، تشترك في عمومها في منح تصور شمولي وصورة كلية الأبعاد؛ سيسمح بتمكين الباحثين من فهم واستيعاب الظاهرة من جميع جوانبها، ذات الارتباط العضوي بطبيعة حياة الناس في كل مرحلة من مراحل تطور البشرية.

2) أهمية الدراسة على الصعيد العلمي الواقعي:

غني عن البيان أنّ الصّحة العامة تتأثر بجملة من العوامل التي تفرزها مجموعة القطاعات الحيوية في المجتمع، إذ تحيك روايتها وتنسج أطرافها رؤى فلسفية وايدولوجية يتم اعتمادها في ضوء جملة من الشروط والظروف، حيث تتدخل كرها في صناعة الفضاء العام التي ضمن طياته وتحت لوائه تنتعش الصحة العامة أو تذبل وتموت، ولهذا نجد للقطاع الرسمي أثره البارز ومن الفعل السياسي والاقتصادي ذوي الشأن البارز، ويليهما القطاع التربوي التعليمي والاعلامي. وكلها قطاعات وإن انحدرت من استراتيجية سياسية واحدة، محددة ببعض المواثيق والديساتير؛ فإنها تعرف تنوعا واختلافا وانحرافا عن بعضها البعض بناء على الخصوصيات النوعية لكل قطاع على حدى.

هذا دون تجاهل دور وأثر النسق غير الرسمي، ممثلا في المنظومة الثقافية والقيمية المحددة لأنماط التفكير ونماذج السلوك الاجتماعية، بوصفها قواعد وموجهات تنظيمية لما هو مقبول من الممارسات والأفعال، وهذا بما يزخر به، أي هذا النسق، من عادات وتقاليد وأعراف، قد تتباين هي الأخرى في المجتمع الواحد من منطقة إلى أخرى، ومن جماعة إلى أخرى، فهي، كذلك، لا يمكن أن تخلو من ممارسة الأثر الأعماق في واقع الصحة العمومية.

وهنا بات مؤكدا أن كلا النسقين الرسمي وغير الرسمي، كلاهما يؤثر في واقع الصحة العامة داخل المجتمع إما بالإيجاب أو بالسلب.

ومن هذا المنطلق؛ تكمن أهمية بحثنا ميدانيا من خلال الوقوف على مختلف الوضعيات التي يشغلها النسقين معا، في حدود تفاعلها مع واقع الصحة العامة وأثرهما على معدل الخصوبة.

حيث أن العملية الإنجابية تعنى بصحة المرأة في كل مراحل حياتها، وليست في حالة الحمل والولادة فقط، وبذلك نحصل على صحة الأسرة التي بدورها تنعكس إيجابا على صحة المجتمع ووقايته من الأمراض المختلفة التي تؤثر في نموه وتقدمه، كما تتوضح أهمية صحة الإنجاب في مجال الرعاية والتنقيف الصحي الذي يؤثر في النساء أثناء سنوات الإنجاب، وهو يشتمل على مسائل تؤثر على صحة الأمهات والأطفال والتي لها علاقة بالإنجاب. وبناء على ذلك تندرج أهمية الصحة باعتبارها جزء من الرعاية الصحية التي يجب أن تتلقاها المرأة منذ الولادة وتتبع حالتها الصحية إلى مرحلة اليأس، وهذا ما ينبغي مراعاته من قبل المجتمع بكل أفراده.

ثالثا- أهداف الدراسة:

الهدف العام:

يتمثل الهدف الرئيسي للدراسة في كشف العلاقة بين متغيري معدل الخصوبة وبين الوضعية الصحية العامة في المجتمع المحلي .

الأهداف الفرعية:

أما الأهداف الفرعية فتشمل ما يأتي:

- تشخيص الوضعية الاقتصادية، الاجتماعية والنفسية، التعليمية والثقافية، والوضعية الصحية العلاجية (المتابعة الطبية) لعينة من المراكز الاستشفائية (الأم والطفل) وعينة من العيادات الطبية للطب النسوي، والتعرف على نوعية ومستوى الخدمات الصحية،
- التعرف عن كثب عن نوعية ومستوى الرعاية الصحية التي توفرها هذه مراكز الأمومة والطفولة لعينة من الأمهات القاطنات بمدينة سطيف،
- تتبع الأساليب المعتمدة من أجل تحسين الخدمات الصحية،
- تقصي بعض الأمراض المستعصية التي تصيب الامهات والآباء (الالتهابات الداخلية، العقم النفسي، سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، داء السكري، الضغط الدموي) والتكفل الصحي لها،
- ضرورة الكشف المبكر عن هذه الحالات، وتوفير مختلف الطرق لنشر الوعي الصحي لدى الفئات الشابة حول إتباع السلوكيات الصحية لتفادي الإصابة بتلك الأمراض.

1- الخصوبة:

لغة: هي كثرة الكلاً والعشب في مكان ما، تربة خصبة.

- الخصوبة في علم السكان هي العدد الفعلي لمن يولدون أحياء فهي خصوبة واقعية والتي تدل على القدرة الإنسالية وهناك نوعان خصوبة طبيعية وخصوبة واقعية.
- **خصوبة الزوجين:** هي عدد أطفالهم الذين يولدون أحياء، هي خصوبة مقصودة أو مخططة وقد تقف عند طفل واحد، الأسرة المخصاب هي التي ولدت ولو طفلاً واحداً عكس الأسرة العقيم التي لم تلد أحداً.
- **الخصوبة:** هي طاقة الإنجاب الفيزيولوجية الكامنة عند المرأة في شعب معين، وتقاس على أساس أعلى معدل إنجاب الأطفال أمكن تسجيله عندهم في سن الإنجاب.
- أما الاستخدام الديمغرافي الحديث تعلق بالمعدل الفعلي والسير أحيانا إلى القدرة على الإنجاب وقد دونت الأسباب المختلفة لبيان معدلات الخصوبة وأدى تذبذب عدد المواليد منذ عام 1930 إلى مراجعة الأفكار المختلفة بأساليب قياس الخصوبة وتحليلها، ولم يعد أحد يوافق على أن هناك طريقة واحدة مثلى لقياسها¹.
- **الخصوبة:** الخصب في اللغة تعني كثرة الكلاً والعشب في مكان ما، ومنه تربة خصيبة وذهن خصيب والخصوبة في علم الأحياء القدرة على الحمل وتهيؤ البويضة للتلقيح بعكس العقم. والخصوبة في علم السكان مفهوم يقصد به العدد الواقعي لمن يولدون أحياء، فهي خصوبة واقعية Fertility تتميز عن الخصوبة الطبيعية Fecundity، التي تدل على القدرة الإنسانية².

وتستعمل الكلمتان الانجليزييتان (Fertility ، Fecundity) استعمالاً مغايراً أو معاكساً، فتدل الكلمة الفرنسية Fecondite، على مجرد الخصوبة في حين تعني كلمة Fertilité على الخصوبة الطبيعية، ولدى لجأ في اللغة العربية إلى تفرقة أدق بين خصوبة واقعية وأخرى طبيعية³.

ويفرق دارسو السكان عند تناولهم لموضوع المواليد بين الإنجاب أو النسل أو الخصوبة Fertility، وبين القدرة البيولوجية على الحمل أو الولادة أو الخصوبة الحيوية Fecundity، على أساس أن العملية الأولى هي عملية إنجاب الأطفال فعلاً، ونسبة الإنجاب هي نسبة المواليد الأطفال للنساء في سن الحمل. أما الخصوبة الحيوية سواء تزوجت المرأة أم لم تتزوج أو لأنها تمنع الحمل، أو لأنها تجهض نفسها وهي غير المرأة العقيم⁴.

¹ - إبراهيم مدكور: معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1975، ص: 250.

² - خليل عبد الهادي البدو، علم الاجتماع السكاني، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2008، ص: 175.

³ - المرجع نفسه، ص: 175.

⁴ - علي عبد الرازق جلبي، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الأزراطة، 2009، ص: 223.

الخصوبة:

هو لفظ يستخدم للدلالة على ظاهرة الإنجاب في المجتمع السكاني، وهو يعبر عادة عن عدد المواليد الأحياء المنجبين في الأسرة. وهنا يفترض التمييز بين المفاهيم التالية: القدرة على التوالد: Fecundity وهي القدرة الفسيولوجية على الحمل والإنجاب، وهي تؤثر عادة على القدرة الطبيعية على الحمل وإنجاب الأطفال. الخصوبة الفعلية: Fertility، والتي تعبر عن عدد الأطفال الأحياء المواليد في الأسرة للنساء بين (15- 49 عام).

الخصوبة المفضلة: وتشير إلى عدد الأطفال الذي يرغب الزوجان بإنجابهم في الأسرة.¹ **الخصوبة:** تعرف الخصوبة البشرية على أنها العملية المعقدة المسؤولة عن الاستمرار الحيوي للمجتمع... أما القدرة على الإنجاب أو التوالد فتدل على القدرة الفسيولوجية على الحمل والوضع لدى المرأة.²

الخصوبة: الإنجاب الفعلي Fertility، يعني حالات الولادة التي تحدث فعلا وينتج عنها مواليد أحياء للنساء في سن الحمل. وكثيرا ما يستخدم تعبير الخصوبة في هذا المعنى، ولكن الخصوبة Fecundity، تعني في الحقيقة القدرة على الحمل، أو إمكانية الحمل أو الخصوبة الاحتمالية الكامنة بيولوجيا والتي تتمثل في أن المرأة يمكن أن تنجب إذا تزوجت مثلا.³

التعريف الإجرائي للخصوبة:

هي القدرة على التناسل والإنجاب للزوجين، وهي تعبر عن العدد الفعلي للمواليد الأحياء لكل امرأة يتراوح سنها بين (18-49 سنة)، وتؤخذ بعين الاعتبار الخصوبة الطبيعية (القدرة البيولوجية) والخصوبة الواقعية (القدرة وفق الإرادة الإنسانية) على حد سواء.

2. الصحة:

عرف العالم بركنز (Perkins)، الصحة بأنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها. وتعرف أيضا بأنها مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية. وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة، بأنها حالة السلامة، والكفاية البدنية والعقلية، الاجتماعية الايجابية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، ويقصد بهذا التعريف، أن الصحة هي: الشعور بكفاءة وسعادة بدنية وعقلية واجتماعية كاملة، وليست الصحة مجرد انعدام الأمراض أو العاهات.⁴

¹ - منير عبد الله الكرادشة، (2009)، علم السكان الديموغرافيا الاجتماعية، اربد: عالم الكتاب الحديث، ص.79.

² - فوزي سهاونة، (1982)، مبادئ الديموغرافيا، ط1، الجامعة الأردنية، ص.75.

³ - أحمد على إسماعيل، (1997)، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط8، القاهرة: دار الثقافة والنشر والتوزيع، ص.81.

⁴ - مفضي أبو هولا وخالد طابع مد الله البلوي، (2006)، المفاهيم الصحية في مناهج العلوم للمرحلة المتوسطة في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 22، العدد الثاني، 199.

لقد عرفت هيئة الصحة العالمية مفهوم الصحة على أنها حالة السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية الكاملة، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. وقد اعتبر هذا التعريف بمثابة هدف أكثر من كونه تعريف، ولكن من الواضح أنه أكد ارتباط الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية في الإنسان لدرجة أنه إذا انتقص أي جانب من هذه الجوانب ينتج عنه عدم تكامل الصحة.¹

الثقافة والصحة والمرض:

من المعروف أن المرض والخدمة الصحية موضوعان شائعان في كل مجتمعات العالم، وإنما تتنوع أنماط المرض وكيفية إدراكها ومعالجتها بتنوع المجتمعات والثقافات. وقد تزايد الوعي بدور الثقافة في المسائل الصحية... فتكمن أهمية الثقافة في مجال الصحة والخدمة الصحية وتؤثر بشكل ملحوظ في الموضوعات التالية:

- نمط انتشار المرض بين الناس.
- طريقة الناس في تفسير المرض ومعالجته.
- السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار طب المرض.

وتؤكد الدراسات الأنثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة. وقد حاولت (دي بندا) تفسير أسباب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في المناطق الريفية بكونها كولومبيا، فوجدت أن الثقافة السائدة تملئ نوعاً من اللامبالاة، والسبب الذي فرضته الأحوال الاقتصادية والاجتماعية على أبناء الريف... والواقع أن الثقافة تحدد نوعية معلومات الإنسان عن المرض والوقاية منه، ولذلك يوجد اختلاف بين الناس حيال هذا الموضوع باختلاف المجتمعات والثقافات، حيث تقبل بعض الجمعيات على الخدمات الصحية، وتدبر أخرى عنها.²

المفهوم الإجرائي للصحة العامة:

تعتبر عن حالة شاملة من التوازن على الصعيد البدني (البيولوجي) والصعيد السيكولوجي (النفسي)، والصعيد الاجتماعي (التكيف والاندماج)، توحى بانتفاء الخلل والنقص كالمريض والضعف، وتعين على تحقيق وبلورة مفهوم جيد عن الذات داخل البيئة التي تنتمي إليها وتعيش فيها، كما وتكشف على درجة كبيرة من التكامل والاستقرار والمردود.

كما ويرتبط مفهوم الصحة ارتباطاً عضوياً ببعض المتغيرات الأساسية كالتربية الصحية والثقافة الصحية والوعي الصحي، نحاول فيما يلي التعرض لها وتحديد معانيها بنوع من الإيجاز:

¹ - ابراهيم عبد الهادي محمد المليحي، (2006)، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، ص.87.

² - علي المكاوي، (1991)، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، قطر، ص.36.

● **التربية الصحية:** هي عملية ترجمة بعض الحقائق العلمية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد، المجتمع، وذلك باستعمال الأساليب التربوية الحديثة. ويمكن أن تعرف أيضا بأنها تهيئة خبرات تربوية متعددة تهدف إلى التأثير في عادات الفرد وسلوكه واتجاهاته ومعارفه.¹ وهي "قدر من المعارف والمهارات والمعلومات والحقائق الصحية التي ثبتت صحتها إلى سلوك مرغوب به لدى الأفراد يؤدي إلى المحافظة على صحتهم ورفع مستوى وعيهم الصحي للوصول إلى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية والعقلية".²

● **الثقافة الصحية:** تعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة المواطنين، والهدف الأساسي منها هو الإرشاد والتوجيه بمعنى الوصول إلى الوضع الذي يصبح فيه كل فرد على استعداد نفسي وعاطفي للتجاوب مع الإرشادات الصحية. **والتثقيف الصحي:** هو وسيلة رفع المستوى الصحي للمجتمع والأفراد باستخدام كافة الوسائل المعروفة والحديثة من نشرات وأفلام وغيرها.³ وعند التطرق لهذا المفهوم لا بد من التمييز بين العادة الصحية والممارسة الصحية، حيث أن العادة هي ما يؤديه الفرد بلا تفكير أو شعور نتيجة كثرة تكراره أما الممارسة فهي ما يفعله الفرد عن قصد نابع من تمسكه بقيم معينة. وعلى هذا الأساس يمكن القول أن الممارسة الصحية السليمة يمكن أن تتحول إلى عادة تؤدي بلا شعور نتيجة التكرار، ويعتبر ذلك من مسؤوليات الأسرة وتبيان دورها الهام في مجال تحسين الصحة ورعايتها.

● **الوعي:** جاء معنى كلمة "الوعي" في المعجم الوجيز بثلاث صياغات هي: الحفظ والتقدير والفهم وسلامة الإدراك، شعور الكائن الحي بما في نفسه وما يحيط بالآخرين.⁴ وكلمة الوعي يقابلها في الإنجليزية Aware، وقد جاء معناها في قاموس "أكسفورد الصغير" "Aware:having knowledge or Understanding"، وتعني المعرفة والإدراك. وقد عرف قنديل الوعي: المعرفة والفهم وال"إدراك والتقدير والشعور بمجال معين مما قد يؤثر على توجيه سلوك الفرد نحو العناية بهذا المجال".⁵ كما عرف المرسي وآخرون الوعي الثقافي بأنه معرفة الطفل وفهمه لبعض ما يجري في شتى مجالات المعرفة بكل مستجداتها ومختلف جوانبها، بحيث تعمل هذه المعرفة كموجهات للسلوك وكأداة للمواجهة الدائمة مع الحياة بكل تعقيداتها ومستجداتها وكوسيلة لتحسين الذات ضد التيارات المناهضة

¹ - مفضي أبو هولا وخالد طابع مد الله البلوي، مرجع سابق، ص.200.
² - اللقاني أحمد حسين وعلي أحمد الجمل، (2003)، معجم المصطلحات المعرفة في مناهج وطرق التدريس، القاهرة: دار عالم الكتاب، ط3، ص.100.
³ - نصر عبد اللطيف أحمد، (1405)، أبنائنا في رعاية الصحة المدرسية، ط1، جدة، دار السعودية، ص.113.
⁴ - مجمع اللغة العربية، (1998)، المعجم الوجيز، القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، ص.675.
⁵ - قنديل أحمد إبراهيم: (2001)، "تأثير التدريس بالوسائط المتعددة على التحصيل الدراسي للعلوم والقدرات الابتكارية والوعي بتكنولوجيا المعلومات"، مجلة دراسات في المناهج وطرق التدريس، العدد 72، جامعة طنطا، ص.36.

لطبيعتها بحيث لا تفقد هويتها أمام الثقافات الأخرى.¹ وعليه يمكن أن نعرف الوعي الصحي على أنه أن يدرك الإنسان ما حوله في هذا العالم باستخدام الحواس ليفهم الأشياء والأحداث، وتمثل حواس الإنسان أدوات الإدراك التي تسبق عملية الاتصال الذي يؤدي بدوره إلى التعليم. ومنه فإن كلمة الوعي تتضمن بعدين:

. الأول: البعد المعرفي وهو ما نقصد به وحسب ما جاء في التعريفات السابقة المعرفة، الفهم والإدراك.

. الثاني: البعد الوجداني والتمثل في الشعور والتقدير والذي يكون أساس وموجه للسلوك. ومنه فإن الوعي الصحي هو الفهم وتكوين الميول والاتجاهات لبعض القضايا الصحية المناسبة للمرحلة العمرية بما ينعكس إيجاباً على السلوك الصحي اليومي.

3. مفهوم المجتمع المحلي²:

حظي مفهوم المجتمع المحلي بمعالجة مستفيضة من جانب العديد من علماء الاجتماع، كما ظهر العديد من المؤلفات الضخمة التي تحمل عنوان "المجتمع المحلي"، مثل مؤلفات (فرديناند تونيز F. Tonnies) و(ماكيفر Maciver). ويذهب بعض العلماء إلى أن المجتمع المحلي مصطلح يشير إلى بناء اجتماعي يتسم بعلاقات ونظم مثل التشابه في التكوين وقوة العلاقة، حيث تسوده الجماعات والعلاقات الأولية، والتقاليد والقيم المحلية، وأساليب الضبط الاجتماعي غير الرسمية.

والمجتمع المحلي عبارة عن جماعة من الناس يتميزون بخاصيتين رئيسيتين:

- يستطيع الفرد فيه اكتساب خبرات وسلوك أكثر حيوية وأهمية بالنسبة إليه.
- أن المجتمع المحلي يفيد الأفراد المنتمين إليه بشعور خاص بالانتماء وأيضاً بالشعور بعضويتهم للجماعة التي تحميهم.³

ويشير المفهوم السوسيولوجي والأنثروبولوجي للمجتمع المحلي إلى جماعة من الأفراد الذين تجمع بينهم روابط عديدة ومتنوعة، ويشتركون في قدر من المصالح والاهتمامات، كما يشير إلى ارتباط هذه الجماعة بحيز مكاني محدد كالبلدة الصغيرة أو جزء من المدينة(الحي)، ومن ثم فهو ينطوي على فكرة المعية (أي العيش معا والسعي نحو تحقيق استمرار الحياة)، والشعور بالانتماء والاستمرار في الوجود داخل نطاق جغرافي معين، كما يتضمن المفهوم مجموعة من العلاقات بين الأفراد الذين يكونون الجماعة الكبيرة وهي علاقات تحكمها قواعد ومبادئ معينة.⁴

¹ - محمد حسن وآخرون،(1997)، تقويم قصص الأطفال المترجمة في ضوء متطلبات الوعي الثقافي للطفل المصري، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد28، مصر: كلية التربية، ص.324

² - عبد الغفار رشاد القصي: التطور السياسي والتحول الديمقراطي، الكتاب الثاني، الحراك السياسي وإدارة الصراع، ط2، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، ص 425 .

³ - غريب محمد سيد أحمد، (2006)، علم الاجتماع الحضري، الأزارطة: دار المعرفة الجامعية، ص.141، 142.

⁴ - نجلاء عاطف خليل، (2006)، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ص.46.

ورغم اتساع الهوة بين الثقافات والتشكيلات البشرية ذات المركبات الإبداعية والسلوكية والذهنية التي لا يمكن أن تعمم مركبا ما على كل البشر أو أغلب البشر، ذلك لأن كل مجتمع يميل إلى تشكيل ثقافي فريد، حيث يوجد عنصر مهم في تحديد مفهوم الثقافة يؤكد تنوع الثقافات ونسبتها وهو دور الرمز وأحيانا قد تكون اللغة نفسها باعتبارها تجريدا ووصفا للواقع، فالإنسان يضع عالما من الرموز، ثم يحيا في هذا العالم الرمزي، وبالتالي تكون كل حقيقة له رمزية، ثم تكون كل الأحكام والتقسيمات والمدرجات كلها نسبية مع النظام الثقافي الذي ينتمي إليه، فالمدينة مثلا من الناحية السوسولوجية الفنية البحتة عبارة عن قارة مجردة، ولكن العناصر التي تتكون منها مثل الإقامة والبناءات الداخلية ووسائل المواصلات ... عبارة عن موجودات مشخصة لها طبائع مختلفة، وإن ما يجعل المدينة شيئا محددًا هو ذلك التكامل الوظيفي لعناصرها المختلفة على هيئة وحدة كلية، ومع ذلك لا يكون للمدينة وظيفة واحدة، بل عدة وظائف، وليس معنى هذا أن كل الوظائف توجد في كل المدن بلا استثناء، فكل منها عالمها المحلي الخاص الذي صنعه روادها بطريقة تلقائية.¹

التعريف الإجرائي للمجتمع المحلي:

جماعة من الأفراد يشكلون بناء اجتماعيا متميزا بعدة مواصفات وخصائص (قد تكون مورفولوجية وايكولوجية أو عرقية وثقافية ودينية)، وتركيبا علائقيا متكاملًا، يتقاسمون فضاء جغرافيا وعددا كبيرا من المصالح المشتركة والاهتمامات والأهداف المستقبلية الخاصة تحدد وترسم معالم مصيرهم المشترك.

خامسا- الدراسات السابقة

1. دراسة مصطفى خلف عبد الجواد:

قام مصطفى خلف عبد الجواد ببحث ميداني مقارنة نشر سنة 1995 تحت عنوان: البناء الأسري والخصوبة في المجتمع المصري، حيث حاول البحث أن يتطرق إلى إحدى العوامل العامة التي تؤثر في الخصوبة، ونقصد به البناء الأسري بشكله النووي والممتد في المناطق الحضرية والريفية. وقد نهج هذا البحث منهجا جديدا في دراسة السلوك الإنجابي من خلال الاهتمام بمشكلة التزايد السكاني في المجتمع المصري على أنها مشكلة أسرية بمعنى أن التزايد السكاني في المجتمع يعد محصلة متراكمة لإفراط الزوجين في الإنجاب. وعليه فقد قدم الافتراضات التالية:

- تختلف الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للزوجين حسب نوع الأسرة في المناطق الريفية والحضرية.
- ترتفع الخصوبة في الأسر الممتدة عنها في الأسر النووية في المناطق الريفية والحضرية.

¹ - مناصرية ميمونة، هوية المجتمع المحلي في مواجهة العولمة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2011 - 2012، ص.14.

- يختلف تأثير الخصائص الديموغرافية والاجتماعية على الخصوبة باختلاف نوع الأسرة في المناطق الريفية والحضرية.

ومن أجل اختبار هذه الفروض قام الباحث باستخدام أداة جمع البيانات متمثلة في الاستمارة، حيث ضمت أربعة عشرة سؤالاً، دارت حول الخصائص الديموغرافية (العمر الحالي للأزواج والزوجات، عمر الزوجة عند الزواج، مدة الزواج، معرفة الزوجات بوسائل منع الحمل، استعمال الزوجات لهذه الوسائل)، الخصائص الاجتماعية وتتمثل في (تعليم الزوج والزوجة، مهنة الزوج، الحالة العملية للزوجة ومهنتها)، كما ضم البحث بيانات عن الخصوبة التراكمية (المواليد الأحياء، والمواليد الباقين على قيد الحياة، بحسب الجنس). أما عينة البحث، فقد اعتمد الباحث على توزيع الأسر في المناطق الريفية والحضرية حسب النوع (نووية/ممتدة) كما وردت في نتائج التعداد العام للسكان والمساكن (1986)، كأساس لاختبار مفردات عينة البحث، باستخدام الطرق الإحصائية في تحديد حجم العينة تم جمع البيانات من المفردات التالية:

- المناطق الريفية (706 أسرة ممتدة و1333 أسرة نووية).
- المناطق الحضرية (433 أسرة ممتدة و1746 أسرة نووية).
- وقد شملت المناطق الريفية بعض قرى محافظات المنيا والفيوم والمنوفية، كما ضمت المناطق الحضرية بعض أحياء مدن القاهرة والمنيا والفيوم وشبين كوم. ويلاحظ أن حجم العينة جاء كبيراً للأسباب التالية:
- أن دراسة الخصوبة والوفيات يجب أن تعتمد على عينات كبيرة الحجم حتى يمكن الثقة في نتائجها ومصداقية تلك النتائج.
- إمكانية إجراء التحليل ثنائي المتغيرات وتحليل الانحدار المتعدد لمتغيرات البحث بدرجة موثوق فيها من الناحية الإحصائية.
- تقسيم عينة البحث إلى عينات فرعية حسب نوع الأسرة (نووية/ ممتدة) ومحل الإقامة (ريف/حضر).

أما عن التحليل الإحصائي فقد استخدم الباحث: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختباري " χ^2 " و"ت" لتحليل البيانات المتعلقة بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية للزوجين. كما استخدم اختبار " χ^2 " ومعامل بيرسون ومعامل "جاما" في تحليل ثنائي المتغيرات للكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات المستقلة من جهة والمتغير التابع (الخصوبة) من جهة أخرى. أما ولتحديد الأهمية النسبية للمتغيرات المستقلة في تأثيرها على المتغير التابع فقد استخدم تحليل الانحدار المتعدد.

أما عن النتائج العامة التي توصل إليها البحث فيمكن أن نلخصها في النقاط التالية:

- تبين وجود اختلاف في الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للزوجين حسب نوع الأسرة في المناطق الريفية والحضرية. ويبدو أن الاختلاف في

الخصائص الاجتماعية أكثر وضوحاً مقارنة بالاختلاف في الخصائص الديموغرافية.

- اتضح أن الأسرة الممتدة تشجع على ارتفاع الخصوبة مما يؤكد صحة الفرض القائل بأن الخصوبة تختلف باختلاف نوع الأسرة في المناطق الريفية والحضرية. وتدلل النتائج على أن التحضر والأسرة النووية يؤديان إلى انخفاض الخصوبة، إذ تصل الخصوبة إلى أدنى مستوياتها في الأسر الحضرية النووية.
- كشفت النتائج عن اختلاف تأثير العوامل الديموغرافية والاجتماعية في الخصوبة باختلاف نوع الأسرة في المناطق الريفية والحضرية. وإذا كانت العوامل الديموغرافية تفسر نسبة كبيرة من التباين في الخصوبة، فإن وجود تأثير للتعليم والمهنة يدل على ضرورة التركيز على العوامل الاجتماعية عند إعداد السياسات السكانية*.

2. دراسة الدكتور هاشم نعمة فياض¹:

هي دراسة نشرها المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، تحمل عنوان: العلاقة بين الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية – الاقتصادية (دراسة حالة العراق)، في يوليو (جويلية) 2012، تبحث هذه الدراسة في تطور مستوى الخصوبة السكانية حالة العراق نموذجاً، إذ تقوم بتحليل التغيرات التي حدثت في ذلك المستوى زمنياً ومكانياً خلال العقود الأخيرة. وذلك بالنظر إلى التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، والحروب الداخلية والخارجية التي شهدتها البلاد طوال هذه العقود، والتي لا بد أن تؤثر في سلوك الخصوبة، وتنعكس على التنمية. ويدرس هذا البحث التوزيع الجغرافي للخصوبة على مستوى الريف والحضر والمحافظات، كما تعمل على تحليل التباين في هذا التوزيع إن أمكن ذلك. كما يبحث في التغيرات المتبادلة التأثير، التي حددت سلوك الخصوبة، والتي تتمثل في: الزواج، البنية العمرية، الهجرة الداخلية والخارجية، الوفيات السياسية السكانية، حجم الأسرة، وضعية المرأة، التعليم، المهنة، الدين والحروب. وتستخدم هذه الدراسة نظرية التحول الديموغرافي للاستفادة منها في التحليل والاستنتاج. وقد أجريت مقارنات في البلدان العربية والنامية والمتقدمة، من أجل كشف أوجه الشبه والاختلاف في تطور الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها.

- فرضيات الدراسة:

- وتمثلت في ثلاثة فرضيات وهي:
- . انخفاض مستوى خصوبة المرأة العراقية في العقود الأخيرة.
- . تباين مستويات الخصوبة زمنياً ومكانياً.
- . تأثير مجموعة واسعة من العوامل المتداخلة في مستوى الخصوبة.

* للتعلم أكثر أنظر: مصطفى خلف عيد الجواد، (2009)، دراسات في علم اجتماع السكان، دار الميسرة، ص. 157-179.
¹ هاشم نعمة فياض، (2012)، العلاقة بين الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية – الاقتصادية (دراسة حالة العراق)، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، قطر - الدوحة.

- منهج الدراسة:

استخدم الباحث في دراسته المنهج التحليلي، وبالخصوص أسلوب التحليل الإحصائي، للاستفادة منه في الاستنباط والاستنتاج. كما اعتمدت الدراسة على المنهج المقارن، للمقارنة بين الدول العربية أو المجاورة لها أو النامية أو المتقدمة، وذلك لتبيان مدى التشابه أو اختلاف تطور الظاهرة المدروسة واتجاهها، والمتغيرات متبادلة التأثير التي لها انعكاساتها على تلك الظاهرة.

- **نتائج الدراسة:** يرى الباحث أن فرضيات البحث الأساسية قد تحققت، ونعني المتعلقة بانخفاض خصوبة المرأة العراقية في العقود الأخيرة، وتباين مستوياتها زمانياً ومكانياً، ووجود مجموعة كبيرة من العوامل المتبادلة التأثير، التي ساهم بعضها في انخفاض الخصوبة، وأدى بعضها الآخر إلى تأخير هذا الانخفاض.

وفي تقدير الباحث، إن متغير الخصوبة في حاجة إلى المزيد من البحث على المستوى الوطني والمناطقى وعلى مستوى المحافظات، وذلك لندرة الأبحاث والدراسات المعمقة التي تناولته بالبحث.

ملاحظة:

لم يحتوى البحث كما هو متعارف في الدراسات، على مجتمع البحث أو عينة الدراسة، وهذا راجع لطبيعة البحث، حيث اعتمد الباحث في دراسته على ما أصدرته وزارة التخطيط العراقية، من مسوح وتقارير سكانية ومعطيات إحصائية، تشمل التعدادات السكانية العامة التي تجرى كل عشر سنوات (كان آخرها تعداد 1997)، والمجموعات الإحصائية السنوية الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء التابع للوزارة نفسها، يضاف إلى ذلك المجلات والدوريات الأكاديمية العراقية والعربية، لا سيما منها ما صدر عن جامعة الكوفة والبصرة والجمعية الجغرافية العراقية، والدوريات الأكاديمية العالمية الصادرة باللغة الإنجليزية، ومنشورات الأمم المتحدة (قسم السكان) ولجنة الإسكوا التابعة للأمم المتحدة، والمفوضية العليا للاجئين التابعة للأمم المتحدة، ومنشورات مكتب الإحصاء المركزي الهولندي. من خلال كل هذه المصادر استطاع الباحث ومن خلال مختلف التحليلات التي قام بها أن يقدم لنا دراسة عن الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها في المجتمع العراقي ومقارنتها ببعض الدول العربية والأجنبية.

3. دراسة غرازينة ليسرينسك (Grazyna Liczbinska)¹:

لقد قدم هذا البحث من طرف غرازينة ليسرينسك (كلية البيولوجيا قسم الانتروبولوجيا من جامعة ادم ميكيوسيز- بولونيا. ويحمل عنوان: **خاصية الخصوبة وسلوك الإنجاب في المجتمعات الكاثوليكية واللوتيرية في تاريخ بولونيا**، حيث ركزت في بحثها على دور العامل الديني في التأثير على الديناميكية البيولوجية للمجتمعات البشرية. إذ الهدف من البحث هو تبيان كيفية رسم العامل الديني (الذي يعد أهم عنصر في

¹ Grazyna Liczbinska; **Fertility Patterns and Reproductive Behaviors in the Lutheran and Catholic Populations from Historical Poland**; Advances in Anthropology 2013. Vol.3, No.3,p 149-156 .

النظام الثقافي) لملاح الخصوبة وتحديد النسل والجنس في المجتمعات الكاثوليكية واللوثرية في تاريخ بولونيا.

يفترض الباحثون في هذا المجال أن هناك تأثير لاختلاف الأديان على الخصوبة ما بين متبعي الكاثوليكية والبروتستنتية، وبما أن هذا الاختلاف مؤكد في نظرهم فإن هذا يؤدي إلى اختلافات في دراسة الجنس، حجم العائلة (عدد الأطفال) والتنظيم الواعي للولادات والمراقبة الدقيقة لحجم العائلة حيث يرى الكاثوليك أن الزواج (الجنس) عملية مقبولة فقط من أجل الإنجاب غير هذا فهو مرفوض أما البروتستنت فيرون أن الزواج هو أكثر من عملية أو وسيلة من أجل الإنجاب بل هو سلوك إنساني والإنجاب ليس هدف للزواج و الزواج وكل ما يترتب عنه -جنس و إنجاب- هو مسألة شخصية.

لهذا الغرض استعملت في هذه الدراسة طريقتين مختلفتين لتحديد خصائص الخصوبة و الزيادة في كلى المجتمعين الأولى تعتمد على دراسة تاريخ الأفراد في بناء وتكوين العائلات لتقييم ملامح الخصوبة وهذا بالاعتماد على طول المجالات البروتوجينية (الفارق الزمني مابين تاريخ الزواج و أول إنجاب) وطول المجالات الانترجينية (الفارق الزمني بين كل إنجاب و الذي يليه في نفس الأسرة). أما الطريقة الثانية لقياس معايير الخصوبة فقد تمت بالنظر إلى بيانات وسجلات الوفيات والولادات والزيادة الطبيعية وسجلات الزواج خلال الفترة الممتدة ما بين القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين.

لقد وجد بتحليل نتائج هذه الدراسة بأن بولونيا تتميز بقدرة إنتاجية عالية على الرغم بأن العائلة الكاثوليكية أكثر عدد (عدد الأفراد) من العائلة البروتستنتية إذ أن الطريقة الكاثوليكية تسيطر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على عدد أفراد العائلة الواحدة و هذا بمنع أي عملية من عمليات منع الحمل بالإضافة لمنع مدة الرضاعة الطويلة، التحفيز على زيادة عدد الأولاد وتكوين مدرسين ليحددوا بدقة دور المرأة والرجل في العائلة وعليه فإن النسب العالية للخصوبة سجلت في العائلات الكاثوليكية أكثر منها في البروتستنتية إذ أنه وعلى العموم فالبروتستنتيون يؤقلمون الإنجاب على حسب الظروف والاحتياجات لكن الكاثوليك كانوا أقل مرونة في هذا الجانب وهذا كان ملموسا خاصة غداة الثورة الصناعية في فرنسا وبداية عصر النهضة.

كنتيجة لهذه الدراسة وبالرغم من الاعتماد على الخصوبة العالية للنساء فإن هناك شك بأن عدد الأطفال في كل عائلة كان محدد بطريقة واعية و عن قصد مسبق. الخصوبة في الجماعات كانت نتيجة للظروف الثقافية والبيئية لكن ليست بالضرورة مرتبطة بما يحتاجه الآباء كما أنها ليس مخطط لها من قبل.

• لقد وجد من خلال دراسة طول المجالات بأنه في القرن التاسع عشر أن أول إنجاب يكون عند المرأة عموما في سن الخامس والعشرين وأخر إنجاب يكون

حوالي سن الأربعين لكن مع بداية القرن العشرين لوحظ بأن آخر إنجاب يكون عند سن أبكر قبل من الأربعين.

• لقد وجد من خلال دراسة سجلات الزيادات بأن هناك ما بين 4,5 و 5,5 طفل لكل امرأة في المجتمعات اللوثرية وأن نسبة الزيادة لا تختلف كثيراً ما بين المدينة والريف".

4. دراسة صندوق الأمم المتحدة للسكان¹: بعنوان: اتجاهات الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق (التحديات والتدخلات):

أهداف الدراسة:

- دراسة ما إذا كان نمط الإنجاب الحالي واتجاهات الإنجاب المستقبلية تساعد على دخول العراق في منطقة الهبة الديموغرافية .
- دراسة دور نمط ومستوى الإنجاب الحالي في تعزيز صحة المرأة العراقية.
- تحديد مدى الاتفاق بين ممارسات تنظيم الأسرة الحالية ورغبات المرأة الإنجابية.
- تحديد العوامل والأسباب التي تؤثر في نمط الإنجاب ونمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، والفجوة بين عدد الأطفال المرغوب فيه وعدد الأطفال المتوقع.

الأسئلة البحثية:

1. مراجعة نمط الإنجاب الحالي واتجاهات الإنجاب السابقة وإمكانية دخول العراق في منطقة الهبة الديموغرافية. (ما هي معدلات الإنجاب الكلية للمدة الزمنية 2007-2011؟)

1.1 ما هي معدلات المواليد الخام للمدة نفسها المذكورة آنفاً؟

2.1 ما هي معدلات الإعالة للمدة نفسها المذكورة آنفاً؟

3.1 ما هو شكل الهرم السكاني لمدد زمنية مختلفة؟

2. دور نمط الإنجاب الحالي في العراق ومستواه في تعزيز صحة المرأة.

1.2 نسبة المواليد الأحياء لأمهات أقل من 20 سنة وأكثر من 35

سنة.

2.2 نسبة الولادات تحت أيادٍ غير مدربة/خارج المؤسسات الصحية.

3.2 نسبة المواليد الأحياء ذوي ترتيب خمسة فأكثر.

3. مدى الاتفاق بين ممارسات تنظيم الأسرة الحالية و رغبات المرأة الإنجابية.

1.3 ما هي تفضيلات الإنجاب وما هي نسبة الحمل غير المرغوب فيه؟

2.3 ما هي الفجوة بين الرغبات الإنجابية والإنجاب المتحقق؟

¹ - أنجزت هذه الدراسة من طرف الجهاز المركزي للإحصاء واللجنة الوطنية للسياسات السكانية (العراق)، تحت إشراف صندوق الأمم المتحدة للسكان (مكتب العراق)، وتحمل عنوان اتجاهات الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق (التحديات والتدخلات).

3.3 ما هو نمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة نسب الاستخدام حسب خصائص الزوج والزوجة)؟

4.3 ما هي نسبة التوقف عن استعمال موانع الحمل وأسبابه؟

5.3 ما هي نسبة الطلب غير الملبى وأسبابه ومؤثراته؟

4. دراسة المحددات والأسباب التي تؤثر في نمط الإنجاب ونمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

1.4 ما هي العوامل الرئيسية المحددة لنمط الإنجاب؟ على سبيل المثال: خصائص الزوج والزوجة (الخصائص الديموغرافية، والاقتصادية، والثقافية، والاجتماعية، وأعمار المواليد، وجنس المولود)، وخصائص الأسرة، والبيئة المحيطة.

2.4 ما هي العوامل الرئيسية المحددة لنمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟ على سبيل المثال: خصائص الزوج والزوجة (الخصائص الديموغرافية، والاقتصادية، والثقافية، والاجتماعية، وأعمار المواليد، وجنس المولود)، وخصائص الأسرة، والبيئة المحيطة.

3.4 ما هي العوامل الرئيسية المحددة للفجوة بين الرغبات الإنجابية والإنجاب المتحقق؟ على سبيل المثال: خصائص الزوج والزوجة (الخصائص الديموغرافية، والاقتصادية، والثقافية، والاجتماعية، وأعمار المواليد، وجنس المولود)، وخصائص الأسرة، والبيئة المحيطة.

منهجية الدراسة:

تعتمد الدراسة على التحليل الكمي والمعمق، يستخدم بيانات مسوحات متعددة وأهمها مسح (I-wish) فضلا عن مسوحات (MICS-3 و MICS-4) ومسح (IFHS). استخدمت في هذه الدراسة طرق مختلفة حيث تم مراجعة الأدبيات والسياسات السكانية التي تتناول الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق، واعتمدت على مراجعة الأدبيات حول الهبة الديموغرافية في العراق. حيث اعتمدت الدراسة المنهجية التالية حسب كل هدف:

• منهجية الهدف الأول:

تعتمد على مراجعة الأدبيات حول الهبة الديموغرافية في العراق وهذا يتطلب مراجعة ومقارنة مصادر بيانات ثانوية حول التطور التاريخي لمعدلات الإنجاب والمواليد الخام والإعالة والهرم السكاني لغرض التوصل إلى معرفة مدى إمكانية دخول العراق إلى مرحلة الهبة الديموغرافية.

• منهجية الهدف الثاني:

لتحقيق هذا الهدف تم إجراء التحليل المعمق لبيانات I-WISH وبيانات، MICS- (3 IFHS MICS-4) وخاصة البيانات التي تبين الإنجاب غير الصحي من حيث عمر

الأم أقل من 20 وأكثر من 35 سنة وكذلك مرحلة المباحدة بين المواليد التي تقل عن سنتين، والعمر عند الزواج الأول، والولادات تحت أيادي غير مدربة أو خارج المؤسسات الصحية فضلا عن المواليد الأحياء ذوي الترتيب 5 فأكثر تم استخدام اختبار (Chi square) الإحصائي.

• منهجية الهدف الثالث:

تمت الاستعانة ببيانات المسوحات الميدانية المختلفة وخاصة مسح WISH-1 وإجراء تحليل معمق لها حيث تمت دراسة تفضيلات الإنجاب، ونسب الحمل غير المرغوب بها، والرغبة في إنجاب طفل آخر، والتوقف عن الإنجاب، وجنس الطفل الذي تفضله السيدة، والوقت الذي تفضله للانتظار إلى حين ولادة طفل آخر، ورأي الزوج بعدد الأطفال الذي يرغب فيه ومدى توافقه مع رغبات الزوجة، والوقت المناسب بين ولادة وأخرى، والسن المناسب للزواج وعدد الأطفال الذي ترغب السيدة أن تنجبه ابنتها في المستقبل.

النسبة للسؤال المتعلق بالفجوة بين الرغبات الإنجابية والإنجاب المتحقق تمت مقارنة عدد الأطفال المرغوب به مع العدد الفعلي المتحقق لغرض تحديد السيدات اللاتي لديهن أكثر من الرغبة، والسيدات اللواتي لم يصلن بعد إلى العدد المطلوب وكذلك السيدات اللاتي حققن رغباتهن الإنجابية وضمن السيدات اللاتي انتهين من إنجابهن ووصلن إلى العمر 49 - 45 سنة.

أما فيما يخص نمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة فقد تم التحليل المعمق للأسئلة في استمارة WISH-1 والمتعلقة بوسائل منع الحمل المستخدمة في الماضي والحاضر وحسب الأنواع وما هو السبب الرئيس وراء استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومصادر الحصول على الوسيلة، ووقت الاستخدام، والمشاكل التي رافقت الاستخدام، وأسباب التوقف عن الاستخدام والنية في استعمال أي وسيلة في المستقبل. كما تمت دراسة نسب الطلب غير الملبى ومؤشراته وأسبابه باستخدام بيانات MICS-4 تم استخدام اختبار (Chi square) الإحصائي.

• منهجية الهدف الرابع:

تمت دراسة المحددات والأسباب التي تؤثر في نمط الإنجاب ونمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة من خلال مراجعة العوامل الرئيسية المحددة لنمط الإنجاب ونمط استخدام وسائل تنظيم الأسرة (الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وخصائص الأسرة والبيئة المحيطة) والعوامل الرئيسية المحددة للفجوة بين الرغبات الإنجابية والإنجاب المتحقق، وتم هنا استخدام تحليل الانحدار اللوجستي وتحليل الانحدار المتعدد.

ضمن محددات الدراسة الحالية اعتمادها على مجموعة من حزم البيانات أحيانا قد تختلف في التعريفات الإجرائية.

نتائج الدراسة:

تناول الهدف الأول للبحث مدى إمكانية دخول العراق في منطقة الهبة الديموغرافية طبقاً لنمط الإنجاب الحالي والتركيب العمري ونسب الإعاقة. أظهرت نتائج الدراسة أن معدل الخصوبة مازال مرتفعاً في العراق حيث أظهرت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) 2011 أن معدل الخصوبة الكلي (طفل لكل امرأة) هو (4.5) وفي إقليم كردستان (3.5) أظهرت نتائج تحليل (I WISH) إن التركيب العمري للعراق مازال تركيباً عمرياً فتياً حيث يشكل الأفراد أقل من 15 سنة نسبة 42%. وتقدر نسبة الذين بلغوا من العمر 65 سنة فأكثر (3%) . أما نسبة السكان في سن العمل (15 - 64) سنة فتمثل % 55 من مجموع السكان في عام 2011، إن زيادة نسبة هذه الفئة من السكان تعني زيادة السكان النشيطين اقتصادياً الأمر الذي يتبنى تحقيق مستويات عالية من التنمية الاقتصادية، أما الفئة 65 سنة فأكثر فإنها شكلت نسبة 3% وهذه الفئة فضلاً عن فئة صغار السن بعمر أقل من 15 سنة تشكل فئة المعالين من السكان وبالتالي كلما انخفضت نسبة هذه الفئة أنخفض معدل الإعاقة حيث يشير تقرير منظمة الأمم المتحدة للتنمية لعام 2004 أن معدل الإعاقة كان 74%، وفي حين أظهرت بيانات (I-WISH) لسنة 2011 معدلاً يبلغ 80% ويلاحظ من خلال هذه المعطيات أن العراق ما زال بعيداً عن الدخول في مرحلة الهبة الديموغرافية لذلك فإنه أن لم يتبع سياسة سكانية فعالة فسيظل خارج نطاق " الهبة " كما أنه بحاجة إلى وقت أطول حتى يدخل و يتمتع بثمار هذه الهبة إن أحسن استغلالها.

تم تحليل بيانات I-WISH لدراسة مدى مستوى الإنجاب الحالي ونمطه ودوره في تعزيز صحة المرأة. من المعروف أن مضاعفات الحمل والولادة تزداد بين النساء الصغيرات نسبياً (أقل من 20 سنة) والكبيرات نسبياً (أكبر من 35 سنة) أظهرت نتائج تحليل بيانات (I-WISH) أن 32.1% من السيدات أنجبن آخر طفل وهن بأعمار تقل عن 20 سنة أو تزيد عن 35 سنة. يلاحظ أن هذه النسبة هي أكثر في الريف عن المدن، كما أنها أكثر في بعض المحافظات مثل واسط 37.5% ، وبابل 36.9% والبصرة 35.3%، وقليلة نسبياً كما في دهوك 28% والسليمانية 28.6% .

أظهرت نتائج الدراسة أن حوالي 50% من النساء في العينة تزوجن بعمر يقل عن 20 سنة . تزداد هذه النسبة في الريف (53.5%) عن الحضر (46.3%) بالنسبة للتوزيع حسب المحافظات فإن أعلى نسبة هي في النجف (57.8%) وكذلك في نينوى 55.5% مقارنة بحوالي 39% في ديالى وأربيل. كما لوحظ أن المستوى التعليمي له دور كبير في تحديد عمر الزواج حيث أن عمر الزواج يزداد بازدياد المستوى التعليمي. وقد أظهرت نتائج تحليل بيانات MICS 4 أن هناك امرأة واحدة من بين كل خمس نساء شابات بعمر (15 - 19) سنة متزوجة حالياً 19

% وبلغت نسبة النساء بعمر (15-49) سنة المتزوجات قبل عمر 15 سنة 6 % ، في حين بلغت نسبة النساء بعمر (20-49) سنة المتزوجات قبل عمر 18 سنة 24 % لا تختلف هذه النسبة بين المناطق الحضرية والريفية حيث تبلغ 18 % و19 % على التوالي، لكنها تتأثر بشكل كبير بالمستوى التعليمي للأم، إذ بلغت 26 % من النساء اللواتي أمهاتهن غير متعلّقات مقابل 10% منهن عندما تكون أمهاتهن حاصلات على الشهادة المتوسطة أو أعلى كما تتأثر بشكل أقل بالدخل إذ بلغت 17 % للنساء المنحدرات من الأسر الأغنى مقابل 19 % للنساء المنحدرات من الأسر الأفقر. أظهرت النتائج ارتفاع معدل عمر الزواج لدى النساء في المحافظات الشمالية الثلاث (كوردستان) مقارنة بمعدله لدى النساء في المناطق الأخرى، وهذا ما أكدته مسح I-WISH لعام 2011. إذ بلغ المعدل 26 سنة وبلغ في بقية مناطق العراق 22 سنة ويمكن تفسير ذلك نتيجة التطور الحاصل بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي النسبي الذي حدث في المنطقة بعد أن خرجت عن سيطرة الحكومة المركزية أثر انتفاضة عام 1991 وتمتعها بحالة أفضل من الأمن والاستقرار مقارنة ببقية مناطق العراق.

من المعروف أن احتمالية الخطورة في أثناء الحمل والولادة تزداد في الحمل الخامس والأحمال التالية له. أظهرت البيانات أن نسبة المواليد الأحياء بترتيب خمسة فما فوق للنساء بعمر 15 إلى 49 سنة كان 30.1 % و أن نسبة النساء بعمر 45 - 49 اللواتي أنجبن خمسة أطفال فأكثر كانت أكثر في الريف 74.4 % عن الحضر 55%. كما أنها كانت أكثر من 80 % في دهوك والسليمانية مقارنة بحوالي 40 % في بغداد. تقل هذه النسبة كثيرا 22.5% بين حاملي شهادة البكالوريوس مقارنة ب70.4% بين الأميات. وبالنسبة لتعليم الزوج فيلاحظ عدم وجود نمط معين حيث أن 69 % من زوجات حاملي الدراسات العليا أنجبن خمسة أطفال فأكثر و أن راتب الزوج المنتظم والعائلة الممتدة يرتبطان بنسب إنجاب عالية. ومن هذه النتائج يتضح أن نمط الإنجاب الحالي في كثير من الحالات لا يعزز صحة المرأة والطفل طبقا للمعايير الصحية الدولية المتفق عليها، مما يتطلب تدخل الدولة لمعالجة هذا النمط غير الصحي للإنجاب في العراق بمحافظاته المختلفة.

أوضحت الدراسات الدولية أن حالات الحمل غير المرغوب فيه يصاحبها عدد من العواقب السلبية. فالنساء اللاتي لديهن حمل غير مرغوب فيه أكثر عرضة لتلقي رعاية متأخرة أو غير كافية في مرحلة ما قبل الولادة مما يمكن أن يؤثر في صحة كل من الأم والطفل. تشير بيانات I-

WISH إلى وجود كثير من الحالات التي لا تتحقق فيها رغبتها الإنجابية. أظهرت نتائج تحليل بيانات I-WISH أن متوسط عدد الأطفال الذين ترغب المرأة بإنجابهم هو 4.1 وأن هذا المتوسط يرتفع من 3.6 طفل للفئة العمرية 19 - 15 إلى 4.7 طفل للفئة العمرية 45 - 49 وفي الريف أيضا يبلغ متوسط عدد الأطفال المرغوب فيه 4.7 طفل مقارنة ب

3.9 طفل في المناطق الحضرية. كذلك يختلف المعدل حسب المحافظات، حيث يصل إلى 5 طفل في المثلى و 4.9 طفل في صلاح الدين، مقارنة ب 3.4 طفل في أربيل، و3.5 طفل في كل من السليمانية وكربلاء. وبالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة، يلاحظ أن عدد الأطفال المرغوب به يقل بازدياد المستوى التعليمي.

بينت الدراسة أن 60.6 % فقط من السيدات سبق لهن التحدث مع أزواجهن عن عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم. والوقت الذي تفضله السيدة للانتظار لحين ولادة الطفل التالي كان بمعدل 27.1 شهر. وأن 14.3 % من النساء يعتقدن أن أنسب وقت بين طفل وآخر هو أقل من سنتين.

أظهرت النتائج أن رغبات 53.5 % من السيدات كانت متفقة مع أزواجهن في ما يخص عدد الأطفال، وأن 21.1 % منهن ذكرن أن أزواجهن رغبين في عدد أطفال أكثر، في حين أن 4.6 % من النساء رغبين بعدد أطفال يفوق رغبة أزواجهن، وأن 20.9 % غير متأكدات من الإجابة.

بشكل عام وبالنسبة للمتغيرات كافة يلاحظ أن نسبة الأزواج الذين يرغبون بعدد من الأطفال أكثر من رغبة زوجاتهم تفوق نسبة الأزواج الراغبين بعدد من الأطفال يقل عما ترغب به زوجاتهم، فمثلا في المناطق الريفية 25.8 % من الأزواج يرغبون بعدد من الأطفال أكثر مما ترغبه زوجاتهم، في حين 4.7 % فقط من الأزواج يرغبون بعدد أقل من رغبة الزوجة. يلاحظ أن الاتفاق بين الزوج والزوجة هو أكثر نسبة في المناطق الحضرية 55.1 % عن الريفية 49.8

% يلاحظ وجود اختلاف بين المحافظات في نسب الاتفاق بين الزوج والزوجة حيث تصل هذه النسبة إلى 71.9 % في المثلى مقابل 30.4 % في نينوى. يلاحظ كذلك أن نسب الاتفاق بين الزوج والزوجة تزداد بزيادة المستوى التعليمي لكليهما. أشارت نتائج تحليل بيانات I-WISH إلى أن 73.9 % من السيدات أردن الحمل في وقته، وأن 11.9 % من هن أردن الانتظار (تأجيل الحمل الحالي)، و12.3 % لم يكن يرغبن بالحمل على الإطلاق، في حين أن 1.9 % من النساء كن غير متأكدات من الإجابة.

الفجوة الإيجابية عبارة عن حاصل طرح عدد الأطفال المرغوب فيه من عدد المواليد الأحياء. أظهرت النتائج أن 42.7 % من النساء (عمر 45 سنة فما فوق) أنجبن عدداً من الأطفال أكثر من رغبتهن، وأن 29.2 % منهم أنجبن عدداً أقل من العدد الذي يفضلهن. وكان هناك تطابق بين العدد الفعلي للأطفال والعدد المرغوب فيه بين 28.1 % من النساء فقط. كما تبين من تحليل البيانات أن 52.1 % من نساء الريف مقابل 40 % من سكان الحضر قد أنجبن عدداً من الأطفال أكثر من العدد المرغوب فيه. وأن هذه النسبة عالية جدا في دهوك 76.4 %، والسليمانية 61.9 % وهذا يعكس ممارسات تنظيم الأسرة في محافظات كوردستان في السابق. أما الآن وكما ذكر سابقا فان معدل الخصوبة في كوردستان هو أقل من المعدل في العراق، مما قد يدل على حصول تغيير في

اتجاهات وممارسات النساء في كوردستان حول تنظيم الأسرة. يلاحظ كذلك أن النسبة تقل بزيادة المستوى التعليمي للمرأة وهذا أمر متوقع.

أظهرت النتائج أن 50.6 % من النساء سبق لهن أن استخدمن إحدى وسائل منع الحمل (التقليدية أو الحديثة) وأن نسبة الاستخدام بين نساء الحضر كانت 51.1 % مقابل 47.1 % بين النساء الريفيات. وأن أعلى نسبة استخدام كانت في محافظة السليمانية 74.6 % وأقلها في كركوك 31.8 % أما بالنسبة للتوزيع حسب المستوى التعليمي للزوج والزوجة، فيلاحظ زيادة نسب الاستخدام مع ارتفاع المستوى التعليمي. ويلاحظ أن نسبة الاستخدام كانت أعلى عندما يكون راتب الزوج منتظما 54.9 %، وهذا قد يكون بسبب المستوى الثقافي العالي نسبيا للأزواج ذوي الدخل المنتظم. بالنسبة لعدد الأطفال كذلك فإن أقل نسبة استخدام 31% كانت بين النساء ذوات الطفلين فأقل.

أظهرت النتائج أن 39.8 % من النساء كن يستخدمن إحدى وسائل تنظيم الأسرة (28.3 % يستخدمن وسائل حديثة) وقت إجراء المسح. وكانت أسباب استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة بين المستخدمات هو الرغبة في تأخير الحمل 71.5 % والرغبة في التوقف عن الحمل 27.8 % فضلا عن أسباب أخرى 0.7 %

وكما هو متوقع، تزداد نسبة الاستخدام بين الحضريات 41.4 % مقارنة بنساء الريف 35.9 % وبالنسبة للمحافظات، فيلاحظ أن أعلى نسب استخدام كانت في محافظات كوردستان 57.5 % في السليمانية 50.8 % في أربيل، و 49.3 % في دهوك. أما بالنسبة للمستوى الثقافي للزوج والزوجة فيلاحظ زيادة نسب الاستخدام حسب المستوى الثقافي. كما تزداد نسبة الاستخدام عندما يكون راتب الزوج منتظما 43.7 % وبين العوائل النووية 45.2 % أظهرت النتائج أن 12.8 % من النساء ذكرن حصول بعض المشاكل عند استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أشارت النتائج إلى أن 49.3 % من النساء ليس لديهن النية لاستعمال أي وسيلة في المستقبل، و 7.5 % فقط أبدین الرغبة في الاستعمال، في حين 23.3 % كن غير متأكدات. تعد نسبة النساء اللاتي لا يرغبن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل عالية نسبيا حيث تعكس اتجاهات ضد تنظيم الأسرة. أظهرت البيانات أن 36.9 % من النساء (اللاتي اظهرن رغبتهن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل) يتوقعن الاستخدام خلال السنة القادمة، و 24.3 % منهن سيستخدمن الوسائل خلال سنة إلى سنتين، و 11.1 % من هن سيستخدمن الوسائل خلال ثلاث سنوات.

أظهرت الدراسة أن 66 % من السيدات ذكرن أن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو قضية مشتركة بين الزوجين، بينما 20 % ذكرن بأن القرار بيد الزوج، وأن 8.9 % فقط ذكرن بأن القرار بيد الزوجة. ويلاحظ من هذه النتائج أن اغلب السيدات يعدّن اتفاق الزوجين هو الذي يقرر استخدام وسائل تنظيم الأسرة ويستحق هذا

الأمر البناء عليه من خلال برامج التوعية وذلك لضمان الإدماج المستمر للزوج في شؤون تنظيم الأسرة وكذلك لضمان استمرارية استخدام الوسيلة من قبل أي منهما. كانت نسبة التوقف عن استعمال موانع الحمل 16.3 %، أما بالنسبة للأسباب الرئيسية للتوقف فكانت الرغبة في إنجاب طفل آخر 27.9 % وجود مشاكل صحية 26.6 % وأسباب أخرى. بلغت نسبة الطلب غير الملبى في الدراسة الحالية % 19.2، و احظ أن هذه النسبة عالية 27.2 % بين النساء الكبيرات (45-49) سنة، وبين سكان محافظات ذي قار 26.2 % ، بابل 25.9 % ، وكربلاء .% 24.3 ويلاحظ أن أقل نسبة للطلب غير الملبى 6.1 % هي بين زوجات حاملي شهادات عليا (أعلى من البكالوريوس).

إن الوسائل (المعددة إحصائيا) التي تزيد من احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة هي العمر بين 20 إلى 44 سنة مقارنة بالأعمار الكبيرة، كذلك عدد الأطفال حيث أنه كلما ازداد عدد الأطفال تزداد احتمالية استخدام وسائل تنظيم الأسرة وعندما تكون العائلة نووية.

أما العوامل التي تقلل من احتمالية الاستخدام فهي العمر عند الزواج (أي انه بزيادة العمر عند الزواج تقل احتمالية استخدام الوسائل)، المستوى التعليمي للام (الامية إلى المستوى المتوسط)، وكذلك المستوى التعليمي للزوج (أمي، يقرأ ويكتب) أما بالنسبة للبيئة فإن استخدام وسائل تنظيم الأسرة يقل بين النساء الريفيات. إن العوامل (المعددة إحصائيا) المؤثرة في إنجاب عدد من الأطفال أكثر من المخطط له هي عدد الأطفال الأحياء (حيث أن وجود عدد كبير من الأطفال يزيد من احتمالية كون بعضهم غير مخطط له)، استلام الزوج راتبا منتظما، وكون العائلة نووية. أما العوامل الأخرى التي من المتوقع أن تؤثر في المتغير التابع كالمستوى الثقافي والبيئة ومعامل التمكين، فلم يظهر لها تأثير معتد إحصائيا.

إن عدد الأطفال الأحياء له علاقة مع البيئة، أي يزداد بين سكان الريف. يلاحظ أن عدد الأطفال يقل بزيادة العمر عند الزواج وهذه (زيادة عمر الزواج) تعد من الاستراتيجيات المهمة للتعامل مع أنماط الإنجاب السلبية. أما بالنسبة للمستوى التعليمي للأب والأم وكما هو متوقع، فانه يزداد عدد الأطفال كلما هبط المستوى التعليمي. إن عدد الأطفال يقل عندما تكون العائلة ممتدة. يلاحظ أن عدد الأطفال يزداد بزيادة العمر، ويكون أكثر بين مستخدمي وسائل تنظيم الأسرة. قد تكون هذه النتيجة غريبة بعض الشيء ولكن من الممكن أن تفسر كالاتي: إن مستخدمات الوسائل ابتدأن الاستخدام بعد جلب عدد كبير نسبيا من الأطفال ولذلك يرتبط عدد الأطفال باستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

إن عدد الأطفال المرغوب فيه يزداد بين النساء الريفيات، ويزداد كما هو متوقع عندما يكون المستوى التعليمي للام منخفضا. كذلك يزداد بزيادة العمر ويزداد ما بين

السيدات الأقل تمكينا يقل عدد الأطفال المرغوب فيه عند زيادة عمر الزواج. كذلك يقل عندما تكون المرأة مستخدمة حاليا لوسائل تنظيم الأسرة.¹

سادسا- أهم النظريات المفسرة للخصوبة وللديموغرافيا:

(1) الفكر السكاني في الديانات السماوية:

لقد اهتمت الأديان السماوية بالقضايا السكانية، ولقد كان الناس يعتقدون أن الزيادة السكانية توحى برضا الله عليهم، فقد اهتمت الأديان السماوية بالقضايا البشرية، وتجلّى هذا الاهتمام في الكتب السماوية، ففي التوراة أوصى الله تعالى سيدنا آدم بزيادة النسل، فذكر (فخلق الله الإنسان على صورته، على صورة الله خلقه، ذكرا وأنثى خلقهم وباركهم الله، وقال لهم أثمروا وأكثروا، واملئوا الأرض وأخضعوها...) ²، فالعقم في الديانة اليهودية يعد كبيرة، لأن الأطفال تراث الله وسهام في يد الرجل القوي، وحضت هذه الديانة على زيادة النسل. وفي المسيحية، انصبت الاهتمامات السكانية على زيادة النسل وكثرة الإنجاب ومنعت الإجهاض منعاً باتاً.

أما في الديانة الإسلامية، فقد جاءت بالكثير من الآيات القرآنية التي تدعو إلى زيادة النسل، يقول عزّوجلّ: " المال والبنون زينة الحياة الدنيا" ³ ويقول: " ولا تقتلوا أولادكم خشية إملاق نحن نرزقهم وإياكم" ⁴. ومع ظهور الإسلام كخاتمة للديانات السماوية، عملت على تغيير الكثير من المعايير والعادات والتقاليد والسلوكيات التي نهى عنها الإسلام، كما عمد الإسلام إلى دعم سلوكيات أخرى وأبقى على أخرى كانت موجودة منذ الجاهلية، سيما في الجانب الديموغرافي، فلقد حرم وأد البنات، وهو سلوك وعادة سيئة مارسها عرب الجاهلية، كما دعم كثر النسل وزيادة الإنجاب وهي ظاهرة عرفتتها عرب الجاهلية كذلك.

ولقد تناول المفكرون المسلمون قضايا السكان في مجمل دراساتهم وتحليلاتهم الاجتماعية والاقتصادية والقضائية. وقد تحدد الموقف منها بشكل عام بتأثير من الشريعة الإسلامية، فالإسلام كما هو معروف يحث على الزواج وكثرة النسل كما أشرنا سابقاً، يقول عزّوجلّ " وأنكحوا الأيامى منكم والصالحين من عبادكم وإمائكم إن يكونوا فقراء يغنهم الله من فضله والله واسع عليم" ⁵ ويرى الباحثون الذين حاولوا تقويم الفكر السكاني في الفكر الإسلامي أن الشريعة الإسلامية لم تقف عند حد حساب الجوانب الأخلاقية والأدبية، فهي إلى جانب ذلك وضعت المسألة السكانية ضمن موقعها ومحيطها

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان (مكتب العراق)، اتجاهات الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق (التحديات والتدخلات)، <http://www.cosit.gov.iq/images/publications>، يوم 2014/11/04، الساعة 12.54د.

² فراس عباس فاضل البياتي، الاتجاهات النظرية الحديثة في علم اجتماع السكان، (المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2011)، ص.17.

³ سورة الكهف، الآية 46.

⁴ سورة الإسراء، الآية 31.

⁵ سورة النور، الآية 32.

الواسع وهو الاقتصاد. فالنصوص التي تشير إلى تشجيع النسل كثيرة جدا لدرجة أنها تمثل المبدأ الإسلامي العام، ويلاحظ من جانب آخر ثمة ربط بين مسائل السكان والعامل الاقتصادي. وخالصة الموقف أن النمو السكاني في الإسلام أمر مستحب إذا ما كان مصحوبا بالرفاهية ويجب الحد منه وتنظيمه إذا ما أصبح سببا في الفقر¹. وقد أبيح كما هو معروف العزل في الإسلام كوسيلة لتنظيم النسل، ويمكن أن نوجز أهم الخصائص الرئيسية للفكر السكاني في الإسلام فيما يلي:

- يتضح من جملة التشريعات الإسلامية أنها قد تناولت المسألة السكانية بنظرة شمولية تضمنت الجوانب الأدبية والأخلاقية من جانب والمادية الاقتصادية من جانب آخر.
- لعل مشروعية الطلاق رغم محدوديته، والزواج مرة ثانية رغم شروطه وتعدد الزوجات رغم ضوابطه تلخص بعض الجوانب الأخلاقية المنوه عنها.
- لا شك أن تحريم الإجهاض والوآء والإهمال حتى الموت تمثل هي الأخرى بعض الجوانب الأخلاقية للمسألة.
- تشجيع الإسلام للنمو السكاني يتضح من تشجيعه للزواج.
- تتلخص الجوانب المادية الاقتصادية في العديد من الظواهر ومنها محددات الزواج فلا يمكن أن يتم ولا يجوز شرعا إلا بشرط توفر القدرة والإمكانات على إعالة الزوجة، كما أن من ضوابط الطلاق النفقة ومن محددات تعدد الزوجات شروط المعاملة المتساوية بما في ذلك المعاملة المادية ومن محددات الإنجاب القدرة على الإعالة². أما عن أشهر مفكري الفكر السكاني الإسلامي فنجد العلامة ابن خلدون.

(2) الفكر السكاني عند ابن خلدون:

يقدم لنا عبد الرحمن ابن خلدون المفكر الاجتماعي العربي، في غضون القرن الرابع عشر الميلادي، بعض الأفكار التي أثرت فيما بعد في تطوير الاهتمام بدراسة السكان. حيث يذهب ابن خلدون إلى أن المجتمعات تمر خلال مراحل تطويرية محددة تؤثر على عدد المواليد والوفيات في كل مرحلة. إذ يشهد المجتمع في المرحلة الأولى من تطوره زيادة معدلات المواليد ونقص في معدلات الوفيات، بما يؤثر على نمو السكان ويزيد عددهم. وعندما ينتقل المجتمع إلى المرحلة الأخيرة من تطوره، يشهد ظروفًا ديموغرافية مخالفة تماما، حيث ينخفض فيها معدل الخصوبة والمواليد ويرتفع معدل الوفيات... ويوضح ابن خلدون تأثير كل مرحلة من تطور المجتمع على المواليد والوفيات، وذلك باعتقاده في أن الخصوبة العالية في المرحلة الأولى من تطور المجتمع ترجع إلى نشاط السكان وثقتهم ومقدرتهم. أما في المرحلة الأخيرة من تطور المجتمع

¹ عبد علي الخفاف ومحمد أحمد عقلة المومني، جغرافية السكان (دراسة في أدب السكان وديموغرافية الوطن العربي)، ط1، (الأردن: دار الكندي للنشر، 2001)، ص.27.

² عبد علي الخفاف ومحمد أحمد عقلة المومني، جغرافية السكان (دراسة في أدب السكان وديموغرافية الوطن العربي)، ط1، (الأردن: دار الكندي للنشر، 2001)، ص.27.

فتظهر المجاعات والأوبئة والثورات والاضطرابات، مما يقلل من نشاط السكان ويقل نسلهم¹.

(3) نظرية روبرت مالتوس:

هو أحد القساوسة الانجليز، ولد في إنجلترا عام 1766 م، وتلقى تعليماً خاصاً حتى التحق بجامعة كامبريدج في الثامنة عشرة من عمره، ثم تخرج عام 1787 م من الجامعة والتحق كاهناً بالكنيسة عام 1797 م. ثم عين في عام 1805 م أستاذاً لتاريخ الاقتصاد السياسي في الكلية الهندية بلندن. واشتهر مالتس بما كتبه عن السكان، حتى لقب ب: (أبو علم السكان)، كما وضع ثلاثة كتب أخرى في الاقتصاد السياسي وعشرات المقالات الأخرى، وتوفي عام 1834 م. وكان قد أمضى عمره في ظل نظام رأسمالي.

يرى المختصون في علم السكان أن روبرت مالتس أول من أصل لمشكلات الموارد الغذائية والتزايد السكاني، وذلك في مقاله الشهير سنة 1798 م بعنوان: (مقال عن مبدأ السكان) ثم نشر مقالات أخرى نحو نفس المفهوم مع بعض التعديلات، وكان مفهوم نظريته المطروحة أن سكان العالم سيواجهون موقفاً صعباً تكثر فيه المجاعات والتخلف وذلك لأن التزايد السكاني أكبر بكثير وبغير حدود من قدرة الأرض على إنتاج وسائل العيش. وذكر في مقولته المشهورة بأن الزيادة السكانية تتبع متوالية هندسية بينما زيادة الغذاء تتبع متوالية عددية أو حسابية².

ولتوضيح المتواليتين يضرب مالتس هذا المثال: إذا أخذنا الأرض كلها.. وفرضنا أن السكان الحاليين يعادلون ألف مليون فإن الأنواع البشرية سوف تتزايد حسب الأرقام: 1- 2- 4- 8- 16- 32- 64، بينما يزداد القوت حسب الأرقام: 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7.... وكانت الوحدات الزمنية التي تمثلها علامات الوصل (-) هي 25 سنة.

ولقد اعتقد مالتوس أن هناك من الموانع ما حال دون نمو السكان في الماضي بنسب هندسية في كل جيل، وقد قسم هذه الموانع إلى قسمين:

- **الموانع الإيجابية:** وهي الموانع التي تؤثر في معدل الوفيات والتي تنشأ أساساً من ضغط السكان على وسائل العيش، وأبرز هذه الموانع الإيجابية الأوبئة والحروب والمجاعات وغيرها من الموانع التي يمكن أن تعزي إلى البؤس والرذيلة، وباختصار فقد رأى مالتوس أن الموانع الإيجابية هي التي تبقي على الحياة التي بدأت فعلاً³.
- **الموانع الوقائية:** وهي الموانع التي تحول دون نمو السكان هي الأخرى، والتي تعمل على خفض معدل المواليد، وأبرزها ما أسماه مالتوس الضبط

¹ على عبد الرازق جلبي، علم اجتماع السكان، (الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية، 2009)، ص.70.

² محمد أبو زيد أبو زيد، نظرة قرآنية في نظرية مالتوس السكانية، مجلة التراث العربي، 1981، 1982، ص.50.

³ فتحي محمد أبو عيانة، جغرافية السكان أسس وتطبيقات، ط4، (الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1993)، ص.402.

الأخلاقي (Moral Restraint) ويقصد به الامتناع عن الزواج أو تأجيله مع الاحتفاظ بسلوك عفيف طوال مدة الامتناع أو التأجيل. وقد اعتبر مالتوس أن تأجيل الزواج كان وسيظل المانع الواقعي الرئيسي. ويعتبر البعض أن آراء مالتوس في السكان، وخاصة ما تضمنته أعماله التي ظهرت في طبعتها الأولى سنة 1798 عن السكان، أنها عبارة عن آراء موجهة لنقد آراء معاصريه أمثال كوندروكيت وجودوين، حيث تضمنت:

- أن الطبيعة البشرية مصدر المشاكل الأساسية والاجتماعية بعكس كوندروكيت الذي يرجعها إلى مساوئ الأنظمة السائدة. ومن ثم يتوجب إصلاح الأفراد وطبائهم المريضة كعلاج لإصلاح المجتمع.
- إن النمو السكاني المتزايد هو مصدر الفقر الذي تعاني منه الشعوب بعكس جودوين الذي يرى أن سوء المؤسسات الاجتماعية والسياسية هي سبب هذا الفقر¹.

- مرتكزات الفكر المالتوسي والرد عليه:

- **تزايد السكان يتم من خلا متواليه هندسية وهو مستقل عن أي مؤثر خارجي:**
يرى مالتوس أن السكان يتضاعفون في الكوكب كل 25 سنة، بل ذهب بعضهم إلى القول بأنه إذا لم يحد من عدد السكان؛ سيأتي يوم لا يجد فيه الفرد مساحة يعيش فيها. ويرى مالتوس أن السكان متغير مستقل، لا علاقة له بالنظام أو بالمحيط الاجتماعي الذي يوجد فيه، إلا أن رؤية مالتوس هذه التي لا ترى مؤثرا على تزايد السكان إلا الطبيعة هي أقرب للتطبيق على المملكة الحيوانية منها إلى أمة الإنسان، لأن الحيوان تتحكم فيه الطبيعة والغريزة الحيوانية، أما الإنسان فيخضع لتأثيرات كثيرة منها ذات طابع اجتماعي مثل درجة الاستفادة من الطبيعة ومدى تسخيرها ومدى تطور قوى الإنتاج والعلاقات الإنتاجية السائدة وغير ذلك من العادات والتقاليد والقيم...وعليه فإن تزايد السكان ليس مجرد ميل غريزي كما تصور مالتوس.

كما أثبتت البحوث والدراسات الاقتصادية والاجتماعية بعد مالتوس... أن السكان في أي مجتمع هم متغير تابع ولا يجوز معالجته بمعزل عن سائر المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية. كما أن هذه الظروف قد تختلف من بلد لآخر من جوانب كثيرة كنسبة الذكور إلى الإناث في كل بلد والنسبة المئوية لكبار السن ولصغار السن وللمتزوجين والعزاب وللريفيين والحضرين ولمن يستعمل موانع الحمل، الحروب وأثرها في نقص عدد السكان وغير ذلك من تقدم الطب الذي يقلل من نسبة الوفيات وقلة الزواج يقلل من نسبة المواليد².

¹ مصطفى السلطاني، طرق التحليل الديموغرافي (الاحصاء السكاني والديموغرافي)، (الكويت: مطبوعات جامعة الكويت، دون سنة نشر)، ص. 272.

² محمد أبو زيد أبو زيد، نظرة قرآنية في نظرية مالتوس السكانية، مجلة التراث العربي، 1981، 1982، ص. 52.

• موارد الطبيعة تتزايد من خلال متتالية حسابية إلى حد أقصى تبدأ بالانقسان
(قانون الغلة المتناقصة):

من سوء حظ مالتوس أن نظريته كانت في بدء الثورة الصناعية في إنجلترا وبدء استغلال السهول العظمى بأمريكا الشمالية في الزراعة فقد سحب زيادة الثروة نمو سريع للسكان، وهذا لم يحل دون ارتفاع عام في مستوى المعيشة استمر بلا انقطاع تقريبا حتى الوقت الحاضر، وذلك يناقض ما يمكن أن نتوقعه إذا سلمنا بنظرية مالتوس، فمنذ الثورة الصناعية تضاعف حجم الانتاج الصناعي في دول أوروبا وأمريكا الشمالية بمقدار يتراوح ما بين ثلاثين وأربعين مرة خلال الفترة ما بين 1850 – 1950م...بينما عدد السكان خلال نفس الفترة قد تضاعف فقط. وهذا على نقيض نظرية مالتوس. ومن هنا يمكن أن نفهم ما قاله الدكتور عبد الحميد لطفي: "أما المتتالية الحسابية فلم يكن لها أساس استقرائي ولم يدعمها مالتوس بأي دليل...¹، ومن السهل أن نبرهن على أن وسائل المعيشة تتزايد بدورها حسب متتالية هندسية".

أما على عبد الرازق جلبي فيقول: "لقد كشفت ايكولوجيا (الانسان والبيئة) البشرية أن الانسان كان يستعين في حفظ التوازن بين الزيادة في نمو السكان ووسائل العيش في كل مجتمع عبر مراحل تاريخ البشرية بتطور بينته التكنولوجية والتنظيمية...² وهذا معناه أن إنتاج الغذاء لم يكن أقل عن الزيادة في نمو السكان على خلاف ما كان يتوقع مالتوس"، هذا فيما مضى من تاريخ، فكيف ونحن الآن في عصر التقدم التكنولوجي وأثره الكبير على الزراعة، واكتشاف موارد البحار والجبال وغزو الفضاء الخارجي؟ لا شك أن هذا على عكس قانون مالتوس في الغلة المتناقصة.

4 النظرية السكانية:

يواجه كل من يهتم بتتبع نظرية علم اجتماع السكان بحقيقة لا شك فيها، وهي أن كتابات المشتغلون حديثا بهذا العلم لا تكون بناء متماسكا موحدًا أو نظرية منسقة بقدر ما تمثل مجموعة متباينة ومتعددة من الأفكار والقضايا النظرية، إذ يفتقر ميدان علم الاجتماع ومن ثمة علم السكان إلى إطار مرجعي واحد يجمع بين مختلف القضايا الإمبريقية والاستقرائية حول المتغيرات السكانية والاجتماعية والتي يمكن أن نطلق عليها نظرية ديموغرافية اجتماعية. وهذا لا يعني عدم توفر القضايا اللازمة لذلك، بقدر ما يدل على أن هذه القضايا لم يتم تجميعها معا في إطار منظم واحد أو في صورة نسق نظري. وعليه فمن المنطقي أن تنطوي دراسة نظرية علم السكان على محاولات متباينة ومختلفة لتصنيف هذا الكم الهائل من القضايا النظرية، ولما كان كل تصنيف يستند إلى معايير مختلفة في تصنيف القضايا النظرية في مجال السكان، فمن المتوقع أن لا نجد إماما واتفاقا بين مختلف التصنيفات. وعموما يمكن أن نستعين بالمخطط التالي قصد توضيح أهم التصنيفات النظرية في علم السكان:

¹ المرجع نفسه، ص.53.

² على عبد الرازق جلبي، علم اجتماع السكان، (الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية، 2009)، ص.80.

التصنيف الأول: وتقوم على تقسيم النظريات إلى نوعين، نظريات طبيعية وأخرى اجتماعية.

الشكل رقم (1) يوضح التصنيف الأول لنظريات السكان، الطبيعية والاجتماعية:



المصدر: كريمة فلاحي

التصنيف الثاني: وتتمثل في تلك النظريات التي تحاول تصنيف السكان على ضوء العوامل التي تؤثر في نمو السكان، إلى نظريات بيولوجية، نظريات ثقافية اجتماعية وأخرى اقتصادية.

الشكل رقم (2): يوضح التصنيف الثاني لنظريات السكان: البيولوجية والثقافية:



المصدر: كريمة فلاحي

التصنيف الثالث:

وهي تلك المحاولات التي تصنف النظريات السكانية بالاعتماد على المدخل النظري المحافظ والمدخل الراديكالي.

الشكل رقم (3): يوضح التصنيف الثالث لنظريات السكان: المدخل المحافظ والمدخل الراديكالي:



- يمكن أن نستنتج أن هذه التصنيفات جاءت لتساعدنا على الفهم الجيد للنظريات السكانية.
- مهما اعتمدنا على تصنيف دون آخر، هذا لا ينقص من قيمة التصنيفات الأخرى لأننا نجد الرواد ضمينا مصنفين ضمن هذه التصنيفات الثلاثة.
- تعرضت التصنيفات لأهم الرواد فقط، بمعنى يوجد رواد آخرون ينتمون إلى هذه التصنيفات.
- يمكننا من خلال هذه التصنيفات الثلاثة أن نوجد أو ننشئ تصنيفات أخرى. (مثل الاعتماد على الكرونولوجية الزمنية لميلاد الرواد).

أ- نظرية انخفاض الوفيات:

ومن أشهر رواد هذه النظرية مي، سميث، وهبير، حيث عالجت هذه النظرية ظاهرة الخصوبة بالاعتماد على مفهوم انخفاض مستويات الوفيات، والتي ترتب عليها زيادة الرغبة لدى الأزواج في إبقاء على طفل واحد على الأقل حتى سن شيخوختهم، واعتباره صمام أمان في حالة المرض أو الشيخوخة، إضافة لاعتبارات اجتماعية اقتصادية ثقافية مختلفة.

يرى رواد هذه النظرية، أن انخفاض الوفيات المؤدي إلى تناقص الخصوبة يقوم على فرضيتين رئيسيتين:

الأولى: تقوم على فرضية مفادها بأنه كلما انخفضت نسبة الوفيات، أدى ذلك إلى انخفاض نسبة الخصوبة، أما في حالة زيادة نسبة الوفيات فإن الخصوبة تزداد وذلك بسبب ما يسمى بالولادات التعويضية التي تتضمن دوافع ومحركات هامة لاستمرار عملية إنجاب الأطفال لضمان حياة الآباء في سن الشيخوخة.

الثانية: وتقوم على أن انخفاض مستويات الوفيات سيزيد من عدد الأفراد الذين سيعيشون مدة أطول، وبالتالي سيعمل على زيادة معدل الإعالة في المجتمع¹.

وبهذا السياق فقد أكد أصحاب هذه النظرية على إن تنبه السكان إلى النتائج الإيجابية بانخفاض الوفيات سوف يدفعهم إلى زيادة الاتجاه نحو استخدام وسائل ضبط الحمل، كما تنبهوا إلى أهمية توفر المناخ الاجتماعي الملائم للسيطرة على الخصوبة السكانية عن طريق التحكم بعملية الإنجاب، كضرورة لإحداث تغييرات في خفض مستويات خصوبتهم السكانية ويمكن أن نحدد أكثر مقومات هذه النظرية من خلال أعمال كل من **توماس ماكيون** و**عبد الرحيم عمران**.

- نظرية توماس ماكيون:

جاءت نظريته لقياس العوامل التي أثرت في النمو السكاني في إنجلترا وويلز خلال الفترتين 1837-1900 و1901-1971، وقد اختار ماكيون سنة 1837 كبدية لدراسته نظرا لبدء تسجيل معدلات المواليد والوفيات لسكان إنجلترا وويلز خلال هذه الفترة، غير أن تحليله الفعلي لبيانات القرن التاسع عشر اقتصر على النصف الأخير من هذا القرن، نظرا لعدم ثقته في صلاحية البيانات الخاصة بأسباب الوفاة المتاحة لهذا النوع من الدراسات التحليلية حتى عام 1851م، ويرجع تقسيم ماكيون فترة الدراسة إلى فترتين منفصلتين (القرن التاسع عشر والقرن العشرون) نتيجة لاختلاف مسببا انخفاض الوفيات خلال الفترتين. فبينما تميز القرن التاسع عشر بانخفاض الوفيات، والذي يرجع بصورة أساسية إلى تحسين الظروف البيئية المحيطة بالإنسان، تعددت مسببات انخفاض الوفاة خلال القرن العشرون وشملت تحسين الظروف البيئية المحيطة بالإنسان بالإضافة إلى مد خدمات الصحة العامة وانتشار الأساليب العلاجية المتطورة².

الفترة الأولى: 1851-1900:

في بحثه عن أهم أسباب انخفاض معدلات الوفيات خلال تلك الفترة، درس ماكيون نمط انخفاض معدلات الوفاة الناتجة عن خمسة مجموعات من الأمراض وهي أمراض الصدر وخاصة السل، أمراض التيفويد والحمى، مرض الحمى القرمزية، أمراض الكوليرا والدوسنتاريا والاسهال، الحمى الصفراء. وقد أشار ماكيون إلى أن تغير طبيعة

¹ منير عبد الله كرادشة، علم السكان (الديموغرافيا الاجتماعية)، ط1، (عالم الكتب الحديث، 2010)، ص.54.

² مجلس السكان الدولي، مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، زينب خضر، الفصل الأول (النظريات السكانية)، (مصر، 2010)، ص.13.

العلاقة بين الميكروب والإنسان قد ساهمت بشكل فاعل في خفض مستويات الوفاة خلال تلك الفترة وأرجع ماكيون هذا التغيير إلى سببين أساسيين:

• تغيرات في طبيعة الميكروبات المسببة للأمراض المعدية والتي قدر ماكيون أنها كانت مسؤولة عن 20% إلى 23% من الانخفاض في معدلات الوفاة خلال تلك الفترة.

• تغيرات بيئية تسبب فيها الإنسان. وقسمها إلى نوعين من التغيرات:
• ارتفاع مستويات المعيشة والتي كانت نتاج العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي سادت تلك الفترة والتي لم تلعب الدوافع الصحية دوراً فيها. وأكد ماكيون أن ارتفاع مستويات المعيشة قد ساهم في خفض الوفيات نتيجة لعوامل عديدة يصعب معها تحديد عامل معين ولكنه أشار إلى الدور الرئيسي لتحسين النظام الغذائي وأثره في تقوية مناعة الأفراد في مواجهة الأمراض.

• اصلاح شبكات المجاري العامة والتي كان الهدف الأساسي من وراءها الحد من انتشار الأمراض نتيجة للمعرفة العلمية التي توافرت في تلك الفترة وقد جاء هذا الإصلاح مسئولاً عن حوالي 25% من الانخفاض الحادث في معدلات الوفيات.

وقد أكد ماكيون أن مساهمة الأساليب الطبية والصحية في انخفاض معدلات الوفيات في تلك الفترة اقتصر على مساهمة التطعيم ضد الجدري في خفض معدلات الوفيات والذي لم يتعدى أكثر من 6% من إجمالي الانخفاض في هذه المعدلات¹.

الفترة الثانية: 1901-1971:

أشار ماكيون إلى استمرار انخفاض معدلات الوفيات خلال هذه الفترة. وقد قدر ماكيون أن 75% من الانخفاض في تلك يرجع إلى انخفاض الإصابة بالأمراض المعدية، بينما الـ 25% الباقية فترجع إلى انخفاض العوامل المسببة لأمراض أخرى غير الأمراض المعدية مثل أمراض الطفولة والشيخوخة والعنف. وقد لعبت العوامل الطبية والصحية وانخفاض معدلات التعرض للأمراض وتحسين نظم التغذية دوراً رئيسياً في انخفاض الإصابة بالأمراض المعدية بينما لعبت العوامل الطبية وخاصة الجراحة والرعاية الطبية الدور الأهم في خفض معدلات الوفيات من الأسباب الأخرى عن طريق زيادة احتمال البقاء على قيد الحياة وخفض احتمالات العجز والإصابة. وفي معرض تحليله لأسباب انخفاض معدلات الوفيات من الأمراض المعدية، قسم ماكيون هذه الأمراض بحسب وسيلة انتقال المرض.

"فبالنسبة للأمراض المنقولة عن طريق الهواء، فقد أرجع ماكيون انخفاض الوفيات الناتجة عن هذه الأمراض، والتي تمثل حوالي 45% من إجمالي الانخفاض في معدلات

¹ مجلس السكان الدولي، المرجع السابق، ص.13.

الوفيات خلال تلك الفترة، إلى حدوث تغيرات في طبيعة الميكروبات المسببة لهذه الأمراض، وتزايد مناعة الأفراد نتيجة لتحسين نظم التغذية، مما ساعد على خلق نوع من التوازن بين هذه الميكروبات ومناعة حامل المرض. وأكد ماكيون أن فاعلية الأساليب الطبية لم تظهر إلا بعد الحرب العالمية الثانية مع ظهور السلفا والمضادات الحيوية والوسائل العلاجية والدوائية¹.

أما بالنسبة للأمراض المنقولة عن طريق الماء فقد أوضح ماكيون أن حوالي 16.4% من الانخفاض في معدلات الوفيات عموماً يرجع إلى انخفاض في معدلات الوفيات من هذه الأمراض، وأن حوالي 10.4% كان نتيجة لانخفاض الوفيات من الاسهال والدوسنتاريا. وأشار ماكيون إلى أن 85% من الانخفاض في وفيات الاسهال والدوسنتاريا قد تحقق قبل ظهور أساليب علاجها الحديثة عام 1930. وأكد ماكيون أن هذا الانخفاض يرجع بصورة أساسية إلى انخفاض معدلات تعرض الأفراد لمسببات هذه الأمراض، وخاصة انتشار إجراءات الصحة العامة سواء التي كانت تهدف إلى تحسين الحالة الصحية العامة مثل تطهير مياه الشرب، وتحسين وسائل التخلص من الفضلات والمجاري العامة، وبسترة وتعقيم الألبان أو تلك التي ارتبطت بارتفاع مستويات المعيشة في المجتمع عموماً مثل تعليم الأمهات، أساليب تغذية الأطفال الصحية، والحفاظ على نظافة المواد الغذائية. كما أكد ماكيون على الدور الهام الذي لعبته التغذية السليمة وخاصة بين الأطفال في زيادة المناعة ضد هذه الأمراض.

ومنه نخلص إلى نتيجة أساسية هي أن نظرية ماكيون قد أثبتت خطأ اعتقاد أن التقدم الطبي هو العامل الرئيسي وراء انخفاض معدلات الوفيات خلال القرنين التاسع عشر والعشرين حيث أكدت الدراسات أن معظم الانخفاض في معدلات الوفيات كان نتيجة إلى تغير طبيعة العلاقة بين الميكروبات المسببة للأمراض المعدية والإنسان نتيجة لارتفاع مستوى المعيشة وتحسين نظم التغذية من ناحية وتقليل احتمالات التعرض للمرض عن طريق زيادة إجراءات الصحة العامة واتباع الأساليب الصحية والوقائية.

- نظرية التحول الوبائي Epidemiology transitio لعبد الرحيم عمران:

تعد هذه النظرية من أهم النظريات التي تناولت التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض وعلاقتها بالتغيرات السكانية والاجتماعية والاقتصادية. وقد قام بوضع هذه النظرية عبد الرحيم عمران² سنة 1971 من خلال محاولته لتوصيف وتحديد أهم العوامل والنتائج المترتبة على التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض وعلاقتها بالتحضر

¹ المرجع نفسه، ص. 14.

² عبد الرحيم عمران: طبيب أمريكي من أصل مصري، عمل كأستاذ للوبائيات بمدرسة الصحة العامة، شغل منصب مدير المركز المتعاون بجامعة كارولينا الشمالية بتشابيل هيل في الولايات المتحدة الأمريكية، شارك في العديد من الأبحاث العلمية، كما له العديد من الأبحاث نشرت من قبل منظمة الصحة العالمية، في عام 1971م صاغ نظريته التي ذاع صيتها في جميع أنحاء العالم، وأطلق عليها تسمية نظرية التحول الوبائي. أعاد عمران النظر في نظريته في العام 1999م، مستفيداً من النقد الذي وجه له، وذلك لتوافق مع الدول المتقدمة، وكان قبيل وفاته مباشرة.

في الدول الغربية ومدلولاتها بالنسبة للدول النامية، وقد قامت هذه النظرية على خمس فرضيات أساسية:

- الوفاة هي عنصر أساسي في آليات التغيرات السكانية.
- وجود ارتباط وثيق بين التغير والتناقض في معدلات الوفاة بتغير نمط الإصابة بالأمراض من الأوبئة والأمراض المعدية إلى الإصابة بأمراض تنكسية من صنع الإنسان.
- أن الأطفال والسيدات في سن الحمل هم أكثر الفئات استفادة خلال فترة التحول الوبائي.
- وجود ارتباط وثيق بين التغير في نمط الإصابة بالأمراض وظاهرة التحضر بما تشمله من تغيرات ديموغرافية واقتصادية واجتماعية.
- إن التحول الوبائي في أي مجتمع يعتمد على معدلات التغير في نمط الإصابة بالأمراض وسرعتها ومسبباتها. وقد قسم عمران مراحل التغير في أنماط الوفاة إلى ثلاث مراحل مختلفة:

المرحلة الأولى (مرحلة الأوبئة والمجاعات):

"وهي مرحلة تعد امتداداً للأنماط التي حدثت منذ العهود القديمة، والتي تكون الأمراض المتوطنة وأمراض نقص التغذية والأوبئة مصدراً للوفيات وخاصة فئات صغار السن والشباب"¹، إذن فهي مرحلة امتدت منذ قرون عديدة واسمرت حتى بدايات منتصف القرن العشرين الميلادي. حيث صنف عمران أمراض هذه المرحلة على أساس أنها امتداد لأنماط الأمراض السائدة في العصور القديمة، والتي تشكل فيها الأمراض المتوطنة، وأمراض نقص التغذية "المجاعات"، والأوبئة خطراً قسماً على العديد من السكان في تلك الفترة خاصة فئة صغار السن والشباب. وتميزت هذه المرحلة بانخفاض معدلات نمو السكان، حيث إن ارتفاع معدلات المواليد تزامن مع ارتفاع معدلات الوفيات. وقد كانت للمجاعات والأمراض الوبائية السائدة في ذلك الوقت دوراً رئيساً في حدوث ذلك.

وتعتبر المجاعات والأمراض الوبائية بشكل عام ضلعين مهمين في ما عرف بثالوث مالتوس المشنوم "المجاعات والأوبئة والحروب". فالمجاعات تنتج غالباً بفعل الكوارث الطبيعية التي تتسبب إما في حدوث فيضانات تدمر وتتلغ المحاصيل الزراعية، أو جفاف يقضي عليها أو يحول دون قيامها. مما يؤدي إلى عدم توفر الأغذية اللازمة لسكان المناطق التي تعرضت لتلك الكوارث.

وترتبط العديد من الأوبئة بالقحط والمجاعات، فعلى أثر حدوث المجاعة يتبع ذلك ظهور بعض الأمراض الوبائية كالتاعون Plague، الحصبة، الجدري Smallpox، الكوليرا Cholera، الدفتيريا، الاسهالات المعوية، السل، والأنفلونزا Influenza وجميع

¹ خلف الله حسن محمد، الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، (الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999)، ص.61.

تلك الأمراض كانت تحصد أرواح الملايين من الناس خاصة الأطفال منهم، فهؤلاء لم يكونوا قد اكتسبوا المناعة ضد الأمراض، ولم تكن المطاعيم والأمصال للوقاية من المرض قد عرفت بعد، أو لم تكن منتشرة في كل أنحاء العالم. كما ارتبط انتشار الأمراض الوبائية بعوامل عدة كنقص المياه النقية، وسوء الشروط الصحية والبيئية العامة، وسوء حالة المواصلات، ونقص التعليم، وغياب التوعية الصحية، وهذه العوامل جميعها كانت سائدة في ذلك الوقت.

وتعتبر الأمراض المعدية والطفيلية من المسببات الكبرى للوفيات المرتفعة في الدول النامية، وهي المسؤولة بصفة خاصة عن وفيات الأجنة قبل الوضع ووفيات الطفولة، وقد أظهرت الإحصائيات العالمية المرتبطة بالعمر بأن أكثر من 15% من كل أطفال الدول النامية سوف لن تصل إلى 15 سنة. وهذه الأمراض لا تزال تلعب دور في الدول الفقيرة حيث إن معدلات الوفاة عموما ووفيات الأطفال الرضع على الخصوص تصل إلى 150 لكل ألف من السكان في السنة، وهي تماثل تلك التي سادت في دول أوربا خلال القرن السابع عشر والثامن عشر والتي كانت تتعرض لمثل هذه الأمراض الوبائية وتؤكد منظمة الصحة العالمية بأن الأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الجهاز التنفسي بالإضافة إلى حالات سوء التغذية هي المسؤولة عن معظم الوفيات في العالم الآن.

هذا ويعتبر مرض الطاعون Plague "الموت الأسود" من أشد أمراض المرحلة الأولى من مراحل التحول الوبائي فتكا وخطرا. ففي أوربا في مرحلة ما قبل التصنيع أدى مرض الطاعون إلى فقد معظم سكان المدن الأوربية خلال بضعة شهور، ويقال أن إيطاليا فقدت نصف سكانها، وإن كلا من إنجلترا وفرنسا فقدتا ثلث سكانهما فيما فقدت قبرص كل سكانها. أما في الدول النامية فقد انتشر مرض الطاعون بصورة خطيرة ومفرعة ففي دولة الكويت على سبيل المثال انتشر المرض سنة 1831م وهلك معظم السكان، ولم ينج من الوباء إلا بعض البحارة الذين كانوا خارج الكويت وقت اجتياح المرض، وحين وصلوها وجدوها شبة خالية من السكان... وكان الطاعون قد انتشر في البصرة سنة 1773م وأفنى السكان ثم سنة 1802، 1831م، وفي مسقط وبوشهر. وقد شكل الجدري أحد الأمراض الوبائية الفتاكة في تلك المرحلة فقد ضرب منطقة الخليج العربي في ثلاثينيات القرن العشرين مثيرا رعبا كبيرا بين السكان، وفي مدينة لندن بإنجلترا قتل الجدري ما بين أعوام 1780م إلى 1800م ما يربو على 36000 من البشر. كما أدت الأنفلونزا Influenza إلى قتل أعداد كبيرة من السكان، كان أقصاها الذي حدث في 1918-1919م حيث أودى المرض بحياة ما يربو عن 20 مليون نسمة، وهو أكثر من العدد الكلي لضحايا الوفيات في الحرب العالمية الأولى¹.

¹ نسيم مطر، نظرية التحول الوبائي،

المرحلة الثانية (مرحلة انحصار الأوبئة):

تبدأ هذه المرحلة من منتصف القرن العشرين، حيث انخفض فيها معدل الوفيات بشكل متسارع - وإن كان يبدو ذلك الانخفاض انخفاضاً بطيئاً في البداية-، في حين أن معدلات المواليد بقيت مرتفعة. وأدى ذلك الانخفاض في معدلات الوفيات خاصة في فئة صغار السن وفئة الشباب لزيادة معدلات نمو السكان، "ويرجع ذلك الأمر إلى التحسن في الحالة الصحية العامة للسكان ففي هذه المرحلة تنخفض معدلات الوفيات في الأطفال والتي تؤدي بدورها إلى زيادة معدلات نمو السكان"¹ منذ نهاية الحرب العالمية الثانية. فمع تطور الطب وتقدم المستوى العلاجي في مقاومة الأمراض من خلال اكتشاف الطعوم والأمصال، وتوفر الأدوية استطاع العالم التغلب على العديد من الأمراض الوبائية التي كانت في الماضي تشكل تهديداً عظيماً يقف في وجه الإنسان ويهدد وجوده على الأرض. وقد ساعد التطور الاقتصادي الذي طرأ على عدداً من الدول في تحسين الحالة الصحية بفعل تبني السياسات الرامية لتحقيق ذلك. كما أن لمنظمة الصحة العالمية World Health Organization "WHO" دوراً كبيراً ساهمت من خلاله ببرامجها المتعددة في القضاء على العديد من تلك الأمراض والأوبئة².

ويمكن تسمية هذه المرحلة بالمرحلة الانتقالية، والتي ينتقل فيها المجتمع من ناحية صحية من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثالثة من مراحل التحول الوبائي، بحيث ينتقل المجتمع صحياً من نمط الأمراض الوبائية المعدية والتقليدية نحو نمط الأمراض المزمنة.

المرحلة الثالثة (مرحلة الأمراض الانحلالية والأمراض من صنع الإنسان):

تتميز معدلات نمو السكان في هذه المرحلة بنموها البطيء، حيث تنخفض معدلات الوفيات وكذلك معدلات المواليد. وتحدث الوفيات في هذه المرحلة في سن متأخرة "سن الشيخوخة" عكس الوفيات في المرحلة الأولى والتي كانت تحدث لدى فئة صغار السن والشباب.

ففي الدول التي وصلت لهذه المراحل - وهي بشكل عام دول متقدمة- تم القضاء على الأمراض الوبائية الخطرة بشكل تام، وانتقلت بتغير طبيعة الأمراض لمرحلة الأمراض المزمنة Chronic Diseases كالأمراض الخبيثة Malignant Diseases مثل مرض السرطان Cancer بأنواعه المختلفة، وأمراض القلب، ومرض السكر Diabetes Mellitus، وأمراض ضغط الدم، وأمراض الفشل الكلوي، وأمراض التحضر كأمراض سوء التغذية Malnutrition "السمنة وزيادة الوزن" "Obesity"، والأمراض المهنية Occupational Diseases والأمراض النفسية. والأمراض الانحلالية Degenerative Diseases الناجمة عن النفسخ الأخلاقي كمرض نقص المناعة المكتسب Human Immuno deficiency "الإيدز AIDS".

¹ خلف الله حسن محمد، الصحة والبيئة في التخطيط الطبي، (الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1999)، ص. 61.

² نسيم ماطر، نظرية التحول الوبائي،

يوم: 2015/12/03، الساعة: 15.30 <https://www.google.dz/uvb%2Fattachements%2Fattachements.15.30>

فمرض القلب يعتبر حاليا المسبب الأول للوفاة في العالم. حيث يؤدي سنويا بحياة أكثر من ستة ملايين شخص... ففي بريطانيا مثلا يتسبب مرض القلب بوفاة شخص كل ثلاث دقائق. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فتسقط ضحية بسببه كل دقيقة واحدة. ويموت العديد من الأشخاص بهذا المرض في سن مبكرة....لقد أصبح مرض القلب مرضا متفشيا ومميتا. والمشكلة مرشحة للاستمرار والتفاقم لأن الناس يعيشون حياة أطول اليوم ويتبعون أساليب عيش غير صحية... وإذا استمرت الأحوال على ما هي عليه، فإن هذا المرض سيكون مسؤولا بحلول عام 2020م عن وفاة 19 مليون شخص كل سنة.

أما فيما يخص مرض السرطان؛ فإنه ما بين الأطفال الذين ولدوا في العام 1986م هناك احتمال أن يصاب بالسرطان في نهاية المطاف واحد من ثلاثة. ومن بين المصابين الذكور هناك احتمال وفاة واحد من كل أربعة، والإناث واحدة من كل خمس مصابات تقريبا، وكما أن الأبحاث أثبتت أن 80% من حالات السرطان ناتجة عن الظروف المحيطة بنا.

وقد ظهرت العديد من هذه الأمراض كنتيجة لمستوى التحضر الذي وصل إليه العالم اليوم، سواء كان ذلك التحضر تحضرا اقتصاديا أم حضاري أم تقني. فانتقال الإنسان من الحياة الريفية البسيطة التي كانت تعتمد على الجهد البدني بشكل كلي ومباشر في إنجاز جميع شئون الحياة اليومية، إلى الحياة التي أصبح للآلة فيها الكلمة الأولى، وأصبحت تلك الآلة تسير كافة أوجه الحياة، وأصبح بمقدور الإنسان من خلالها اختزال الوقت والجهد في تأدية أعماله، فاستمرت وتيرة الحياة بشكل متسارع توفر للإنسان جهده العضلي، والذهني فرغم أن للتحضر والتقدم جوانب ايجابية، فإن له جوانب سلبية أثرت مباشرة على الإنسان وعلى صحته في المقام الأول فظهرت الأمراض الخطرة التي أصبحت تلازمه لفترات طويلة، وتهدد بقاءه على سطح الأرض.

وكذلك فإن معظم الأمراض المزمنة التي يشهدها العالم تنجم عن نمط الحياة العصرية لمظهرها المتسارع وطبيعتها الفوضوية، والتي ساعدت في خلق تلك الأمراض، فنمط الغذاء السائد في العديد من الدول والذي يمتاز بارتفاع السعرات الحرارية وقلة المواد المغذية، أدى لظهور أمراض لم يعرفها الإنسان من قبل، كما أن وسائل المواصلات التي سهلت انتقال الإنسان بين مختلف الأقاليم والمناطق في العالم ساعدت في انتقال الأمراض خاصة ذات الطبيعة الانتقالية كمرض الإيدز والأمراض الالتهابية الحادة، كما أنها ساعدت في إعادة توزيع وانتشار الأمراض على مستوى العالم، كما أن للتطور الصناعي والحضاري دورا سلبيا في تلويث البيئة والذي انعكس على الإنسان وصحته في المقام الأول، ثم أن لحالة الفوضى الذي عاشها العالم من خلال الحرب الكونية الأولى والثانية والحروب الإقليمية، التي استخدمت فيها الأسلحة النووية والذرية والبيولوجية، والمحرمة دوليا، والسباق الدولي للتسلح خاصة التسلح النووي أدت

جميعها لخلق العديد من الأمراض الفتاكة التي وقف الإنسان عاجزا في حيرة من أمره أمامها.

وبشكل عام فإن دول العالم تتفاوت في المرور بهذه المرحلة من مراحل التحول الوبائي، ويرجع ذلك للتباين في معدلات النمو الصناعي والحضاري والاقتصادي. ففي حين أن الدول المتقدمة قد وصلت لمرحلة الأمراض الانحلالية والأمراض من صنيع الإنسان، إلا أننا نجد أن العديد من الدول النامية لا تزال تمر في المرحلة الانتقالية من مراحل التحول الوبائي فمعظم هذه الدول استطاعت القضاء على العديد من الأمراض الوبائية المعدية ولكنها في نفس الوقت أصبحت تعاني من ظهور أمراض مزمنة عصرية، ولكن ليس بالمستوى الذي وصلت له الدول المتقدمة، في ذلك الحين نجد أن الدول الفقيرة وخاصة تلك التي في أفريقيا لا تزال تتوء بعبء أمراض المرحلة الأولى.

وقد أرجع عمران السبب الرئيسي للتحولات السابقة في نمط الإصابة بالأمراض إلى ثلاثة عوامل هي:

- تغير طبيعة الأمراض والبيئة البيولوجية المحيطة بها مع زيادة مناعة الإنسان ضد الميكروبات والفيروسات المسببة لهذه الأمراض.
- ارتفاع مستويات المعيشة وتبني العادات الصحية وأساليب التغذية السليمة والصحة العامة.
- تقدم وانتشار الأساليب الوقائية والعلاجية الحديثة وخاصة التطعيمات والمضادات الحيوية¹.

أما عن تصنيف التحول الوبائي دوليا فقد قسمه عمران إلى ثلاث نماذج أساسية هي:

أ- **النموذج الكلاسيكي الغربي:** يمثل هذا النموذج تجربة الدول الغربية حيث اتصف الانخفاض في معدلات المواليد والوفيات بالتدرج وتزامنه مع عملية التقدم الاقتصادي والاجتماعي في هذه الدول. وتعتبر العوامل الاقتصادية والاجتماعية وعلى رأسها انتشار أساليب الصحة العامة والتعديلات الهيكلية في طرق الصرف الصحي في نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين هي المحدد الرئيسي لتغير نمط الإصابة بالأمراض في ظل هذا النموذج. وقد لعب التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي صاحب هذه التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض دورا إيجابيا في خلق الظروف الملائمة لنشر أساليب الحد من الإنجاب مما قلل من حد النمو السكاني المترتب على مثل هذه التغيرات².

¹ مجلس السكان الدولي، مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، زينب خضر، الفصل الأول (النظريات السكانية)، (مصر، 2010)، ص.15.
² المرجع نفسه، ص.15.

ب- النموذج المتسارع: يصف هذا النموذج التجربة اليابانية وما اتسمت به من انخفاض سريع في معدلات وفياتها. ويتشابه نمط الانخفاض في ظل هذا النموذج مع النموذج الكلاسيكي الغربي إلا أن معظم الدول التي اتبعت هذا النموذج اتسمت بدخولها مرحلة التنمية الحضارية قبل حدوث انخفاض في معدلات وفياتها في القرن العشرين. وهو ما أدى إلى انخفاض في معدلات الوفيات نتيجة لتفاعل كل من تبنى أساليب الصحة العامة والتقدم الطبي الحديث بالإضافة إلى التنمية الاجتماعية الشاملة. وقد لعبت طموحات هذه الدول سواء على مستوى الفرد العادي أو على مستوى الدولة عموماً دوراً هاماً في وضع حداً للزيادة السكانية وخلق الدافع القوي اللازم للحد من الإنجاب. وقد اعتمدت كثير من الدول وخاصة اليابان على الإجهاض كوسيلة فاعلة لتحقيق الانخفاض السريع لمعدلات إنجابها.

ت- النموذج الحديث أو المتأخر: يمثل هذا النموذج تجربة كثير من الدول النامية. ويتميز هذا النموذج ببدء الانخفاض الحقيقي في معدلات الوفيات بعد الحرب العالمية الثانية وخاصة في ظل تبنى الكثير من الدول النامية أساليب وإجراءات الصحة العامة المصدرة إليها من الدول المتقدمة كجزء أساسي من المعونات الصحية الدولية. غير أن هذه الأساليب والإجراءات مع نجاحها في خفض معدلات الوفيات لم تخلق لدى هذه الدول سواء على المستوى الفردي أو على المستوى القومي الدافع القوي للحد من معدلات إنجابها خلال المراحل الأولى من التحول الوبائي مما ترتب عليه معدلات زيادة سكانية غير مسبوقه في كثير من هذه الدول. وقد تبنت الكثير من الدول التابعة لهذا النموذج برامج تنظيم الأسرة والحد من الإنجاب لمواجهة تلك المعدلات المرتفعة من الزيادة السكانية. وقد ساهمت الكثير من الدول المتقدمة في الدعم المادي والفني لنشر تلك البرامج بين سكان تلك الدول¹.

وقد جاءت بعد النظرية التي وضعها عبد الرحيم عمران، نظرية أخرى أطلق عليها اسم المرحلة الرابعة من التحول الوبائي، وهي امتداد لنظرية عمران، حيث تم تقسيم المرحلة الثالثة من نظريته إلى مرحلتين على يد كل من أولشنسكي Olshansky، وأولت AULT.

ب- نظرية الوضع الاجتماعي (الخاصية الشعرية):

ظهرت الصياغة الأولى لهذه النظرية من قبل العالم الديمغرافي (أرسين ديمون)، وذلك عام 1890م. حيث تبين هذه النظرية أن محاولة الفرد في الارتقاء الاجتماعي أو ما يسمى بالحراك الاجتماعي يشبه الماء المندفَع في الأنابيب الشعرية، فكلما ضاقت فوهة الأنبوب الشعري كلما زاد اندفاع الماء إلى الأعلى، بمعنى أنه كلما قل أو انخفض مستوى

¹ مجلس السكان الدولي، المرجع السابق، ص.15.

خصوبة الفرد زاد ارتقاؤه في السلم الاجتماعي، تماما كالماء الذي يزداد ارتفاعه في الأنابيب ذات الأنصاف القطرية الضيقة، فالعلاقة في هذه الحالة علاقة عكسية.

ويسمى ديمون ظاهرة الارتقاء من طبقة إلى طبقة أعلى منها بظاهرة الارتقاء الاجتماعي، أو التقدم أو الحراك الاجتماعي الصاعد، الذي يعد من أهم المحركات أو الأسباب التي تدفع الأفراد إلى تحديد نمو الأسر. وضمن عملية الارتقاء هذه يصبح الفرد أقل ميلا من الناحية الاجتماعية على التناسل، لأنه يبتعد عن بيئته الطبيعية ويفقد نتيجة لذلك اهتمامه بالأسرة، إذ لا يكون لديه وقت لتكوينها، كما ويركز كل اهتمامه على عملية الارتقاء الاجتماعي التي تعود عليه شخصيا بالفائدة. وتعد هذه الأفكار والأطروحات مؤيدة تماما للأفكار القائلة بأن التقدم الحضاري عامل رئيسي في إضافة الرغبة في الإنجاب والتكاثر، وبأن طموح الأفراد في تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية مرتبطة دائما بتخفيض حجم أسرهم، تماما كالماء الذي يتمكن من لارتفاع إلى أعلى بقوة الخاصية الشعرية للأنابيب الضيقة، ويمكن اختصار مضامين هذه النظرية بالشارة إلى الإنسان يستطيع ارتقاء السلم الاجتماعي إذ قلل عدد أبنائه، يقول ديمون: "إن الشعرية بالنسبة للنظام الاجتماعي هي كالجاذبية بالنسبة للعالم الطبيعي"¹.

وعليه فإن انخفاض مستويات الخصوبة ومعدلاتها بالنسبة للنساء العاملات شيء طبيعي، لأن النساء يجدن أنفسهن محملات بأعباء عملية متخصصة بالإضافة إلى أعمالهن الروتينية في منازلهن، وأنه كما أشار قسم التنمية الاقتصادية والاجتماعية، التابع لهيئة الأمم المتحدة: "ستصبح المرأة صائدة خبز، على مستوى عائلتها بدلا من أن تكون عاملة في سوق العمل، الأمر الذي يزيد من رغبتها في تخفيض حجم أسرتها، كما أن للتعليم، وبالذات للمرأة أثر على معدلات الخصوبة، وبغض النظر عن التقدم الحضاري للمجتمعات فارتفاع مستوى التعليم يزيد من فهم تحمل المسؤولية العائلية الأمر الذي يوضح العلاقة العكسية بين مستوى الأمية وارتفاع معدلات الخصوبة"².

ج- نظرية الكلفة في الخصوبة:

أهم رواد هذه النظرية العالم الديموغرافي لبينستين الذي يرى أن أفراد المجتمع يتصرفون بحكمة وعقلانية بخصوص سلوكهم الإنجابي، وأن الناس عادة ما يطبقون حساباتهم الأولية بخصوص تحديد عدد الأولاد المرغوب بهم. وهذه الحسابات الأولية هي حسابات موجهة بشكل مباشر نحو تحقيق الرضي والمنفعة المستمدة من إنجاب طفل إضافي، كذلك نحو حسابات التكلفة الناجمة عن إنجاب الأطفال.

وبشكل عام فقد أشار لبينستين إلى أن هناك ثلاث منافع مستمدة من إنجاب الطفل الإضافي، وهي:

¹ فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، ط2، (بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر، 2000)، ص.279.
² أسعد بن محمد عطية، مؤشرات خصوبة سكان دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد 12، العدد24، دون سنة نشر، ص.61.

- **منفعة نفسية:** حيث أن الطفل الإضافي مصدر سرور لوالديه.
- **منفعة اقتصادية:** حيث يعد إنجاب الأطفال ووجودهم في الأسرة عامل إنتاج ومصدر دخل جديد، فكل طفل جديد يعني ساعد جديد يضاف إلى قوة العمل في الأسرة.
- **المنفعة المتوقعة من الأبناء:** كخدمة الوالدين عند الشيخوخة أو في حالة المرض أو العجز (فالأولاد كثيرا ما ينظر إليهم ضمن هذه الاعتبارات كمصدر ضمان في حالة عجز ومرض وشيخوخة الوالدين).
- كما أشار لبنستين إلى وجود نوعين من التكلفة بالنسبة للطفل الإضافي، وهي:-
- **تكلفة مباشرة:** ويمكن حسابها من خلال النفقات المادية المستمرة لإعالة الأطفال، إلى أن يبلغوا مرحلة القدرة على إعالة أنفسهم.
- **تكلفة غير مباشرة:** تحسب من خلال إضافة فرص العمل على المرأة في حالة إنجاب الأطفال، من خلال المنافسة على وقتها، واستهلاك أغلب مجهودها وقدرتها على الإنتاج. حيث ان إنجاب الأطفال من شأنه أن يضع المرأة أمام خيارين لا ثالث لهما، فإما البقاء بسوق العمل وبالتالي تخفيض عدد الأطفال المنوي إنجابهم، أو الخروج نهائيا من سوق العمل، وبالتالي إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال.

د- نظرية التحول الديموغرافي الانتقالية الديموغرافية:

- "يرتبط مفهوم التحول الديموغرافي بالتحويلات النوعية الناجمة عن التغيرات الكمية في الخصائص السكانية، فالمعروف أن التغيرات الكمية تقضي إلى تحولات كيفية. فانخفاض معدلات الوفيات والخصوبة، ومن ثم انخفاض معدل النمو السكاني وتباطئه ليصل إلى مستوى الاحلال، يصل بالسكان إلى مرحلة كيفية هي التحول الديموغرافي الذي يمنح المجتمع فرصة سكانية تسمى "النافذة السكانية"¹
- وتسعى هذه النظرية إلى، تفسير تجارب البلدان المصنعة خلال القرنين الماضيين من الزمن والتي انتقل فيها من حالة النمو السريع إلى حالة النمو البطيء. ويعتقد الباحثون المؤيدون لهذه النظرية أن انخفاض خصوبة المرأة الأوروبية قد تم على أساسين:
- **الأساس الأول:** تمثل باستبدال السلوك الزواجي (متمثلا بتأخير سن الزواج عوضا عن الزواج المبكر).
 - **الأساس الثاني:** تمثل في تبدل السلوك التكاثري، عن طريق المباشرة بين المواليد باستخدام وسائل تنظيم الحمل.

ويمكن أن نلخص عملية التحول الديموغرافي هذه بثلاث مراحل هي:

¹ ميثاء سالم الشامسي، السياسات السكانية والتحول الديموغرافي في الوطن العربي مع إشارة خاصة إلى دول مجلس التعاون، (الإمارات العربية المتحدة: برنامج المنتدى العربي للسكان، 2004)، ص.10.

- **مرحلة التوازن المرتفع:** تتميز بمعدلات خصوبة مرتفعة، وكذلك معدلات وفاة مرتفعة، ما يؤدي إلى نمو سكاني منخفض.
- **مرحلة التحول:** تتميز هذه المرحلة بانخفاض سريع في معدل الوفيات وارتفاع في معدل الخصوبة، مما يؤدي إلى نمو سكاني مرتفع.
- **مرحلة التوازن المنخفض:** تتميز بانخفاض الزيادة الطبيعية للسكان، والنجمة عن انخفاض كل من معدلات الولادة والوفاة على حد سواء

ونستطيع أن نختصر هذه المراحل على شكل المعدلات التالية:

- توازن مرتفع = ($D\uparrow - B\uparrow$ = نمو سكاني منخفض)
- مرحلة التحول = ($D\downarrow - B\uparrow$ = نمو سكاني مرتفع)
- توازن منخفض = ($D\downarrow - B\downarrow$ = نمو سكاني منخفض)

وقد مثلت العلاقة بين السكان والنمو والتنمية محل جدل وخلاف نظري كبير بين الاقتصاديين؛ حيث لم يتم حسم الخلاف حول ما إذا كان نمو السكان يحفز أو يضر أو ربما لا يؤثر في عملية النمو والتنمية.

وقد ركزت المدارس الكلاسيكية بشكل محدد ومنحصر على فكرة حجم نمو السكان دون إيلاء النظر إلى هيكل السكان. ولكن مؤخراً، تزايدت أهمية دراسة العلاقة بين السكان والتنمية نتيجة للتحويلات الديمغرافية التي أضحى تشهدها الدول النامية، حيث أصبحت هذه الدول تتفاوت بشكل كبير في مراحل مختلفة من التحول الديمغرافي. إذ ترتبط قضية التحول الديمغرافي بمحورين أساسيين: المحور الأول هو نظرية التحول الديمغرافي التي ظهرت نتيجة للتحويلات الديمغرافية التي شهدتها دول غرب أوروبا عقب الحرب العالمية والتي تمثلت بشكل رئيسي في انخفاض معدلات الخصوبة ومعدلات الإنجاب، أما المحور الثاني، فهو ظهور الكتابات الحديثة التي أولت الاهتمام بظاهرة التغيير في الهيكل العمري ومثلت إعادة إحياء لنظرية التحول الديمغرافي وتمر الدول بعملية تحول ديمغرافي تحدث في خمس مراحل، يتمثل أهمها بمرحلتين انخفاض معدلات الوفاة واستمرار معدلات الخصوبة في الارتفاع، ثم انخفاض معدلات الخصوبة تدريجياً، حيث ينجم عن هذه التحويلات نتيجة خطيرة وهي ارتفاع نسبة السكان في سن العمل (15 - 64) وانخفاض معدلات الإعالة؛ وهي المرحلة التي يطلق عليها النافذة الديمغرافية¹.

خلال مرحلة النافذة الديمغرافية يكون نمو السكان في سن العمل بمعدلات أسرع من معدل النمو السكاني ويترتب على ذلك ارتفاع معدلات التشغيل ومعدلات الادخار، وهي الأمور التي تؤدي إلى تحسين مؤشرات الأداء الكلي في تلك الدول، إذا ما واكبت هذه المرحلة السياسات الملائمة التي تساعد على تعظيم العائد من تلك النافذة، وتفترض

¹ ماجد عثمان، هبة نصار، سارة مجد الدمرداش الخشن، دور السياسات في الإسراع بالتحول الديمغرافي (دراسة حالة شرق آسيا والدروس المستفادة لمصر)، بحوث اقتصادية عربية، العدد 65، شتاء 2014، ص. 140، 141.

النظرية أن النافذة الديمغرافية يمكنها أن تؤثر في عملية النمو والتنمية من خلال عدة آليات أهمها:

- زيادة عرض قوة العمل سواء من طريق الزيادة الطبيعية في حجم قوة العمل أو من طريق زيادة مشاركة المرأة في سوق العمل مع انخفاض معدلات الخصوبة.
- الادخار والاستثمار؛ فمن المفترض أن فئة السكان في سن العمل هي الفئة ذات القدرة الأكبر على الادخار.
- رأس المال البشري، من خلال عدة قنوات من أهمها أن ارتفاع العمر المتوقع عند الميلاد وتحسن الصحة يؤديان إلى تغير كبير في أنماط وسلوكيات الأفراد تجاه أطفالهم؛ وبخاصة في ما يتعلق بالتعليم.

وقد أكدت العديد من الدراسات التطبيقية الدور الهام الذي يؤديه التحول الديمغرافي في النمو، ومثلت نتائجها دعماً قوياً لنظرية النافذة الديمغرافية. فقد توصلت دراستا كل من بارو وكيلي وشميدت إلى معنوية تأثير المؤشرات الديمغرافية في النمو. أما دراسة بلوم وويليامسون فتوصلت إلى أن زيادة نسبة السكان في سن العمل بمقدار 1 بالمائة تؤدي إلى زيادة معدل نمو ناتج الفرد ب 1.64 بالمائة. وأخيراً، أرجعت فيرر حوالي ربع ثلث الفجوة الإنتاجية بين الدول الغنية والفقيرة إلى اختلاف الهيكل الديمغرافي بين تلك الدول.

هـ- نظرية تركيب العائلة:

صيغت هذه النظرية من قبل عالم الاجتماع جوود وآخرين عام 1963م، وتنص هذه النظرية على "أن التصنيع والتحضير عملاً على تدمير وتكسير نظام العائلة الممتدة، وهي العائلة التي عادة ما يتم بداخلها صناعة أغلب القرارات ذات العلاقة بالأسرة وعناصرها، حيث يتم ضمن نطاقها كافة العمليات الاقتصادية والاجتماعية لأفراد الأسرة. على خلاف ما يجري في العائلة النووية المستقلة، التي تصنع عادة قراراتها من قبل الزوجين نفسها سواء قبل الزواج أو بعده. وتخضع قراراتها عادة لمفهوم الانتقاء والاختيار خاصة في مواضيع تتعلق بالزواج، اختيار مكان الإقامة والعمل، وقرارات الحمل والإنجاب وغيرها من القرارات"¹.

هذا وقد ذهبت هذه النظرية إلى أن التصنيع يتلف نظام العائلة التقليدية الممتدة، ويخلق حركة طبقية نشطة ضمن مجموعة القرابة، بحيث يقيم مؤسسات إضافية لمواجهة حاجات الأفراد المتزايدة، ومعالجة المشكلات التي تواجههم، وهذا بدوره يؤدي إلى التقليل من فرص الاعتماد على نسق أو مؤسسة القرابة في قضاء حاجات الأفراد وتسيير أمورهم. كما يؤدي التصنيع من وجهة نظر قوود إلى التقليل من سلطة ونفوذ الأقارب على الزوجين، ويؤدي كذلك إلى زيادة انتشار نمط الأسرة النووية، ويعمل على رفع سن

¹ منير عبد الله كرادشة، علم السكان (الديموغرافيا الاجتماعية)، ط1، (عالم الكتب الحديث، 2010)، ص.62.

الزواج، ويزيد من استقلالية وحركة جيل الشباب، مما يزيد من محاولات إمساك الزوجين بقراراتهما المختلفة بما فيها قرارات الخصوبة والإنجاب.

و- نظرية اتجاه تدفق الثروة (كادويل):

تعتبر هذه النظرية من أهم النظريات التي تناولت موضوع الطلب على إنجاب الأولاد، مستندة في تفسيرها لانحدار مستويات الخصوبة على التغيرات الطارئة على اتجاهات تدفق الثروة لبعض المجتمعات الإفريقية. وتعزو هذه النظرية ارتفاع الخصوبة في مثل هذه المجتمعات النامية إلى انتشار نظام العائلة الممتدة، وإلى سيطرة كبار السن وخصوصا الذكور منهم على موارد الأسرة، ما يؤدي إلى تدفق الثروة المكونة من سلع وأموال ومساعدات من جيل الأبناء إلى جيل الآباء، الأمر الذي من شأنه أن يجعل الخصوبة المرتفعة من مصلحة الذكور كبار السن، بصفتهن أصحاب القرار داخل الأسرة.

"وترى هذه النظرية أن انخفاض الخصوبة عندما تنقلص العلاقة الأسرية نحو الأسرة البيولوجية، وتراجع سلطة الكبار، وخاصة الذكور منهم وينتج هذا التحول في نظر كادويل عن عملية التنمية الاجتماعية - الاقتصادية التي تحول نظام الإنتاج الاقتصادي من نظام عائلي إلى نظام السوق. وهكذا فإن اتجاه تدفق الثروة في هذه المرحلة يصبح عكسياً أي من الآباء إلى الأبناء، مما يترتب عليه أن تزداد تكلفة إنجاب الأطفال، ويصبحوا عنصر تكلفة وليس عنصر منفعة"¹.

ز- نظرية كاين (Cain):

وهي نظرية ذات صيغ ديموغرافية اجتماعية واضحة، وقد ركزت جل اهتمامها على تناول مفهوم الطلب على الأطفال، وقد طور أسس هذه النظرية (كاين) عبر عدة دراسات. وبصورة عامة فقد ركزت هذه النظرية على قيمة الأولاد كمصدر ضمان وحماية للأهل في البلدان النامية. فقد اعتبر كاين أن كادويل لم يعط اهتماماً كافياً لمنفعة الأولاد كضمان في وجه الخطر المعيشي الذي يواجه الأسر في البلدان الفقيرة مثل الهند وبنغلاداش، حيث تواجه المرأة فيها بشكل خاص شتى أنواع القهر والظلم والاستلاب والعنف، وشتى المخاطر الاقتصادية أو الصحية أو الاجتماعية.

وقد اعتبر كاين أن مكانة المرأة المتدنية نتيجة اعتمادها الاقتصادي على الرجل يجعلها أكثر عرضة للخطر في حال الترميل أو الطلاق أو في حالة مرض الزوج، الأمر الذي يؤدي إلى تعزيز رغبتها في إنجاب الأولاد بغية تأمين العدد الكافي منهم كضمان بوجه المخاطر المفترضة والتي يمكن أن تمر بها مستقبلاً.

وقد رأى كاين أن العائلة الممتدة قد تشكل مصدر حماية في حالات الخطر والشيخوخة، واعتبر خلافاً لكادويل أن انتشارها قد يكون عامل ضبط لمستوى الخصوبة².

¹ المرجع نفسه، ص: 63.

² المرجع نفسه، ص. 65، 66.

ح- نظرية ديفيز وبلاك (Davis And Black) (المتغيرات الوسطية):

لعل من أوائل المحاولات لتحديد الآيات أو العوامل التي يمكن أن تضبط مستويات الخصوبة السكانية، تلك التي قام بها كل من ديفيز وبلاك سنة 1956، ويمكن القول أن أبحاثهما التي نشرت في هذه السنة تعد من الأبحاث الرائدة في هذا المجال، حيث قدما إطارا تحليليا وافيا بينا فيه أن كافة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية تؤثر على مستويات الخصوبة من خلال مجموعة من العوامل سميهاها (بالمتغيرات الوسطية للخصوبة) وضمناها في إطار احتوى مجموعة المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الخصوبة، أو تبين الأسباب المباشرة التي تعمل على رفع مستوياتها أو حتى خفضها. وقد حددت هذه المتغيرات بأحد عشر متغيرا، وأشار إلى أن هذه المتغيرات موجودة في كافة المجتمعات، كما تؤثر وتتأثر بمتغيرات أخرى ذات صيغ اجتماعية اقتصادية مختلفة.

وفيما يلي توضيح المتغيرات الوسطية التي قسمها ديفيز وبلاك إلى ثلاث مجموعات، توضح آلية تأثير المتغيرات الوسطية في مستويات الخصوبة السكانية، وهي كما يلي:

- عوامل تؤثر في التعرض للاتصال الجنسي (متغيرات الاتصال الجنسي): وهي عوامل مسؤولة عن تشكيل وفسخ الاتحادات الزوجية داخل أو خلال عملية الإنجاب، مثل:

✓ العمر الذي تبدأ عنده الاتحادات الزوجية الجنسية (المشروعة وغير المشروعة).

✓ العزوبية الدائمة، نسبة النساء اللواتي لا يدخلن في الاتحادات الجنسية أبدا.

✓ مدة الفترة الانجابية التي تنقضي بعد الاتحادات أو بينها:

. عندما تنتهي الاتحادات بالطلاق أو الانفصال أو الهجر.

. عندما تنتهي الاتحادات بموت الزوج.

- العوامل المسؤولة عن التعرض إلى الجماع الجنسي داخل الاتحادات الزوجية وهي متغيرات الحمل:

✓ الامتناع الطوعي (الاختياري).

✓ الامتناع غير الطوعي (العقم، المرض، الانفصال المؤقت أو الاجباري).

✓ عدد مرات الجماع الجنسي (باستثناء فترات الامتناع).

✓ عوامل تؤثر في التعرض للحمل.

✓ القدرة أو عدم القدرة الفسيولوجية، التي تتأثر بالأسباب غير الطوعية.

✓ استعمال أو عدم استعمال وسائل الحمل.

• الوسائل الميكانيكية والكيميائية.

• الوسائل الأخرى.

- العوامل المؤثرة على الحمل والإنجاب الناجح: وهي متغيرات ذات علاقة بعملية الولادة.

✓ وفيات الأجنة لأسباب غير طوعية مثل (سقوط الجنين، وفاته، الإجهاض التلقائي).

✓ وفيات الأجنة لأسباب طوعية مثل (الإجهاض المتعمد أي برغبة الأم)، وهي طرق شائعة لدى الدول الأكثر سكانا كالصين، الهند، أمريكا، روسيا واليابان، ويمكن القول أن الهدف الأساسي لدى كل من ديفيز وبلاك كان لفت انتباه الباحثين إلى عدم جواز القفز مباشرة من متغيرات المحيط العريضة إلى متغيرات الخصوبة دون الدخول إلى المتغيرات الوسطية، والتي تؤثر في مستوى الخصوبة بصورة مباشرة، ومن خلالها يمر تأثير لمتغيرات المحيط على مستويات الخصوبة السكانية¹.

ط- نظرية جون بونقارتز (John Bongart's):

نشر الديموغرافي جون بونقارتز عام 1978م مقالا تحت عنوان (إطار العمل التحليلي للمحددات التقريبية للخصوبة) بين فيه أن دراسة مستوى خصوبة السكان وتفسيراته تتطلب العمل على القياس المباشر للعوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة. وذكر أن العوامل التي تؤثر في الخصوبة ومستوياتها تمر عادة عبر العوامل البيولوجية والسلوكية، وهي ما دعاها بالمتغيرات التقريبية للخصوبة. وخاصة الأولى لهذه المتغيرات هي تأثيرها المباشر في الخصوبة السكانية، فإذا تغير عامل تقريبي كاستخدام منع الحمل، فإن الخصوبة ستتغير (على افتراض بقاء جميع العوامل التقريبية الأخرى ثابتة)، فتعليم المرأة كمتغير اجتماعي اقتصادي مثلا من شأنه أن يعمل على زيادة الوعي لديها ويرفع خبراتها وميلها للرفاه الاجتماعي، ويزيد من تطلعاتها وطموحاتها ويرفع من مستوى ذوقها العام، ورغبتها بالاستفادة من فرص التنمية وما تنتجه من رفاه، ما يزيد من إقبالها على استخدام موانع الحمل، كما يعمل على تأخير سن الزواج، والذي من شأنه أن يسهم في خفض معدل الخصوبة لديها².

وعلى هذا الأساس فقد قدم بونقارتز نموذجا واضحا وشاملا لتحليل العلاقة بين متغيرات المحيط والمتغيرات الديموغرافية ذات العلاقة المباشرة بخصوبة المرأة، وقد حددها في بداية الأمر بناء على نموذج ديفيز وبلاك. وللتقليل من التعقيد، فقد اختزل بونقارتز متغيرات ديفيز وبلاك من أحد عشرة متغيرا، إلى ثمانية متغيرات صنفها في ثلاثة مجموعات:

- عوامل التعرض للجماع: نسبة المتزوجات.
- عوامل التحكم في الخصوبة: (منع الحمل، الإجهاض المتعدد)
- عوامل طبيعية (عدم الإنجاب بسبب الإرضاع، تكرار الجماع، العقم، وفيات الأجنة، مدة فترة الإخصاب).

¹ منير عبد الله كرادشة، مرجع سابق، ص.67.

² المرجع نفسه، ص.69.

وفي خطوة لاحقة لتبسيط ما أمكن من التعقيدات وكثرة المتغيرات الداخلة في النموذج، فقد اختزل بونقارتز هذه المتغيرات لتصبح في النهاية أربع متغيرات فقط، وهي:

- تأخير سن الزواج.
- استخدام موانع الحمل.
- الارضاع.
- الاجهاض.

خلاصة

تناول الفصل الأول موضوع الدراسة، من حيث هو عرض لمجموعة من الخطوات المنهجية المطعمة بما يجلب القارئ مستوعبا لحدود الدراسة ولأبعادها من الناحيتين: النظرية والتطبيقية، حيث عرضنا إلى صياغة الاشكالية وأهميتها وأهدافها، كما حاولنا توفير جهاز مفاهيمي يساعد على فحوى اختيار مدخل منهجي نعتقد بملائمته لطبيعة الموضوع، مطعما أيضا بأكثر الاتجاهات النظرية المفسرة للموضوع، حيث تختلف النظريات السكانية باختلاف المدارس المعرفية التي تروم مقاربتها. إلا أن الملاحظ أنه لا توجد ثمة نظرية تشكل قانونا عاما وثابتا للسكان، فلكل عصر ولكل مجتمع قانونه السكاني الخاص به ينتج بالضرورة عن الظروف السائدة بالمجتمع، دون أن يغفل العامل الثقافي وبقية العوامل الأخرى المؤثرة في قضايا الصحة العامة ودورة الإنجاب والنسل. إلا أن كل النظريات لا تخلو من القيمة العلمية التي تكشف عن جوانب مهمة من علم دراسة السكان.

الفصل الثاني

الخصوبة بين الاتجاه التنظري والواقع السوسيو ثقافي

تمهيد

- أولاً: العوامل المؤثرة في الخصوبة في العالم
 - ثانياً: الخصوبة وقضايا البيئة والتنمية
 - ثالثاً: التحليل السوسيو- ثقافي للخصوبة
 - رابعاً: علم السكان كفرع معرفي يهتم بالنساء
 - خامساً: مقاييس الخصوبة.
 - سادساً: أسباب ارتفاع وانخفاض معدلات الخصوبة.
- خلاصة

بالطبع الظاهرة الاجتماعية تمتاز بدرجة كبيرة من التعقيد بسبب القدرة على التداخل والتفاعل إلى حد الانصهار، ولذا فإن النظر إلى موضوع الخصوبة من المنظور السوسبيولوجي لا يجب أن يخلو من الإشارة والتناول لمختلف العوامل التي تتدخل بشكل قسري أو عكسه، وبصورة مباشرة أو عكسها لتصنع أمرا مسلما به؛ قد يرتقي ليسمو إلى الظاهرة الاجتماعية بكل مقوماتها، وعلى هذا الأساس سنتم معالجة الخصوبة كموضوع في سياق تناول مجموعة والعوامل والعناصر، التي تنسج من حوله حيثيات تصنع منه موضوعا قابلا للدراسة السوسبيولوجية والمعينة الامبريقية.

1. عوامل اقتصادية

- عمل المرأة كخيار شخصي؛ ساعدت فلسفة التعليم القائمة على مبدأ الحق في التعليم وتبعاً لذلك المساواة بين الجنسين، وسياسة التعليم المشجعة لفتح آفاق لتوسيع مشاركة المرأة وتيسير اندماجها في مختلف الفروع والتخصصات العلمية دخولها إلى سوق العمل الرسمي وتحقيق ذاتها واثبات جدارتها في الميدان: في التدريس والتطبيب والإدارة وكل القطاعات المنتجة حتى وصلت إلى المقاولاتية مروا بالهندسة واقتحام مجالات لم تكن تخصها قبل زمن قريب.
 - المهنة؛ نوعية المهنة تؤثر بشكل كبير على السلوك الإنجابي لدى المرأة حيث حيث تحدد إمكانية الإنجاب وتربية الأبناء والالتزام بالأعباء والواجبات المنزلية في ضوء نوع المهنة ومدة الدوام.
 - عمر المرأة عند زواج؛ من المنطقي أن تعليم المرأة ثم خروجها للعمل من شأنه أن يتسبب في تأخير تاريخ زواجها وعليه فإن الإنجاب سيتأثر بدوره بمعدل وهرمونات الخصوبة.
- من آراء رواد الاتجاه الاجتماعي: كارل ماركس- يمكن إيجاز آرائه:

- يربط تزايد السكان بمعدل التشغيل الاقتصادي حيث أن رأس المال الثابت في المجتمع الرأسمالي يتزايد بسرعة تفوق تزايد رأس المتغير (العمال)
- لا يوجد فائض سكاني في ظل النظام الاشتراكي الذي يقوم على التشغيل المتوازن بين رأس المال والعمال وبالتالي تلاشي مشكلة الفقر باعتبارها مشكلة مرتبطة بتزايد عدد السكان

من آراء رواد الاتجاه الاجتماعي: سيدني كونتنز - تتلخص آرائه في:

- أن نمو السكان يتوقف على ثلاثة عوامل اقتصادية هي:
- مقدار العمل:
- توفر فرص العمل تحدد معدلات الزواج والإنجاب
- نوع العمل:
- ارتفاع معدل الخصوبة مرتبط بزيادة الطلب على العمل الغير ماهر
- انخفاض مستوى الخصوبة مرتبط بزيادة الطلب على العمل الماهر
- وظيفة الأسرة
- تحول الأسرة من وحدة إنتاجية إلى وحدة مستهلكة أدى انخفاض معدلات الخصوبة .

2. عوامل اجتماعية وثقافية:

- **الديني**؛ يعتبر الإسلام أكثر الأديان تشجيعاً للسلوك الإيجابي، من خلال ما تنص عليه من آيات قرآنية كريمة وأحاديث شريفة، وهذا يتمشى وفلسفة تقسيم الأدوار بين الذكور والإناث على نحو يحقق التكامل في أداء الواجبات وتحقيق مختلف الأشباع.
- **تأثير الفقر والسلوك الإيجابي**؛ من المعلوم أن الفقر يؤثر بشكل واضح على تراجع الإقبال على الإنجاب (رغم معارضة الإسلام لذلك) بسبب ما يتوقع من انعكاساته السلبية من سيادة التفكك الأسري والاضطراب والمشكلات الاجتماعية التي ترافق انحرافات في شخصية الأبناء كالسرقة والعنف والإدمان والجريمة والرسوب والتسرب المدرسي غيرها.
- **الوعي البيئي والصحي**؛ لا شك أن تداعيات الاهتمام الدولي بقضايا التنمية وتحديد التنمية المستدامة كان له الأثر في توضيح أهمية الاهتمام بالصحة من خلال نشر الوعي الصحي والبيئي بصفة عامة وتكريس كل الإمكانيات والسبل تحقيقاً لهذا الهدف الإنساني العالمي ومنه الاتصال البيئي وتفعيل البحث العلمي والمنشورات والمطبوعات وغيرها، ولا شك أيضاً أن لهذا تأثيره الكبير في التقليل من الإنجاب بسبب الاهتمام بنوعية الحياة وبنوعية التربية التي يجب أن يتلقاها الأبناء.

3. عوامل سياسية

- **فلسفة الموازنة**؛ فقه الموازنة بين النمو الاقتصادي والنمو الديمغرافي، أو الإنتاج والاستهلاك، يعد أمراً أساسياً في السياسة الرشيدة أو الحكيمة، على أساس دراسة العوامل والظروف المتحركة في كل قطاع من القطاعات الحيوية في حدود ارتباطه المباشر بمسألة التوازن، ويجب التنويه هنا أن هذه الرؤية لم تعد مقتصرة على اهتمامات القمة فحسب بل تنسحب على النظام الأسري وتعد من سمات وخصائص فلسفة التفكير لدى الأسرة على الصعيد الذري، إذ الزواج مؤسس على قاعدة بيانات أو شروط أساسية لتحقيق التوازن بين الحاجات والأشباع المختلفة مادياً ومعنوياً، كما أصبح النزوع إلى حياة نوعية أفضل ميزتها نوعية أو كيفية ما يعني قدر أكبر من الرفاهية وليس العدد أو الكم.
- **سياسة تنظيم الأسرة وتحديد النسل**؛ تهدف إلى تقليص حجم الولادات لأغراض متعلقة بتحقيق الموازنة واستراتيجيات التنمية الاقتصادية والاجتماعية بصفة عامة، حيث تعتمد الاستراتيجيات على المدى القصير والبعيد إلى نشر ثقافة ووعي والتشجيع (الأسرة، المرأة) على تنظيم النسل، بتوفير عدد متنوع من الوسائل الطبية، يتم الترويج لها عن طريق وسائل الإعلام عبر مختلف المؤسسات إضافة إلى الإرشاد المباشر وعبر الإعلانات في مراكز الأمومة والطفولة.

ثانيا: الخصوبة وقضايا البيئة والتنمية

شُبه النمو- السكاني¹ في الخمسينات والستينات بقطار سريع بدون سائق، وهو يسير بسرعة ويقترّب من الاصطدام بنقص في الغذاء والموارد... لدى السكان (مثل جميع الكائنات الحية) إمكانية النمو بمعدلات أسية،.. وهناك طريقة عامة لقياس إمكانية النمو لأي مجموعة من معدلات المواليد والوفيات وهي حساب مدة التضاعف-المدة اللازمة للسكان للتضاعف إذا استمرت معدلات النمو كما هي... إذا عرفت أن معدل نمو سكان العالم 2 بالمائة في السنة يمكن أن نجد أن مدة التضاعف هي 35 سنة.. ويبدو أن معدلات النمو قد زادت بسبب تحسن الغذاء الذي عمل على تحسين قدرة المرأة على الحمل وإنجاب الأطفال، وجعلت إمكانية فطام الطفل عن الرضاعة في فترة أبكر بسبب توفر الأغذية الطرية التي يمكن أن يأكلها الطفل.²

تعود الزيادات المتسارعة في النمو السكاني بعد عام 1750 إلى الانخفاض في معدل الوفيات الذي صاحب الثورة الصناعية. وبدا ذلك في أوروبا وأمريكا الشمالية، ومؤخرا في الدول النامية حيث انخفضت معدلات الوفيات وبسرعة أكبر من الانخفاض في معدلات الخصوبة، والنتيجة هي أن عدد...وقد عملت هذه التحسينات³

ثالثا- التحليل السوسيو- ثقافي للخصوبة:

تعد الخصوبة من العناصر الرئيسية في دراسة السكان، ولا يرجع ذلك إلى كونها تفوق الوفيات والهجرة، ولكن لكونها المحدد الرئيسي لنمو السكان بالإضافة إلى ذلك نجدها أكثر صعوبة في فهمها من الوفيات فبينما تتميز هذه الأخيرة بكونها حتمية لا يمكن تجنبها، فإن الخصوبة ليست كذلك كما أن الخصوبة ظاهرة قابلة للتجدد وبالإمكان حدوثها أكثر من مرة على عكس الوفيات التي تحدث مرة واحدة في العمر، وعليه يمكننا القول بأن الخصوبة تتعرض لتغيرات كثيرة سبق ذكرها على المدى القصير نحاول ضمن هذا الفصل التعرف عليها بشكل واسع وأدق.

1- التحليل السوسيوولوجي والديمغرافي للخصوبة:

- التحليل السوسيوولوجي للخصوبة:

يرتكز التحليل السوسيوولوجي للخصوبة على تصور مفاده أن الخصوبة أو إنجاب الأطفال هو سلوك اجتماعي يقوم به الفرد داخل المجتمع في إطار ما يعرف بالسياق الاجتماعي، وقد يتسع هذا السياق ليتجاوز الناحية الاجتماعية أو الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية منها، "...وقد يضيق ليتمثل في الخصائص الفردية التي يتميز بها

¹ - جون ر.ويكس، (1999)، مقدمة في علم السكان، ترجمة: فوزي سهاونة، منشورات الجامعة الاردنية، عمادة البحث العلمي، عمان، الاردن، ص 11.

² - ؟

³ - المرجع السابق، ص45.

الزوجان اللذان يتخذان قرار الحمل والإنجاب¹ كما يستعرض بعض علماء الاجتماع ما يعرف بالخصوبة المتباينة، وذلك من أجل تأكيد ارتباط الخصوبة بمجموعة من المتغيرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية ونذكر أهم هذه المتغيرات في:

- **استخدام وسائل منع الحمل:** تعتبر وسائل منع الحمل من الوسائل التي كان لها دور كبير في الإقلال من عدد المواليد بالإضافة إلى الأحوال المعيشية العامة التي شهدت تغيراً ملحوظاً بعد الثورتين الصناعية والزراعية في القرن الثامن عشر.
- **الإجهاض:** يعتبر الإجهاض من الوسائل الهامة في الإقلال من عدد السكان غير أن هناك صعوبة بالغة في تحديد حالات الإجهاض بدقة، ويرجع ذلك إلى أن دول كثيرة تعتبرها منافية للقانون ونصت على عقوبة صارمة لمن يقوم به، لذلك نجد أن أغلب عمليات الإجهاض في الدول العربية تحدث في الخفاء سواء أكان هذا الحمل شرعي أو غير شرعي.
- **ارتفاع سن الزواج:** يشهد العالم العربي اليوم ارتفاع ملحوظ في سن الفتيان والفتيات اللاتي يتزوجون، ويرجع السبب في هذا الارتفاع إلى مواصلة الفتاة لتعليمها وخروجها لميدان العمل وارتفاع تكاليف الزواج، كما أن الارتفاع في سن الزواج يؤدي إلى انخفاض معدلات المواليد.
- **العقم:** يعتبر العقم من أبشع الأمراض التي تصيب الإنسان من جميع النواحي خاصة الناحية الاجتماعية والنفسية.
- **ضعف الوازع الديني:** دلت أغلب الدراسات والأبحاث حول ظاهرة الخصوبة على أن الأزواج الذين لا يزالون متمسكين بقوة النواحي الدينية ينجبون عدداً أكثر من الأطفال مما ينجبه الأزواج اللائي ضعفت فيهما هذه القوة الدينية، حيث وجد أن أغلب العائلات المتدينة لا تعطي أهمية كبيرة إلى الوسائل الحديثة في تنظيم النسل، ومن ثمة تمتنع عن استعمالها على عكس مثلتها غير المتدينة أو الأقل ديناً.
- **تغير مكانة ودور المرأة في المجتمع:** إن دور المرأة اليوم لم يعد محصوراً على الأدوار التي كانت تقوم بها في الماضي من حيث رعاية شؤون الأسرة وإنجاب الأطفال وتربيتهم ومتابعتهم خلال مشوارهم الدراسي، بل إن زيادة فرص تعليمها ومبدأ تساوي الفرص المتاحة للمرأة جنباً إلى جنب مع الرجل.
- **انتشار الحضرية:** حسب الإحصائيات الأخيرة أن معدلات المواليد في الحضر منخفضة مقارنة بالريف، علماً أن سكان الحضر ليسوا هم السبب في إحداث هذا الانخفاض، رغم اكتساب هؤلاء السكان لعقلية خاصة وثقافة مميزة تساعدان على تحديد حجم الأسرة بعكس سكان المدن، إن السبب الحقيقي الذي يحدثه سكان المدن في العقلية الحضرية، إذ توجد بذلك بيئة مواتية لانتشار مبادئ تنظيم النسل لأسباب كثيرة نذكر منها:

¹ فتحي محمد أبو عيانة: جغرافيا السكان وأساسها الديمغرافيا العامة، مرجع سابق، ص 103

أ_ الاختلاف في طبيعة العمل بين المدن والريف.
ب_ الأطفال في المدن لا يساعدون في العمل كما هو الحال في الريف.

ج_ إنجاب عدد كبير من الأطفال في المدن يشكل سبب مباشر في تأخير المرأة في مشوارها الدراسي.

• **التطور الاقتصادي وتحسن مستوى المعيشة:** توجد رابطة قوية بين تحسن المستوى المعيشي وبين انخفاض معدلات المواليد ومن بين الأسباب التي تفسر لنا هذه الظاهرة نذكر:

أ_ ارتفاع الدخل.

ب_ ارتفاع تكاليف تربية الأطفال.

ج_ التعليم الإجباري للأطفال وإطالة مدة هذا التعليم.

- التحليل الديمغرافي للخصوبة

تعد الخصوبة من وجهة النظر الديمغرافية من العناصر الرئيسية في دراسة السكان، فهي إلى جانب تأثيرها بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية إلا أنها ذات تأثير كبير على تشكيلة طبيعة التركيب السكاني، ويرجع ذلك إلى كون ارتفاع أو انخفاض مستوى الخصوبة يؤدي بدوره إلى زيادة أو نقصان التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني وأتساعه أو ضيقه ووجود أو عدم وجود ما يعرف بظاهرة التجدد أو الإحلال، كما يؤدي بالتالي إلى انخفاض أو ارتفاع مستوى نسبة كبار السن بالنسبة لمجموع السكان، كما أن هذا الأتساع أو الضيق في قاعدة أو قمة الهرم السكاني يؤدي إلى نتائج اقتصادية واجتماعية تنعكس بدورها على معدلات النمو السكاني في المجتمع".
ومما سبق نلاحظ أن هناك غموض وتعقيد ولتوضيح هذا الغموض وتحليل هذا التعقيد فإن علماء الديمغرافيا يستخدمون عدة مقاييس لحساب معدلات الخصوبة وعلاقتها بغيرها من المتغيرات الديمغرافية الأخرى منها:

• **معدل المواليد الخام =** عدد المواليد الأحياء في السنة/ عدد السكان في منتصف السنة $\times 1000$

• **معدل الخصوبة العام:** عدد المواليد الأحياء في السنة/ عدد الإناث في الفئة 15 - 49 سنة $\times 1000$

• **معدل الخصوبة العمرية النوعية:** عدد المواليد الأحياء في السنة لأمهات في فئة عمرية/ عدد الإناث في نفس الفئة العمرية في نفس السنة $\times 1000$

وعليه فإن علماء الديمغرافيا في تحليلهم لظاهرة الخصوبة كمتغير ديمغرافي يمنحونه اهتمام كبير من خلال محاولة معرفة درجة التغير الذي يتعرض له هذا الأخير في ظل كافة التأثيرات في مختلف الميادين سواء كانت تأثيرات اجتماعية أو اقتصادية أو سياسية أو حتى ديمغرافية.

إن الخصوبة تختلف في كافة المجتمعات، ومن مجموعة سكانية لأخرى داخل المجتمع الواحد، وذلك نتيجة لعدة عوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية وعليه تتضح أهمية دراستها، حيث يؤدي هذا الاختلاف في مستويات الخصوبة من بيئة لأخرى، إلى أثر بالغ في حركات السكان وفي نواحي شتى من حياتهم، خاصة بعد أن أمكن السيطرة على الوفيات إلى حد كبير¹

وللخصوبة أثر كبير على تركيب السكان العمري، فارتفاع مستواها يؤدي إلى زيادة التراكم العددي، في قاعدة الهرم السكاني واتساعها ووجود ما يعرف بظاهرة التجديد أو الاشباب، كما يؤدي هذا بالتالي إلى انخفاض مستوى نسبة كبار السن، إلى مجموع السكان ويؤدي هذا الاتساع في القاعدة والضييق في قمة الهرم السكاني إلى نتائج اقتصادية واجتماعية متعددة تنعكس على معدلات النمو السكاني في المجتمع وتعد الخصوبة من العناصر الرئيسية في دراسة السكان ليس فقط، لأنها غالباً ما تفوق الوفيات والهجرة وبالتالي تصبح المحدد الرئيسي لنمو السكان، بل لأنها أيضاً أكثر صعوبة في فهمها عن الوفيات فبينما تتميز الوفاة بأنها حتمية بالضرورة.

ولا يمكن تفاديها فان الخصوبة ليست كذلك، ومن ثمة فهي أقل ثباتاً كما يمكن التنبؤ بها والتحكم فيها، كذلك فإنها تكون أكثر تأثراً بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والنفسية وغيرها، وبالإضافة إلى ذلك فإن الوفاة والتي تحدث في أي عمر تختلف عن الخصوبة، في أن النساء يلدن في فترة زمنية محددة من أعمارهن ومن ثمة فإن زيادة عدد المواليد في عام لا يعني أنه ستعقبه زيادة مماثلة في العام التالي، وتبعاً لذلك فإن الخصوبة تتعرض لتغيرات على مدى قصير أكثر مما تتعرض له الوفيات².

رابعاً- علم السكان كفرع معرفي يهتم بالنساء³:

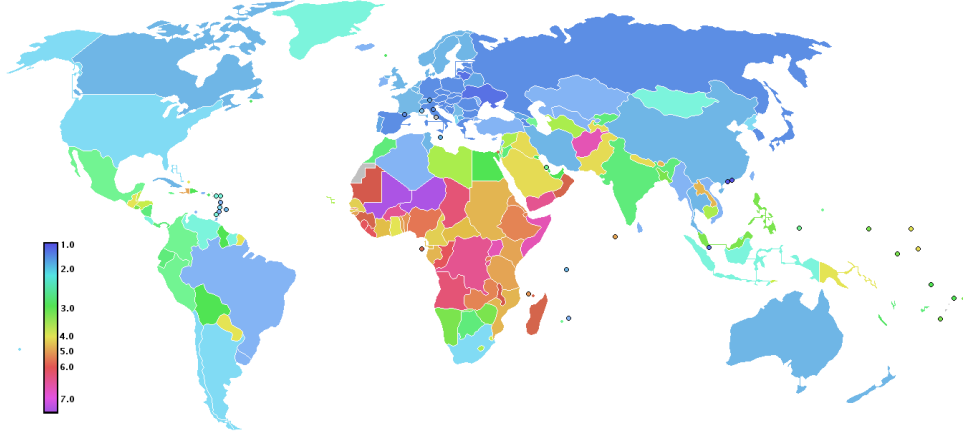
ولد علم السكان الرياضي 1939م، مستبعداً الرجال من اعتباره، وتتضمن المعادلات الأساسية عند لوتكا الإناث فقط ومنها يستخرج عدد الذكور على أساس النسبة بين المواليد الذكور والإناث وهو عامل بيولوجي ثابت...وقد كان اختياره مبرراً باعتبار أن فترة الإنجاب عند المرأة أكثر تحديداً منها عند الرجل كما أن النسب إلى الأم يكون معلوماً في كل الحالات تقريباً (1998لوتكا)...مع تصاعد الزيادة السكانية في الدول النامية...ومع ظهور تحديات "السكان-التنمية" أكدت الحاجة إلى تقديرات لمعدلات الخصوبة والوفاة وكذلك إلى نماذج تفسيرية للنمو السكاني، ذلك التوجه إلى الإناث في مجال علم السكان، وتقاطع برنامج البحث العلمي مع مشروعات تنظيم الأسرة (Mc Nicoll 1992).

1

² علي سالم احمدان الشواورة: علم السكان وتضخم المدن، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2014، ص 354-355.

³ sjoseph.ucdavis.edu/ewic/ewic-arabic-translation/all.../demography.pdf le 03 November 2014

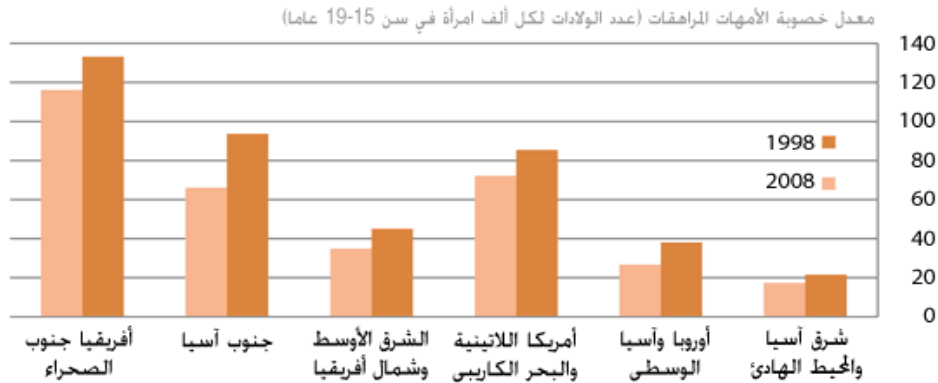
الشكل رقم (4) يوضح نقاط الكثافة السكانية في العالم:



المصدر: الموقع الإلكتروني - أسفله.

وقد استند تقرير [الأمم المتحدة](#)¹، 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 الـ 8 مليار نسمة، تبعا لتطورات الخصوبة، وتستقر التوقعات على الإمكانيات المتوفرة، ولجوء أغلبية النساء إلى حبوب منع الحمل وتباعد الولادات.. ففي عام 2005، تمكنت 24 بالمائة من نساء العالم المتزوجات وهن في سنّ الإنجاب من أخذ حبوب منع الحمل في ظروف مواتية منهن اللواتي يعشن في ظروف الحياة المشتركة مع الآخرين، فيما كانت 23 بالمائة من النساء بحاجة إلى تخطيط عائلي لتوفير الدواء. وللإشارة فإن تعداد سكان العالم بلغ في 1900 حوالي 1.65 مليار نسمة، وفي سنة 2000 بلغ 6 مليار نسمة، وفي 2012 سيتجاوز 7 مليار نسمة، وتُقدر نسبة النمو حاليا بـ 1.3 بالمائة عالميا، مقابل 2.3 بالمائة في الدول النامية".

الشكل رقم (5): يوضح معدل خصوبة الامهات المراهقات لكل الف امرأة في سن 15-19 عاما:



المصدر: الجدول 19-2 مؤشرات التنمية العالمية وشعبة السكان بالأمم المتحدة

¹ www.djazair.com/alfadjr/161721 le 03 November 2014

خامسا- مقاييس الخصوبة:

تعرف الخصوبة بنسبة عدد الأطفال المولودين إلى عدد النساء. على أننا يجب أن نلاحظ أنه بالرغم من أن اهتمامنا الأساسي بتأثير الإنجاب على المجتمع، فإن علينا أن نعرف أن معدل المواليد هو عبارة عن تراكم ملايين القرارات الفردية المتعلقة بإنجاب أو عدم إنجاب أطفال. وعلى ذلك فعندما نطلق على مجتمع ما أنه مجتمع مرتفع الخصوبة فإننا نقصد أن معظم النساء في سكان هذا المجتمع ينجبون العديد من الأطفال، بينما نقصد بالمجتمع المنخفض الخصوبة ذلك المجتمع الذي تنجب فيه معظم النساء عددا قليلا من الأطفال. ومن الطبيعي أن نجد في المجتمع مرتفع الخصوبة بعض النساء ينجبون عددا قليلا من الأطفال، والعكس قد نجد في المجتمعات منخفضة الخصوبة عددا قليلا من النساء ينجبن عددا كبيرا من الأطفال.

وللخصوبة جانبان، جانب بيولوجي، وجانب اجتماعي. ويقصد بالجانب البيولوجي القدرة على الإنجاب أو الطاقة الإنجابية. وبالرغم من أن هذا الشرط يعد شرطا ضروريا للإنجاب، إلا أنه ليس شرطا كافيا. فالقرارات المتعلقة بما إذا كان الطفل سيولد أم لا (أخذا في الاعتبار وجود القدرة على الإنجاب) وإذا كان هناك نية لإنجاب الأطفال كم سيكون عددهم داخل الأسرة، كل هذه تخضع للمحيط الاجتماعي الذي يعيش الأفراد فيه.

1- عوامل وجوانب الخصوبة:

1-1- الجانب البيولوجي

إن الشخص القادر على الإنجاب هو الذي يستطيع فيزيائيا أن ينجب أطفال، بينما لا يستطيع ذلك الشخص العقيم، أما مصطلح الخصوبة فإنه يعني الأداء الإنجابي للشخص، أي العدد الحقيقي للأطفال المولودين لكل شخص وليس طاقة أو قدرة هذا الشخص على الإنجاب.

ويطلق الأطباء على الأسرة (الزوج والزوجة) التي حاولت خلال 12 شهرا من تكوينها أنجاب أطفال ولم تنجح في ذلك بأنها لا تتمتع بالخصوبة، ووفقا لهذا المعيار فإن هناك حوالي 8% من الأسر الأمريكية عقيمة وذلك وفقا لإحصاءات عام 1988 (لاحظ أنه وفقا لإحصاءات عام 1965 فقد كان هناك حوالي 11% من الأسر الأمريكية غير قادرة على الإنجاب، بما تفسر هذا الانخفاض؟) على أن هناك معنى أكثر عمومية لعدم القدرة على الإنجاب، فالمرأة تصنف بأنها غير قادرة على الإنجاب إذا اعتقدت بأنه من المستحيل بالنسبة لها أن تنجب أطفالا، سواء إذا كان أحد الأطباء أخبرها بالأحتمال إنجاب أطفال لأن ذلك سيحمل خطرا لها أو لطفلها، أو لأنها تزوجت لمدة 36 شهرا ولم تستخدم أي من وسائل منع الحمل، ومع ذلك لم تنجب أطفالا.

2-1- الخصوبة الطبيعية

تبدأ القدرة على الإنجاب لدى المرأة من وقت البلوغ إلى الوقت الذي تصل فيه إلى سن اليأس، وتصل هذه القدرة إلى ذروتها في العشرينيات من عمرها. ويقصد بالخصوبة الطبيعية مستوى الإنجاب للمرأة عندما لا تستخدم أي من وسائل تنظيم النسل. فإذا ما افترضنا أن المرأة قادرة على الإنجاب لمدة 35 عاما (منذ سن 15 إلى سن 49) وأن كل مرة من مرات الحمل تستغرق حوالي 9 أشهر (وأخذا في الاعتبار بعض حالات فشل الحمل مثل السقط)، وأنها لا تتناول أي من وسائل تنظيم النسل فسوف يكون هناك حوالي 18 شهرا بين نهاية كل حمل وبداية الآخر، وعلى ذلك فإن متوسط الفترة التي تقضيها المرأة في إنجاب طفل تساوي حوالي 2,2 سنة { (9 + 18) ÷ 12 }. وبهذا الشكل فإن عدد الأطفال الذين يمكن للمرأة إنجابهم في المتوسط يساوي 16 طفلا { 35 سنة ÷ 2,2}. ويمكن النظر إلى هذا المتوسط على أنه الحد الأقصى للإنجاب لمجتمع ما. أما على المستوى الفردي فمن الممكن أن تنجب الأنثى عند سن أقل من 15 سنة، كذلك قد تنجب بعض الإناث بعد سن 49. على سبيل المثال فقد أنجبت روث كيستلر طفلا في كاليفورنيا عند سن 57 سنة و129 يوما، أما أشهر النساء اللاتي أنجبن فهي سيدة روسية في القرن الثامن عشر والتي. أنجبت 69 (تسعة وستون) طفلا، وبالرغم من أنها لم تحمل سوى 27 مرة، إلا أنها أنجبت عددا كبيرا من التوائم. (16 مرة أنجبت توأم و7 مرات أنجبت 3 أطفال و4 مرات أنجبت 4 أطفال).

والآن دعنا نهمل هذه الحالات الشاذة، ونأخذ في الاعتبار أن متوسط العدد الممكن من الأطفال لكل سيدة قادرة على الإنجاب هو 16 طفلا، فإذا كان الأمر كذلك فلماذا لم نجد أي من المجتمعات يحقق هذا المستوى من الإنجاب؟ أن الإجابة على هذا السؤال تكمن في الجانب الاجتماعي للخصوبة.

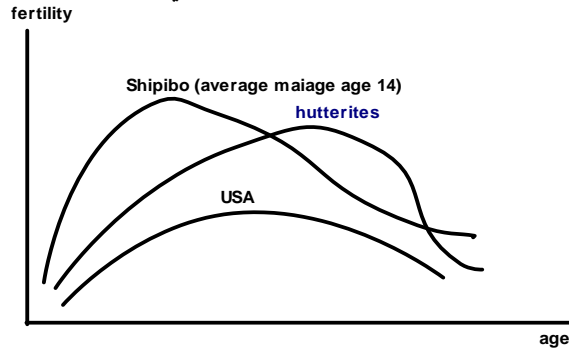
3-1- الجانب الاجتماعي

تختلف فرص ودوافع إنجاب الأطفال بشكل جوهري من محيط اجتماعي إلى آخر، ونتيجة لذلك توجد فروق كبيرة في متوسط عدد الأطفال الذين يولدون لكل سيدة. ولعل أكثر المجموعات شهرة في ارتفاع مستويات الخصوبة هم مجموعة من المهاجرين الروس والذي يعيشون في شمال وجنوب ولاية داكوتا وكذلك في كندا، ويسمون "بالهاترايت Hutterites" وكانوا ويعيشون في مجتمعات تشيع فيها الملكية العامة لكافة وسائل الإنتاج، بصفة خاصة الأرض. وفي الثلاثينيات من هذا القرن كان من المتوقع للسيدة المتزوجة في هذه المجموعة أن تنجب أكثر من 12 طفلا في المتوسط. ولقد كان السر وراء هذا المستوى المرتفع يرجع إلى الزواج المبكر جدا، والتغذية الجيدة، والاهتمام بالصحة، فضلا عن الحرص القوي على إتباع تعاليم الإنجيل، ولذلك لم تكن النساء في هذه المجموعة العرقية تستعمل وسائل تنظيم النسل أو الإجهاض اعتقادا بأن هذه الوسائل تعد خطيئة.

إلا أنه في السنوات الأخيرة بدأت معدلات النمو السكاني بين هذه المجموعة في الانخفاض. لقد كانت مجموعات هذه الفئة العرقية تعمل في الزراعة في ظل نظام لتقسيم العمل، بحيث أن متوسط عدد العمال في المزرعة حوالي 130 فرداً، وقد استلزمت هذه الزيادة المرتفعة في السكان ضرورة شراء أراضي جديدة أو الاستيلاء على الأراضي الحالية بصورة لفتت الأنظار وبصفة خاصة في كندا، ولذلك أصدرت القوانين في كندا للحد من قدرة هذه المجموعات على شراء الأرض، وفي ذات الوقت كان هناك تطوراً في الأساليب التكنولوجية لزراعة الأرض والتي استفادت منها أيضاً هذه المجموعة مما أدى إلى تغيير نظام العمل داخل المزرعة. مثل هذه التغييرات مارست تأثيرها على رفع سن الزواج للنساء بحوالي 4-5 سنوات، أكثر من ذلك فإن توفر وسائل الرعاية الصحية جعلت الكثير من النساء يوافقن على تعقيم أنفسهن بعد إنجاب عدد مناسب من الأطفال خوفاً على صحتهن. ونتيجة لذلك في عام 1987 بلغت مستويات الخصوبة بين نساء هذه المجموعة نصف مستوياتها في عام 1930.

والآن دعنا نعقد مقارنة بين "الهاتيرايت" ومجموعة من الهنود التي تعيش في إقليم شرق الأمازون في بيرو تسمى شيبيبو Shipibo ولكي نتضح الصورة أكثر دعنا نقارن مستويات الخصوبة لهاتين المجموعتين بمستويات الخصوبة بين نساء الولايات المتحدة كما هو موضح في الشكل الآتي:

الشكل رقم (6): يوضح مقارنة بين الهاتيرايت ومجموعة من الهنود في الولايات المتحدة الأمريكية:



ويلاحظ من الشكل أن السيدة من مجموعة "الشيبيبو" تبدأ عملية إنجاب الأطفال مبكراً عن "الهاتيرايت"، وكذلك تنتهي من عملية الإنجاب مبكراً ويبلغ السن المتوسط للزواج بين هذه المجموعة 14 عاماً وتبدأ النساء في الإنجاب في المتوسط عند سن 15,6 عاماً. وتعد مستويات الخصوبة بين هذه المجموعة من أعلى المعدلات المسجلة عن الإنجاب. على أن المقارنة بين هاتين المجموعتين وبين تلك المعدلات السائدة في الولايات المتحدة توضح مدى الفارق الشاسع بين معدلات الخصوبة بين مجتمع متحضر ومجتمع تقليدي.

2- مقاييس الخصوبة:

هناك نوعان من المقاييس للخصوبة، مقاييس المدة ومقاييس المجموعة وتقوم مقاييس المدة بقياس المواليد التي تتم خلال فترة محدودة عادة سنة واحدة. أما مقاييس المجموعة فإنها تهتم بقياس المواليد (كل المواليد) التي تتم بواسطة مجموعة معينة من النساء. وتتميز مقاييس المدة بأنها أسهل نسبياً من مقاييس المجموعة، وغالباً ما تستخدم بصورة أكبر. وفيما يلي عرضاً لأهم مقاييس المدة بدءاً بالأبسط إلى الأكثر تعقيداً

1-2- معدل الأطفال لكل امرأة Child/Woman Ratio

يحسب معدل الأطفال لكل امرأة في سنة معينة عن طريق قسمة العدد الإجمالي للأطفال الذين يتراوح عمرهم بين صفر وأربعة سنوات على عدد النساء بين سن 15 إلى 44 سنة. وعادة ما نقوم بضرب الناتج في 1000 لكي نقلل من مشكلة الكسور العشرية وبذلك يكون الناتج هو معدل الأطفال لكل ألف امرأة كالآتي:

عدد الأطفال بين سن صفر - 4 سنوات

$$\text{معدل الأطفال لكل إمرة} = \frac{\text{عدد الأطفال بين سن صفر - 4 سنوات}}{\text{عدد النساء بين سن 15 - 44 سنة}} \times 1000$$

عدد النساء بين سن 15 - 44 سنة

مثال:

في عام 1974 كان معدل الأطفال لكل امرأة في بنجلاديش كالآتي:

$$= \frac{14649000}{14902000} \times 1000 = 979,7.$$

أي حوالي 980 طفلاً لكل ألف امرأة في هذا العام.

وكلما زاد معدل الأطفال لكل امرأة كلما عنى ذلك ارتفاع مستوى الخصوبة والعكس. قارن هذا المعدل بمعدل 698 طفلاً لكل امرأة عام 1990 في الولايات المتحدة و 506 طفلاً لكل امرأة في المكسيك في ذات العام. ويعيب هذا المقياس أنه حساس جداً للأخطاء الخاصة بوفيات الأطفال ولذلك يصعب الاعتماد على هذا المقياس في عقد المقارنة بين دولتين توجد فروق كبيرة بين مستويات الوفيات للأطفال بينهما، أو إذا كانت عملية عدم الإبلاغ عن المواليد مشكلة في أحدهما.

2-2- معدل المواليد الخام Crude Birth Rate

يعد هذا المقياس أكثر المقاييس استخداماً للخصوبة ويعرف بعدد الأطفال المواليد في عام معين مقسوماً على إجمالي عدد السكان من كل الأعمار في نفس العام مضروباً في 1000. ويطلق عليه لفظ الخام لأن مقام المعدل يضم السكان من الجنسين ومن كافة الأعمار، ويحسب كالآتي:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{المواليد في عام معين}}{\text{عدد السكان في هذا العام}} \times 1000$$

مثال

إذا أخذنا بنجلاديش في الاعتبار فإنه في عام 1974 يكون معدل المواليد كالآتي:

$$= \frac{2689000}{76396000} \times 1000 = 48,3$$

وهذا المعدل يعد مرتفعاً ويقترّب من الحد الأقصى الذي يمكن أن يلاحظه الفرد حول معدلات المواليد الخام المسجلة.

أما في إنجلترا فإن معدلات المواليد الخام المسجلة فتصل إلى 13,1 في الألف. أما عن المدى الذي يمكن أن يأخذه معدل المواليد الخام فيتراوح بين 10 إلى حوالي 50. وتتمثل المشكلة الرئيسية المصاحبة لاستخدام معدل المواليد الخام في أنه يتأثر بصورة كبيرة بتركيبة المجتمع السكانية من حيث السن، والنوع والمواصفات الأخرى. وبالتالي من الممكن أن يكون مضللاً إذا ما استخدم للمقارنة بين مجتمعات سكانية مختلفة، أو حتى نفس المجتمع السكاني على فترات متباعدة. ومع ذلك فإن هناك 3 مزايا لاستخدام هذا المعدل وهي:

- أنه سهل الفهم
- أنه يتطلب قدر قليل من البيانات ويسهل حسابه.
- من السهل أن نطرح معدل الوفيات الخام من معدل المواليد الخام لنحصل على معدل الزيادة الطبيعي الخام، وباستخدام هذا الأخير فإنه يمكننا أن نحسب معدل النمو السكاني أخذاً في الاعتبار معدل الهجرة الصافي.

2-3- معدل الخصوبة العام

يتم قياس معدل الخصوبة العام من خلال قسمة عدد المواليد خلال عام على عدد النساء في سن 15 إلى 44 عاماً في منتصف تلك السنة كالآتي:

$$\text{معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد خلال عام معين}}{\text{عدد النساء في سن 15 - 44 عاماً في هذا العام}} \times 1000$$

وفي بعض الأحيان قد ينسب عدد المواليد خلال العام إلى عدد النساء في سن 15 - 49 عاما في ذلك العام.

ستلاحظ أن هذا المقياس يحتاج إلى قدر أكبر من المعلومات لحسابه، إذ سنحتاج إلى معرفة الهيكل العمري age structure للنساء من سن 15 - 49 عاما وليس مجرد العدد الإجمالي للسكان.

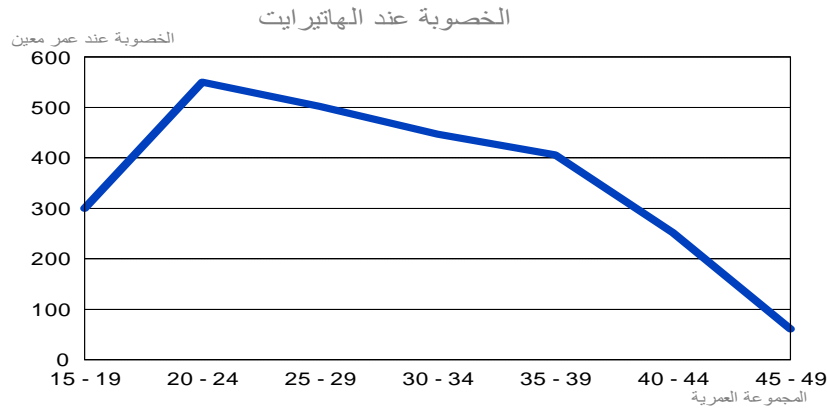
2-4- معدلات الخصوبة عند عمر معين Age specific Fertility Rates

تعد معدلات الخصوبة عند عمر معين واحدا من أكثر المقاييس تحديدا لقياس الخصوبة. ولكن هذا القياس يحتاج إلى سلسلة كاملة من البيانات، أي عدد المواليد وفقا لعمر الأم وكذلك توزيع السكان وفقا للعمر والنوع. ويقاس معدل الخصوبة عند عمر معين عدد المواليد التي تتم سنويا لكل ألف امرأة في سن معين (عادة لكل مجموعة عمرية مداها 5 سنوات مثال ذلك عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 - 24 عاما). على أن مثل هذه البيانات قد تكون غير موجودة أو قد لا يعتمد عليها، كذلك فإن معدلات الخصوبة عند عمر معين ليست رقما واحدا وإنما على الأقل 7 أرقام أي 7 مقاسات 35 عاما متوسط فترة الخصوبة على 7 مجموعات عمرية مدى كل منها 5 سنوات.

$$\frac{\text{المواليد في عام معين للنساء في مجموعة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في تلك المجموعة العمرية}} \times 1000 = \text{معدل الخصوبة عند عمر معين}$$

وإذا ما قمنا برسم مقاييس الخصوبة عند سن معين فإننا نحصل على منحنى يبين توزيع المواليد على الفئات العمرية المختلفة للنساء في المجموعات العمرية المختلفة كما هو موضح في الشكل الموالي، والذي يوضح مقاييس الخصوبة عند سن معين للمجموعات العمرية للنساء في بنجلاديش. ماذا تلاحظ من الشكل؟ متى تصل معدلات الخصوبة إلى حدها الأقصى، وإلى حدها الأدنى؟.

الشكل رقم (7) يوضح مقاييس الخصوبة عند سن معين للنساء في بنغلاداش



رقم كول القياسي للخصوبة

قام أنسلي كول بتكوين رقم قياسي للخصوبة، وجد أنه مفيد في عقد المقارنات التاريخية لمستويات الخصوبة. ويتمثل الرقم القياسي للخصوبة (If) في حاصل ضرب نسبة النساء المتزوجات (Im) في الرقم القياسي للخصوبة للمتزوجين (Ig) كالاتي:

$$If = Im \times Ig.$$

ويعبر الرقم القياسي للخصوبة عن مستوى الخصوبة المحقق كنسبة من الخصوبة التي يمكن أن يحققها اقتصاد ما إذا وصل إلى الحد الأقصى للخصوبة. وبمعنى آخر فإن كول يتساءل عن عدد المواليد الذي يمكن أن ينجبهم السكان إذا ما بلغت مستويات الخصوبة للسكان مستوياتها القصوى، ثم يربط ذلك الرقم بالرقم الفعلي للمواليد التي حققها السكان. ووفقا لكول فإن المجموعة السكانية التي حققت أعلى معدلات مسجلة للمواليد هم مجموعة الهاتيراييت السابق الإشارة إليهم. وفيما يلي الإحصاءات المسجلة عن معدل الخصوبة عند عمر معين للمتزوجين من الهاتيراييت.

الجدول رقم (1) يوضح: الخصوبة عند عمر معين للمتزوجين من الهاتيراييت:

المجموعة العمرية	معدل الخصوبة عند عمر معين
19 - 15	300
24 - 20	550
29 - 25	502
34 - 30	447
39 - 35	406
44 - 40	252
49 - 45	61

معدل الخصوبة عند عمر معين للمتزوجين:

ولإجراء حساب رقم كول القياسي للخصوبة نقوم بضرب عدد النساء المتزوجات في المجتمع في معدل الخصوبة عند عمر معين للمتزوجين من الهاتيرايث لكي نحصل على الرقم المتوقع للمواليد، وثانياً التعبير عن الرقم الحقيقي للمواليد كنسبة من الرقم المتوقع لها.

وفيما يلي الشكل رقم (2) يوضح: حساب الرقم القياسي للخصوبة لكول في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1984:

المواليد المتوقعة	الرقم القياسي للهاتيرايث	إجمالي الإناث	المجموعة العمرية
2756700	300	9189	19 – 15
5841000	550	10620	24 – 20
5322706	502	10603	29 – 25
4333218	447	9694	34 – 30
3441662	406	8477	39 – 35
1524696	222	6868	44 – 40
355569	61	5829	49 – 45
23575551			

وفي عام 1984 كان عدد المواليد الواقعي في الولايات المتحدة 3,659,176، وهو ما يعني أن كل الإناث في الولايات المتحدة من المتوقع أن ينجبن حوالي 23 مليون طفلاً، أما من الناحية الواقعية فقد اقتصرت المواليد على حوالي 3,5 مليون طفل فقط، مما يعني أن النساء أنجبن في الولايات المتحدة الأمريكية 155، (-) من المواليد الذين كان من الممكن لهن إنجابهن إذا كانت معدلات المواليد في الولايات المتحدة متشابهة مع تلك المعدلات الخاصة بالهاتيرايث.

ولحساب (lg) الرقم القياسي للخصوبة للمتزوجين نقوم باستبدال خانة إجمالي الإناث في الجدول السابق بإجمالي الإناث المتزوجات. كما هو موضح في الجدول رقم (3) الآتي:

المواليد المتوقعة	الرقم القياسي للهاتيرايث	إجمالي الإناث المتزوجات	المجموعة العمرية
182400	300	608	19 – 15
2516800	550	4576	24 – 20
3943210	502	7855	29 – 25
3756141	447	8403	34 – 30
3182228	406	7838	39 – 35
1442112	222	6496	44 – 40
339099	61	5559	49 – 45
15361990			

ووفقا لحسابات الجدول فان عدد الأطفال المتوقع إنجابهم في حالة بلوغ النساء المتزوجات لمستويات الخصوبة القصوى هو 15361990 طفلا. أما من الناحية الواقعية فتشير الإحصاءات إلى أن عدد الأطفال الذين تم إنجابهم في عام 1984 هم 2867896. ثم نقوم بحساب الرقم القياسي للخصوبة للمتزوجين كالاتي:

إجمالي المواليد الفعليين من واقع الإحصاءات

$$I_g =$$

عدد المواليد المتوقع في حالة بلوغ مستوى الخصوبة الأقصى
2867896

$$I_g = 189 = \frac{2867896}{15361990}$$

أما حساب نسبة النساء المتزوجات فيتم باستخدام متوسط مرجح لنسب النساء المتزوجات في الفئات العمرية من 15 - 49. حيث يتم الترجيح باستخدام معدلات الخصوبة عند عمر معين للهاتيراييت. ولحساب نسبة النساء المتزوجات نتبع الآتي:

- نحصل على نسبة النساء المتزوجات من خلال قسمة عدد النساء المتزوجات إلى إجمالي النساء في كل فئة عمرية ونعطيها الرمز (أ)
- نقوم بضرب (أ) في رقم الخصوبة القياسي للهاتيراييت (والذي سوف نرمز له بالحرف ب)
- نقوم بقسمة حاصل الضرب في ثانيا على رقم الخصوبة القياسي للهاتيراييت (ب).

الجدول رقم (4): يوضح استبدال الرقم القياسي للخصوبة بالإناث المتزوجات

المجموعة العمرية	إجمالي الأناث (1)	إجمالي الإناث المتزوجات (2)	نسبة المتزوجات إلى إجمالي الإناث (أ ÷ 2)	الرقم القياسي للهاتيراييت ب	أ × ب
19 - 15	9189	608	0.0662	300	19.85
24 - 20	10620	4576	0.4309	550	236.99
29 - 25	10603	7855	0.7408	502	371.90
34 - 30	9694	8403	0.8668	447	387.47
39 - 35	8477	7838	0.9246	406	375.40
44 - 40	6868	6496	0.9458	222	209.98
49 - 45	5829	5559	0.9537	61	58.17
إجمالي				2488	1659.75

وبهذا الشكل يكون رقم كول القياسي للخصوبة

$$I_f = I_g \times I_m$$

كالآتي

$$I_f = 189, \times 667, = 126, .$$

أي أن النساء في الولايات المتحدة أنجبن 12,6% من المواليد التي كان من الممكن إنجابها إذا كان لهن نفس معدلات الخصوبة التي حققتها نساء الهاتيراييت في خلال العشرينيات من هذا القرن.

3- مقاييس المجموعة

أن الخاصية الجوهرية لمقاييس الخصوبة للمجموعة هي أنها تتناول أداء مجموعة من الناس. والمجموعة هي هؤلاء الذين ولدوا أو تزوجوا خلال مدى زمني معين. وهذا يختلف بالطبع عن مقاييس المدة حيث نقوم بالقياس خلال مدة محددة. وتعد مقاييس المجموعة من المقاييس الحديثة نسبيا في مجال الخصوبة، حيث م تستخدم سوى في العشرين سنة الماضية. وتستخدم بشكل أساسي لقياس تفسير مستويات الخصوبة واتجاهاتها.

ويتمثل العيب الأساسي في مقاييس المجموعة أنها تحتاج إلى بيانات من سلاسل زمنية طويلة نسبيا ومتسقة، مثل هذه البيانات عادة ما تكون نادرة حتى في المجتمعات المتقدمة نسبيا. أما العيب الثاني فإن هذا النوع من التحليل لا يصلح لعمليات التنبؤ، ومن ثم فإنه حتى بعد القيام بإعداد هذه المقاييس فإننا لا نعرف بالضبط ما الذي سوف يحدث في المستقبل من حيث سلوك الخصوبة للمجموعات المختلفة.

معدل الخصوبة الإجمالي

لتوضيح المقصود بمعدل الخصوبة الإجمالي دعنا نعطي المثال الآتي من واقع الإحصاءات الأمريكية. لقد وجد أن النساء اللاتي ولدن في عام 1915 وبدأن عملية الإنجاب عام 1930 (عند عمر 15 عاما) قد أنجبن 890 طفلا لكل ألف سيدة عندما بلغن عمر 25 عاما أي في عام 1939. وبحلول عام 1958 (أي عند بلوغ هؤلاء النساء لسن 44 عاما) فإن هؤلاء النساء قد انهين تقريبا عملية الإنجاب، إلا أن الخصوبة الإجمالية لهذه المجموعة من النساء بلغت 2429 طفلا لكل ألف سيدة (ماذا تستنتج/تستنتجين من هذا الرقم). ومن واقع الإحصاءات الأمريكية أيضا يمكن مقارنة هذه المجموعة من النساء مع مجموعة أخرى ولدت عام 1930، تشير الإحصاءات أن هذه المجموعة قد أنجبت 1415 طفلا لكل ألف سيدة عندما بلغن من السن 25 عاما، أي حوالي 60% أكثر من مجموع الأطفال الذين أنجبوا بواسطة المجموعة الأولى التي ولدت عام 1915. كذلك تشير الإحصاءات أن نساء المجموعة الثانية عندما بلغن سن 44 عاما عام 1973 كن قد أنجبن 3153 طفلا لكل ألف سيدة أي حوالي 30% أكثر من مجموع الأطفال الذين أنجبوا بواسطة المجموعة الأولى. لاحظ المدى الزمني الذي

نحتاجه لحساب هذه الإحصاءات (حوالي 50 سنة من الإحصاءات المتصلة والخاصة بمجموعة بعينها).

وهكذا إذا ما قمنا بحساب هذه المقاييس للمجموعات المختلفة يمكننا قياس درجة الخصوبة للمجموعات المختلفة من النساء. على سبيل المثال تشير قياسات خصوبة المجموعة إلى أن أكثر مجموعات النساء الأمريكية خصوبة خلال الفترة من 1881 حتى الآن هي المجموعة التي ولدت عام 1933. (هل تعتقد أننا يمكننا إجراء هذه القياسات لدولة الكويت، ولماذا؟)

ونظرا لطول المدة المطلوبة لحساب هذه الإحصاءات فإننا عادة ما لا ننتظر حتى تتم النساء فترة الإنجاب لتقدير مستويات الخصوبة لهن. لذلك نلجأ إلى إحصاءات الخصوبة عند عمر معين Specific Fertility Rates السابق الإشارة إليها. ولتبسيط طريقة حساب معدل الخصوبة الكلي من خلال معدلات الخصوبة عند عمر معين، أفرض أنه في عام 1988 قام النساء في الولايات المتحدة الأمريكية في المجموعة العمرية 24 - 29 بإنجاب عدد من الأطفال قدره 113 طفل لكل ألف سيدة في هذا العام، فإذا ما كان كل ألف سيدة من هذه المجموعة قادرات على إنجاب 113 طفل في العام فإننا يمكن أن نتوقع أن هذه المجموعة سوف تنجب 565 طفلا في خلال خمس سنوات (5). (113x) وباعتبار أن المجموعة العمرية خمس سنوات، فإننا باستخدام ذلك المنطق يمكننا أن نقوم بحساب معدل الخصوبة الكلي باعتباره مجموع (مجموع) معدلات الخصوبة عند عمر معين مضروبا في خمسة لكل المجموعات العمرية من النساء وعلى ذلك فإن:

$$\text{معدل الخصوبة الكلي} = \text{مجموع (معدل الخصوبة عند عمر معين } X 5)$$

مثال

$$\text{معدل الخصوبة الكلي} = 1932,5$$

لحساب معدل الخصوبة الكلي كما هو موضح بالجدول، فإننا أولا نقوم بحساب معدل الخصوبة عند عمر معين خلال هذه السنة للمجموعات العمرية المختلفة، وذلك بتطبيق نفس الصيغة السابقة والتي تستخدم في حساب معدل الخصوبة عند عمر معين كالآتي:

$$\text{معدل الخصوبة عند عمر معين} = \frac{\text{المواليد في عام معين للنساء في مجموعة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في تلك المجموعة العمرية}} \times 1000$$

وهو ما قمنا به في الجدول السابق من خلال قسمة (2) ÷ (1000.1) x }

بعد أن قمنا بحساب معدل الخصوبة عند عمر معين فإننا نقوم بتطبيق الصيغة الخاصة بمعدل الخصوبة الكلي، كما هو موضح بالعمود رقم (4) وذلك بضرب معدل الخصوبة عند عمر معين $5 \times x$ ، ثم نقوم بتجميع الناتج. أي أن

$$\text{معدل الخصوبة الكلي} = \text{مج } \{ (5) + (5 \times 53,6) + (5 \times 111,5) + (5 \times 113,4) + (5 \times 73,5) + (2, \times 5) + (4,8 \times 5) + (27,9 \times 5) \} = 1932,5$$

سادسا- أسباب ارتفاع وانخفاض معدلات الخصوبة:

(1) أسباب ارتفاع الخصوبة:

ينظر دائما إلى ارتفاع مستوى الخصوبة على أنه مشكلة، إذ يعد ارتفاع مستوى الخصوبة أكثر العوامل المسؤولة عن ارتفاع معدلات النمو السكاني في العالم الآن. صحيح أن انخفاض معدلات الوفيات خلق المشكلة، إلا أن استمرار المعدلات المرتفعة من الخصوبة أدت إلى استمرار مشكلة ارتفاع معدلات النمو السكاني. وتشير الدراسات إلى مجموعة من العوامل التي ينظر إليها على أنها مسؤولة عن ارتفاع معدلات الخصوبة في المجتمعات. وهذه العوامل هي:

الحاجة إلى المحافظة على وجود المجتمع

يعني ارتفاع معدلات الوفيات أن فرصة الأطفال في الوصول إلى مرحلة البلوغ أقل، وفي ظل هذه الظروف فإن المجتمع يحتاج إلى إجراء عملية استبدال للموتى من المجتمع، وهذه العملية تحتاج أن يكون هناك في المتوسط طفلان لكل سيدة على الأقل لكي يعيشا حتى يكونا قادرين على أنجاب أطفال جدد، وفي هذه الحالة فإن الأشخاص منخفضي الخصوبة يشكلون مصدر تهديد لوجود المجتمع ذاته. ولذلك تنشأ المؤسسات الاجتماعية في مثل هذه المجتمعات من أجل تشجيع عملية إنجاب الأطفال وتقديم المزايا المختلفة سواء كانت عينية أو أدبية للأباء على إنجاب الأطفال على سبيل المثال في بعض المناطق في أفريقيا ترتفع مكانة الزوجين في المجتمع بعد إنجاب الطفل الأول، كما ينظر إلى الأسرة المكونة من طفلين فقط بقدر من الانزعاج، أو توصف بأنها أسرا بائسة. أما في بعض بلاد أوروبا فتعطي مكافآت مالية للأسرة مع إنجاب كل طفل جديد، هذا علاوة عن المبالغ التي تقدم شهريا للأسرة.

الأطفال عنصر أمان وجزء من قوة العمل:

يمثل العنصر البشري في المجتمعات التقليدية أهم الموارد الاقتصادية. فالأطفال الصغار يمكنهم المساعدة في أداء العديد من المهام للأسرة وفي مجال العمل. أما عندما يصل هؤلاء إلى مرحلة البلوغ فإنهم يشكلون عصب قوة العمل ويقدمون المساعدة لأبائهم الكبار في السن الذين لم تعد لهم القدرة على العمل. على سبيل المثال فإن جانبا كبيرا من العمل في المزارع في أفريقيا يقوم به الأطفال والنساء. ومن ثم تصبح الأسرة الكبيرة في

مثل هذه الظروف ميزة من الناحية الاقتصادية. وفي ظل هذا النمط من الاعتماد المتبادل بين الآباء والأبناء، فإن الأبناء يعدون عنصر تأمين للآباء ضد العديد من المخاطر مثل الجفاف أو ضعف المحصول الزراعي.. الخ حيث سيتولى جانب من الأبناء إنقاذ الآباء من مثل هذه المواقف.

الترغبة في إنجاب الذكور:

على الرغم من أنه من الواضح أن مكانة المرأة تحسنت بشكل كبير في معظم المجتمعات تقريبا فان الأغراض الاجتماعية للأسرة ينظر إليها أنها تتحقق فقط بولادة أو حياة الذكور، فغالبا ما يوضع الذكور في مرتبة أعلى من حيث القيمة من الإناث، وهذا يجعلنا ندرك لماذا تستمر العديد من الأسر في معظم أنحاء العالم في الإنجاب حتى يكون للأسرة على الأقل طفل ذكر. أما إذا ارتفعت معدلات الوفيات في المجتمع فان الأسر غالبا ما تميل إلى أن تنجب طفلان ذكور على الأقل حتى يرتفع احتمال بقاء طفل منهما على قيد الحياة على سبيل المثال تشير إحصاءات باكستان إلى أن معدل الخصوبة الكلي 5,9 في عام 1983 هو مستوى الخصوبة اللازم لضمان بقاء عدد طفلان من الذكور على قيد الحياة في المتوسط لكل سيدة.

أما في أثيوبيا حيث يرتفع معدل الوفيات فإن معدل الخصوبة اللازم يرتفع إلى 6,7 لضمان بقاء طفلان من الذكور لكل سيدة. من ناحية أخرى نجد أن بعض العادات أو المعتقدات تعطي وزنا واضحا للذكور. ففي الهند مثلا تبدو أهمية الذكور للأب واضحة حيث أنه طبقا لمعتقدات الهندوس، لا بد وأن يدفن الأب بواسطة ابنه الذكر. أما في كوريا فقد أشارت استطلاعات الرأي بين النساء إلى ميل النساء اللاتي أنجبن طفلتين إلى الرغبة في المزيد من الإنجاب بالمقارنة بالنساء اللاتي أنجبن طفلين. أما في الصين فقد أدت سياسة "طفل واحد لكل أسرة" إلى تشجيع عمليات وأد البنات أو تعرض النساء اللاتي أنجبن إناثا إلى الإيذاء من جانب الآباء.

(2) أسباب انخفاض معدلات الخصوبة:

تشير الدراسات التي أجريت على المجتمعات المختلفة إلى أن العوامل الآتية تعد مسئولة عن انخفاض معدلات الخصوبة.

الثروة والمكانة الاجتماعية:

من الناحية التاريخية تعد الثروة والمكانة الاجتماعية أكثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية ارتباطا بعملية الخصوبة. وتشير الدراسات التي أجريت على المجتمعات البدائية أن الصراع على السلطة والمكانة الاجتماعية دائما ما يؤدي إلى زيادة مستويات الخصوبة. على أن بنديكت أشار إلى أنه في المجتمعات الصناعية في القرن الثامن عشر والتاسع عشر ارتبطت الثروة والمكانة الاجتماعية بانخفاض معدلات الخصوبة. وربما يبدو لأول وهلة أن هذا الاتجاه هو عكس ما يجب أن يكون عليه اتجاه الخصوبة فقد يكون

من المعقول توقع أنه بزيادة ثروة الأفراد ومكانتهم الاجتماعية فأنهم سينجبون أطفالا أكثر لأنهم سيكونون أكثر قدرة على تحمل نفقاتهم، ولكن بما أن الثروة والمكانة الاجتماعية تعدان من السلع الاجتماعية والاقتصادية النادرة فإنها تتطلب قدرا من التضحية من الأفراد، وأحد أوجه التضحية هو الأسرة الكبيرة. فعملية جمع الثروة تحتاج من الفرد أن يحتفظ بأسرته صغيرة من حيث العدد.

من ناحية أخرى فإن الأفراد الذين حرصوا على جعل أسرهم صغيرة من حيث العدد لجمع الثروة، عادة ما يتجاوزون سن الإنجاب عندما يحققون أهدافهم، أو أنهم تعودوا على الحياة في ظل أسرة صغيرة ومن ثم لا يقبلون على إنجاب المزيد من الأطفال بعد تحقيق أهدافهم. هذا الفارق الزمني بين توقيت عملية جمع الثروة وتوقيت عملية إنجاب الأطفال أحد النقاط المهمة في تفسير انخفاض مستويات الخصوبة في المجتمعات المتحضرة.

مستوى الدخل:

لقد توصلت الدراسات التطبيقية إلى أنه بالنسبة للأسر ذات الدخل المرتفع تميل فيها معدلات الإنجاب إلى الانخفاض. على سبيل المثال تشير الدراسات المسحية التي أجريت في الولايات المتحدة عام 1988 إلى أن السيدات العاملات أو غير العاملات ينجبن عددا أقل من الأطفال كلما ارتفع دخل الأسرة اللاتي ينتمين إليها. أما حينما تعمل المرأة فإن الأثر على الخصوبة يكون أكبر. فكل ألف سيدة من النساء العاملات في الولايات المتحدة في المجموعة العمرية 30-34 عاما ينجبن 540 طفلا أقل من ذلك العدد الذي تنجبه النساء غير العاملات. أما أكثر الفروق بين النساء العاملات وغير العاملات فيمكن في مستوى الدخل فالنساء العاملات ذوي الدخل المرتفع أنجبن 1292 طفلا لكل ألف سيدة، أما النساء الفقراء غير العاملات فقد أنجبن 2317 طفلا لكل سيدة. وهكذا ترتفع مستويات الخصوبة بين النساء الفقيرات عن تلك الخاصة بالنساء الأغنياء بنسبة 80% تقريبا.

الوضع الوظيفي:

أثبتت الدراسات أيضا أن ارتفاع المستوى الوظيفي للآباء يرتبط بانخفاض عدد الأطفال في الأسرة، وعلى العكس من ذلك يرتفع عدد الأطفال في الأسرة مع انخفاض المستوى الوظيفي. على سبيل المثال تشير الإحصاءات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن زوجات المديرين والأفراد المتخصصين في الولايات المتحدة ينجبن عددا أقل بكثير من الأطفال الذين تنجبن زوجات الفلاحين واللاتي يقعن في نفس الفئة العمرية.

خلاصة:

فيما سبق تم تناول أهم الاتجاهات النظرية المهمة بظاهرة الخصوبة والمفسرة لها في ضوء ارتباطاتها العضوية بعديد العوامل والمؤثرات المختلفة، الاجتماعية، والبيئية، والسياسية والاقتصادية المختلفة، مطعمة بتحليل اجتماعي - ديموغرافي، ركز على معدلات الخصوبة حاليا وعلى مقاييسها، ثم تناولنا مدى تأثيرها - أي الخصوبة - ببعض المتغيرات في مجال الصحة خاصة وكيف تؤثر على مستواها بالزيادة وبالانقضاء.

الفصل الثالث

بعض آيا السكان والصحة العامة في المجتمع الجزائري

تمهيد

- أولاً: أهم النظريات المفسرة للصحة.
 - ثانياً: أهمية ومجالات الصحة العامة وميادينها:
 - . أهمية الصحة بالنسبة للفرد.
 - . أهمية الصحة بالنسبة للمجتمع
 - . مجالاتها وميادينها
 - . مقاييس ومؤشرات قياس مستويات الصحة العامة
 - رابعاً: عوامل إعاقة أو نجاح برامج الصحة العامة.
 - خامساً: المتغيرات المؤثرة في الخصوبة.
 - سادساً: وسائل وأساليب التوعية والتثقيف الصحي لتعزيز الصحة العامة.
- خلاصة

لا تعد الصحة العامة في اي مجتمع مجرد مؤشر على مدى تقدمه اقتصاديا ورفاهيا، بل هي تتضمن دلالة قوية على بلوغ المجتمع لمستوى عال من النضوج والوعي الفكري والانساني، ذلك أنها – أي الصحة- تتعلق بأبعاد التنمية المستدامة، في قوة طروحاتها الأدبية، وعمق ابعادها الإنسانية الاستراتيجية.

ولئن كانت الصحة العامة أساس المحافظة على الاستمرار النوعي لهوية المجتمع التي تنتعم بها؛ فإن مكانتها ولا بد أن تحرز خطى تقدمية، تجعلها تتصدر العالم، ولئن كانت الصحة العامة كمفهوم تستحوش مجالات الصحة النفسية والفكرية والروحية والاجتماعية، فإن الصحة البيولوجية، كوعاء يستجمع كل ما سبق، تعد أكبر حقيقة، تثبت مصداقية هذه المكانة المرموقة وتعززها.

من هنا نحاول أن نتعرف في هذا الفصل على أهمية الصحة عموما على صعيدين:

- ✓ الصعيد النظري العلمي، من خلال الإشارة إلى بعض الأصول النظرية لموضوع الصحة من منظور بعض المنظرين،
- ✓ وعلى الصعيد الميداني، من خلال إبراز أهميتها في التشريع القانوني، وتحديد مجالاتها وميادينها، مستوياتها ومؤشرات قياسها اجرائيا.

أولاً: أهم النظريات المفسرة للصحة:

تتأثر مستويات الصحة في أي مجتمع بالعوامل والمسببات التي تؤدي إلى الأمراض، وقد حددها علماء الصحة في العديد من النظريات نذكر الأهم منها:

1- نظرية السبب الواحد للمرض:

ويقترض أن هناك سببا واحدا محددا يؤدي إلى المرض- فمثلا ميكروب السل هو السبب في ظهور مرض السل - وبالتالي يمكن التحكم والتخطيط للوقاية من هذا المرض بإبعاد ميكروب السل والقضاء عليه في حالة الإصابة.
نقد: تجاهلت هذه النظرية تأثير كل من العوامل البيئية المؤثرة في حدوث المرض والعوامل الشخصية المرتبطة بالمريض.

2- نظرية الأسباب المتعددة للمرض:

فالمستوى الصحي للفرد أو المجتمع ينتج من تفاعل عدة عوامل وقوى يعمل كل منها في اتجاه قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدها. والمستوى الصحي يكون بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل _ وتظهر الحالة المرضية في حالة إذا تغلبت العوامل السلبية مثلا: مرض السل يحدث نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل منها ميكروب السل والعوامل البيئية المحيطة والإنسان المصنف للمرض_ ولهذا نستطيع أن نحدد أن العوامل التي تقرر مستويات الصحة في المجتمع تتمثل:

- . المسببات النوعية للمرض.¹
- . مسببات تتعلق بالإنسان "العائل المضيف"
- . ج- مسببات بيئية تتعلق بالبيئة المحيطة بالإنسان والمسببات النوعية للأمراض.

في العموم، لا يمكننا أن نتصور أن ثمة سببا واحدا فقط يمكنه أن يؤدي إلى الإصابة بمشكلة صحية، قد تتطور لتصير مرضا، لأن المرض الواحد قد يفسر أيضا بوجود أمراض عديدة قد لا تكون طافية على سطح الإدراك تماما، بل في حالة كمن. فإذا راجعنا تخصصات علمية تهتم بالشأن العام للصحة، فإنه سيتعين علينا أن ندرك استجابات هؤلاء العلماء، للاعتقاد بدور نوع معين وربما مغاير من العوامل والظروف، كما وسنتعرف على علاقات سببية وتناظرية وجدلية متعددة، في معالجتها لهذا الموضوع، إنه سيتم إثبات أن هناك تعقيدات كثيرة يترتب عليها تطور الحالة المرضية غير الصحية، وهذا بقدر تفاعل تلك التعقيدات في بناء الإنسان وفي عناصره التكوينية، فالجانب النفسي والعقلي والروحي، كلها تتفاعل لتنتج حاصل التجانس، يتجلى في الوعاء البيولوجي موصوما بالوضعية غير الصحية، والتي نطلق عليها مجازا اسم مرض، كما

1- سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص ص 30/29.

قد تتفاعل على نحو ي طرح حاصل مُرضي موصوف بالوضعية الصحية تنعت بالصحية العادية أو الجيدة، وخلاصة لا يمكن ما لقدرة أحد الأسباب على خدش أو تدمير الوضعية الصحية، غير أن بقية العوامل قد تؤدي إلى تفاقمها أو قمعها.

ثانياً: أهمية ومجالات الصحة العامة وميادينها:

مما لاشك فيه، أن للصحة العامة أهمية بالغة لا تقدر بثمن، هذا الأهمية التي يمكن أن تنسحب على أكثر من بعد وأكثر من مجال وميدان، سواء على صعيد الأفراد والجماعات أو على صعيد الدول والمجتمعات، وفيما يلي سنتناول في هذا المبحث أهميتها ومجالاتها وميادينها، حيث يمكن تقسيم خدمات الصحة العامة ومجالاتها إلى قسمين:

- . **القسم الأول:** الخدمات التي تقدمها الإدارات الصحية سواء كانت منفردة أو بالاشتراك مع غيرها.
 - . **القسم الثاني:** الخدمات الأخرى التي تساعد على الارتقاء بالمستوى الصحي. الخدمات التي تقدمها الإدارات الصحية منفردة أو بالاشتراك مع غيرها.
- وفق هذا التقسيم فإنه يمكن أن نشير إلى أهم المجالات:

(1) مجال صحة البيئة ويشمل:

- المسكن الصحي
- تخطيط المدن والقرى
- المياه الصالحة للشرب والاستعمال الآدمي
- جمع وتصريف الفضلات الأدمية
- جمع وتصريف القمامة
- حماية الأنهار والترع من التلوث
- مكافحة الحشرات والفئران
- مراقبة المواد الخطرة ومخلفات الصناعة
- حماية الجو من التلوث

(2) مجال الصحة الفردية والاجتماعية وتشمل :

- الشخص السليم:
- أ- رعاية الحوامل (قبل الولادة وأثناء الولادة وبعد الولادة)
- ب- رعاية الأطفال سواء كانوا في سن الرضاعة أو قبل المدرسة أو في المدرسة
- ج- رعاية البالغين بما في ذلك عمال المصانع
- د- رعاية المسنين
- رعاية المعوقين (ذوي العاهات):
- أ- رعاية المعوقين من الأطفال
- ب- رعاية المعوقين من البالغين

ج- رعاية المعوقين من المسنين

- رعاية المرضى:

أ- الحالات المرضية المتعلقة بالحمل والولادة

ب- الأمراض الحادة

ج- الأمراض المزمنة

د- الأمراض المعدية

هـ- الأمراض المهنية

(3) مجال مكافحة الأمراض المعدية ويشمل:

- الحجر الصحي:

أ- على المستوى الوطني والقومي

ب- على المستوى الدولي والعالمي

- الإجراءات الوبائية العامة وتشمل التحصين والعزل والتطهير

(4) المجال العام ويشمل:

- تقوية بناء الصحة وترقيتها ويشتمل هذا على:

أ- التغذية

ب- التربية البدنية

ج- التربية الصحية (عقليا وبدنيا)

- المجال التنظيمي ويشمل:

أ- سن القوانين في المجال الصحي

ب- توحيد المعايير والمستويات الصحية

ج- اشتراطات الطعام والأدوية

- مجال الإمدادات والتجهيزات:

أ- طبية

ب- صحية

- مجال التسجيل والتحليل ويشمل:

أ- المسح الصحي وتحديد المشاكل

ب- تحديد وقياس الخدمات

ج- قياس النتائج

(5) مجال التعليم المهني ويشمل:

- على مستوى المعاهد والكليات

- الدراسات العليا

- الدراسات التنشيطية قبل الخدمة وأثناء الخدمة

(6) مجال الأبحاث وتشمل:

- البحوث الأساسية

- بحوث التشغيل

- البحوث التطبيقية
- (7) الخدمات المساعدة للصحة العامة والاجتماعية وتشمل:
 - الرعاية الاجتماعية
 - إجراءات الضمان الاجتماعي
 - التعليم
 - إنتاج وتوزيع الطعام
 - استصلاح الأراضي
 - خدمات الطب البيطري
 - إدارات العمل: تحديد ساعات العمل المناسبة للصحة والأجور وظروف العمل
 - خدمات الترويج والترفيه
 - النقل والمواصلات
 - رعاية الشباب
 - خدمات الري والصرف
 - النظافة والبلديات
 - استغلال الموارد الطبيعية
 - تنظيم الأسرة والسكان
- ومن هنا يتضح أن كل الخدمات ومشاريع الإنتاج تعمل بصورة مباشرة أو غير مباشرة في اتجاه تحقيق رسالة الصحة العامة.

ثالثاً- عوامل إعاقة أو نجاح برامج الصحة العامة

تتأثر صحة أي مجتمع بعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة بعضها في بعض..... هذه العوامل هي التي تؤدي إلى إعاقة أو نجاح برامج الصحة العامة¹:

(1) عوامل طبيعية:

وتتمثل في العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.

(2) عوامل بيولوجية "حيوية":

وتتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل: الذباب والناموس أو حيوانات كالفئران والذئب والكلاب.

(3) عوامل اجتماعية:

وتتمثل في مستويات المعيشة والعادات والتقاليد والتعقيم. يقول اثيليا سيقمان ATHILIA Siegmman: إن الصحة ليست حالة فردية ولا هي نعت لأفراد، وإنما هي انعكاس لبيئة اجتماعية يكتسب منها الإنسان خبرته بالحياة، وخبرته بالصحة، وهي في نفس الوقت يكتسب الأشخاص معرفتهم بقيمة الصحة وفهمهم إياها من خلال المجتمع، والأكثر من ذلك فالبيئة تحدد ما يفعله الأفراد والمجتمع إزاء الصحة، وكيفية قياسها

¹ - سلوى عثمان الصديقي، مرجع سابق، ص 28-29

وكيفية تقييم الخدمات الصحية. وعلى هذا الأساس يمكن النظر إلى قياس المكانة الصحية باعتباره احد مشكلات التحليل الاجتماعي.¹ كما أن "المرض يعني فقدان الأحاسيس الجسمية والعقلية العادية" تعريف باتريك وسكامبلر. لكن المعنى الاجتماعي للمرض هو المعنى الأكثر قبولاً الآن حيث يعتبر أن المرض من صنع القوى فوق الطبيعية ويظهر فقط في الإنسان، أو انه عرض يعترى مجتمعاً بأسره أو جماعة بأسرها. ولعل هذا المفهوم جزءاً من فلسفة الشعوب حول المرض والموت، وبالتالي فهي ترتبط بين المرض والقالب الاجتماعي لمجموعة القيم السائدة في المجتمع.²

(4) عوامل اقتصادية:

مثل قصور الإمكانيات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانيات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل المسببات والتشخيص والتحصينات أو انتشار الفقر وعدم توافر الإمكانيات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة- مسكن وغذاء ورعاية طبية.

(5) عوامل بيئية:

وتتمثل في عدم توافر المياه الصحية للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية مثل الدوسنتاريا والنزلات المعوية وتلوث الهواء بعوادم السيارات والمصانع... الخ. "ففي اغلب المناطق الحضرية في الدول النامية يؤدي الضغط الشديد على المسكن والخدمات إلى تهراء النسيج الحضري، فالكثير من المساكن التي يستخدمها الفقراء مساكن متداعية، وتعاني البيئة الأساسية من صور التدني الواضح نتيجة لشدة الزحام، ويلحق ذلك بالمواصلات العامة والشوارع وشبكات المياه والصرف الصحي المتهاكلة. زمن الواضح أن نسبة كبيرة من سكان هذه المدن تحرم عادة من المياه النقية والخدمات الصحية اللازمة ويؤدي ذلك إلى تزايد الإصابة بأمراض يعود معظمها إلى أسباب تتعلق بالبيئة.³

(6) عوامل سكانية:

حيث التركيبة السكانية وزيادة معدلات المواليد والوفيات والخصوبة .. الخ مما يترتب عليه مشاكل صحية واجتماعية. "تؤثر مشكلة الانفجار السكاني على تفاقم مشكلة البطالة والشباب هم الأكثر تأثراً بتلك العملية السكانية المتزايدة مما يسبب عديداً من المشكلات لتساهم في انهيار الأمن الاجتماعي خاصة أن المشكلات النابعة من الزيادة السكانية لا تقتصر على البطالة وإنما تتفرع لعديد من المشكلات التي تخلق أمراضاً اجتماعية.⁴ "يذهب علماء الاجتماع والاقتصاد إلى أن التحول الديموغرافي يتجه نحو الانخفاض كلما قل الاعتماد على عمالة الأطفال، وزادت كفاءة الآباء، وقدرتهم على العمل ولذلك يتجهون نحو الإقلال من معدل الإنجاب، ويوظفون دخلهم وطاقاتهم لتحسين نوعية حياتهم؛ وطبقاً لهذه النظرة فإن السكان حينما يزداد عددهم، فإنهم يمثلون مشكلة اقتصادية في تفاعلهم مع البيئة... هل تعوق الزيادة السكانية التنمية الاقتصادية؟ أم

1 - محمد علي الكاوي: الإنسان والبيئة والصحة، دراسة في علم الاجتماع المرجع نفسه، ص 158.

2 - المرجع نفسه، ص 113

3 - مجموعة من الباحثين: علم اجتماع البيئة والصحة، ص حسب الترتيب 167

4 - سامية خضر صالح: دراسات سوسولوجية معاصرة، pdf - www.Kotobarabiacom ص 16

تشجعها وتنشطها؟ أجابت تقارير الأكاديمية القومية للعلوم على هذا السؤال وأجمعت كلها على أن النمو السكان ليس له فوائد أو مزايا اقتصادية؛ لان المشكلات البيئية والاجتماعية المصاحبة له تتفاقم ويتعذر حلها. وطبقا لذلك فان انخفاض النمو السكاني يساعد على التنمية الاقتصادية ونوعية الحياة للأفراد في معظم مجتمعات العالم¹.

(7) عوامل طبية:

مثل مدي توافر العيادات الطبية والمتخصصين.. والأطباء والتمريض.. الخ - كل هذا يؤدي إلى مشاكل صحية واجتماعية تؤثر في الحالة الصحية ومستوي الصحة العامة بالمجتمع. "تتمثل الصحة حالة من الرفاهية البدنية والذهنية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض، أو العجز، وعلى هذا فان إشباع جميع حاجات الإنسان تؤدي إلى الصحة الجيدة. ولذلك تلقي منظمة الصحة العالمي مسؤولية تقييم الحاجات الصحية للمجتمعات المحلية على عاتق الخدمات الصحية المحلية. فسوء التغذية يزيد من تعرض الإنسان للمرض والمخاطر الصحية. بينما يتمثل التأثير البيئي - في البلدان النامية- في نقص الخدمات الأساسية لحماية الصحة العامة كمياه الشرب النقية، ونظم الصرف الصحي، ونظافة البيئة. على حين يرفع التعليم من مستوى الوعي الصحي، وتهذيب السلوك، وتوفير الحاجات الاقتصادية للحفاظ على المستوى الصحي². سالم ساري يقول: "وإذا كانت الصحة والمرض حقائق اجتماعية كما هي حقائق طبية؛ فان مسؤوليات علم الاجتماع الطبي تتزايد في سبيل فهم جذور وأبعاد تلك الظواهر الاجتماعية الحيوية، وتوجيه التربية والممارسة الطبية التقليدية إلى اتجاهات أكثر صلة بالواقع الاجتماعي المتغير... إذن فتغير أنماط المرض في المجتمع لا يرجع إلى توافر الخدمات الصحية الرسمية، وتقدم الطب، وزيادة النفقات على العلاج فحسب، وإنما يرجع إلى أنماط الحياة Stayles of life أو نوعية الحياة quality of life، لذلك فإن تغير مظاهر الصحة وأنماط المرض في المجتمع اليوم ترتبط ارتباطا سببيا بالتغيرات الاجتماعية الثقافية، والتحويلات الاقتصادية السياسية التي يشهدها³. "يرى الباحثون أن هناك ثلاثة مستويات للحاجات الصحية وثلاثة متغيرات لإشباع هذه الحاجات⁴:

أما المستويات الثلاثة فهي:

- المستوى الأول:

هو حاجات (النقص) أو الأساس، وهو إشباع الحاجات الصحية المطلوبة للفرد ليبقى ويعول نفسه والآخرين لفترة طويلة.

- المستوى الثاني:

¹ محمد علي المكاوي: مرجع سابق، ص 51.

² المرجع نفسه، ص ص: 103-104.

³ المرجع نفسه، ص ص 114-115.

⁴ - المرجع نفسه، ص 106-107.

وهو حاجات (الكفاية) وهو إشباع الحاجات الصحية التي يتطلبها المجتمع أو الدولة، لتهيئ لشعبها مستوى معيناً من الحياة داخل إطار الاعتماد المتبادل بين المجتمعات.

- المستوى الثالث:

وهو حاجات (النمو) وهو إشباع الحاجات الصحية التي يتطلبها الفرد لكي يستمتع بأرقى مستوى معيشي في ظل الحرية والتقدير الاجتماعي لعمل الفرد، والتضامن والمشاركة في صنع القرار، والانتماء... الخ.

- أما المتغيرات الثلاثة لإشباع الحاجات الصحية في أي مجتمع فهي:
- الأولويات التي يحددها المجتمع للمشكلات الصحية المختلفة.
 - حالة التكنولوجيا السائدة ومستواها.
 - تنظيم وإدارة الخدمات الصحية.

رابعاً- مقاييس ومؤشرات قياس مستويات الصحة العامة:

في يومنا هذا، فتعرف معظم الحكومات أهمية برامج الصحة العامة في تقليص الإصابة بالأمراض، الإعاقة أو تأثيرات الشيخوخة والظروف الصحية والجسدية الأخرى، على الرغم من أن الصحة العامة غالباً ما تتلقى تمويلاً أقل بصورة دالة وواضحة من قبل الحكومة بالمقارنة بالتخصصات الطبية الأخرى. وفي السنوات الأخيرة، قفزت برامج الصحة العامة التي توفر اللقاحات والتطعيمات خطوات لا تُصدّق في الارتقاء بالصحة، مشتملة على القضاء على الجدري، وهو ذلك المرض الذي أصاب البشرية بالوباء لآلاف من السنين الماضية.

وفيما يلي ما حددته منظمة الصحة العالمية من أهم الوظائف المحورية لبرامج الصحة العامة ومنها:

- توفير القيادة في الأمور الحرجة للصحة والاتصال مع الشركاء في حالة الحاجة إلى تحركات مشتركة؛

- تحديد ملامح أجنة الأعمال البحثية واستثارة عملية الإنتاج، الترجمات، ونشر المعرفة القيمة؛
- وضع المعايير والمقاييس والارتقاء وضبط تنفيذهما؛
- توضيح اختيارات السياسة الأخلاقية القائمة على الأدلة؛
- رقابة الوضع الصحي وتقييم الاتجاهات الصحية.

وتستطيع برامج رقابة الصحة العامة القيام بصورة خاصة^{ll} بـ:

- العمل كنظام إنذار مبكر لطوارئ الصحة العامة وشبكة الحدوث،
- توثيق تأثير التدخل، أو تتبع مسار التقدم تجاه تحقيق الأهداف الخاصة،
- ضبط وتوضيح وبائيات المشكلات الصحية،
- السماح بوضع أولويات وكذلك الإبلاغ عن الاستراتيجيات والسياسات الصحية.

وقد أسفرت رقابة الصحة العامة عن تشخيص وتحديد أولويات العديد من قضايا الصحة العامة التي يواجهها العالم في أيامنا هذه، والتي منها على سبيل المثال متلازمة العوز المناعي المكتسب، السكري، الأمراض المنقولة عن طريق المياه، الأمراض حيوانية المنشأ، بالإضافة إلى مقاومة المضادات الحيوية المؤدية إلى نشأة الأمراض المعدية ومنها السل. وقد كانت مقاومة المضادات الحيوية، والمعروفة أيضاً باسم مقاومة الدواء، هي الموضوع الرئيسي ليوم الصحة العالمي 2011.

فعلى سبيل المثال، أوردت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها أن 220 مليون فرداً عبر أرجاء العالم أجمع يعانون من مرض السكري. وأن معدل الإصابة به يتزايد بسرعة، ومن المتوقع أن أعداد الوفيات نتيجة الإصابة بالسكري يتضاعف بحلول عام 2030. حيث رأى المؤلفون في عدد شهر يونيه 2010 للدورية الطبية (Lancet)، أن "حقيقة أن السكري من النمط الثاني، وهو عبارة عن اضطراب يمكن الوقاية منه، قد وصلت إلى معدل وبائي ومن ثم فقد أصبحت مصدر إهانة للصحة العمومية" ومخاطر الإصابة بسكري النمط الثاني ترتبط بصورة قريبة بمشكلة السمنة المتفاقمة. وقد سلطت منظمة الصحة العالمية في تقديراتها الأخيرة الضوء على أن تقريباً نحو 1.5 مليار مراهقاً مفرطون في الوزن وذلك في عام 2008، وأن تقريباً نحو 43 مليون طفلاً ممن هم تحت سن الخامسة يعانون فرط في الوزن كذلك، وذلك في عام 2010. وبدورها تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية دولة رائدة حيث يصل نسبة الأفراد المصابين بالسمنة فيها إلى 30.6% من إجمالي الأمريكيين. بينما تليها المكسيك بنسبة 24.2%، في حين تصل نسبة السمنة في المملكة البريطانية إلى 23%. وبما أنها تمثل مشكلة في الدول عالية الدخل الاقتصادية، فقد أصبحت تمثل مشكلة على المحك في الدول منخفضة الدخل، وخاصة في المناطق الحضرية. مما يجعل العديد من برامج الصحة العامة تستهدف في تركيز مجهوداتها ومواردها على قضية السمنة، مع تحديد أهداف لمواجهة الأسباب الكامنة والتي منها على سبيل المثال الوجبات الصحية وممارسة التمرينات الرياضية.¹

إلا أن بعض البرامج والسياسات المصاحبة للارتقاء بالصحة العامة والوقاية قد تكون مثيرة للجدل. فعلى سبيل المثال، البرامج التي تركز على الوقاية من انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية من خلال حملات الجنس الآمن وبرامج تبادل إبر الحقن (needle-exchange programmes).

ويتمثل مثال آخر في ضبط تدخين التبغ. فتغيير سلوكيات وعادات التدخين تتطلب استراتيجيات طويلة المدى، على عكس الصراع ضد الأمراض المنتقلة بالاتصال والتي غالباً ما تستغرق مدة أقصر في ملاحظة ظهور التأثيرات. وقد طبقت العديد من الدول مبادرات رئيسية للإقلاع عن التدخين، ومنها على سبيل المثال زيادة فرض الضرائب

¹ - تقرير منظمة الصحة العالمية، الموقع الإلكتروني.

وحظر التدخين في غالبية أو كل الأماكن العامة. ويزيد أنصار تلك المبادرات من توضيحاتهم وجدالهم من خلال سياقة الأدلة بأن التدخين يمثل واحداً من مسببات الموت الرئيسية، ومن ثم يقع على عاتق الحكومات واجب تقليل معدل الوفيات، سواءً من خلال الحد من التدخين السلبي أو من خلال إتاحة فرص أقل أمام الأفراد للتدخين. في حين يقول المعارضون على ذلك بأن ذلك يعيق الحريات الشخصية الفردية والمسؤولية الشخصية للأفراد، ويقلقون من أن الدولة قد تتجراً على خذاله واحداً أو أكثر من الاختيارات المتاحة تحت شعار صحة سكانية أفضل للجميع.

فمعاً، وبينما تم تصنيف الأمراض المنقولة بالاتصال البشري تاريخياً على أنها من أولويات الصحة العالمية، فإن الأمراض غير المنتقلة بالاتصال ومعاملات الخطورة السلوكية قد انحدرتا إلى قاع الأولويات. ونلاحظ أن هذا يتغير على الرغم من ذلك، وذلك كما تم توضيحه من قِبَلِ الأمم المتحدة المستضيفة لأول قمة خاصة لجمعيتها العامة حول قضية الأمراض غير المنتقلة بالاتصال في سبتمبر 2011.

خامساً- المتغيرات المؤثرة في الخصوبة:

قسم **كنجزي ديفز** المتغيرات التي تؤثر على الخصوبة، إلى أحد عشر متغيراً، نختار منها ما يلي:

- سن الدخول إلى الحياة الزوجية.
- مدة الحياة الزوجية.
- الفترة التي تقضيها الأنثى بدون التعرض لعملية الجماع، إما بسبب ترملها أو طلاقها.
- الإحجام عن الجماع لتحديد النسل.
- العزوف عن الزواج.
- الامتناع عن الزواج.
- الامتناع القهري عن الجماع لأسباب صحية.
- وفرة عمليات الاتصال الجنسي بين الزوجين خلال فترة الزواج.
- عدم القدرة على الإنجاب فسيولوجياً، لأسباب جبرية كالعقم الطبيعي أو لأسباب اختيارية كالتعقيم أو استخدام طرق منع الحمل المؤقتة وتؤثر مثل هذه المتغيرات بالضرورة في أي مرحلة من المراحل اللازمة للإنجاب.

سادسا- وسائل وأساليب التوعية والتثقيف الصحي لتعزيز الصحة العامة:

يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والاداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التثقيف على اسس علمية وعملية لما لها من دور في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع، لذلك لقيت هذه العملية اهتمامات متزايدة من طرف الأطباء والعلماء المحدثين. والتثقيف الصحي هو أحد الفروع الرئيسية ومجال هام من مجالات الصحة العامة، وهو لا يعني مجرد انتشار المعلومات الصحية المتضمنة في ندوة صحية أو في فيلم سينمائي، وإنما هدف التثقيف الصحي هو تغيير العادات والاتجاهات والمفاهيم والممارسات الصحية¹

وبعد عرض موجز لتوضيح مفهوم ومحتوى التثقيف الصحي يمكن القول أن انتشار الامراض وانخفاض المستوى الصحي في الجزائر لا يرجع الى نقص الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية بقدر ما يرجع الى عدم معرفة الفرد كيف يحافظ على صحته ويتحمل المسؤولية في وقاية صحة الآخرين، وعليه لا بد ان يكون الفرد مزودا بالقدر المناسب من التثقيف الصحي الذي يمكنه من إدراك ما يهدده من الاخطار الصحية. ويجب ان يلعب دورا فعالا في المقاومة والعلاج وأن يكتف سلوكه بما يحافظ على صحته، وهنا يظهر دور الثقافة كأمر أساسي لأنه لا يمكن للأفراد أن تشترك بوعي مستنير إلا بعد أن تتييسر لها إمكانية الحصول على النوع الصحيح من المعلومات المتعلقة بأوضاعها ومشاكلها الصحية والكيفية التي يمكن أن تساعد في تحسينها بأكثر الاساليب ملائمة لتفادي المشكلات ومكافحتها.

1) دور المنظمات والهيئات الدولية في الحفاظ على الصحة العامة:

تعد الصحة العامة أحد الأهداف الرئيسية التي تسعى المجتمعات لتحقيقها في سبيل توفير تنمية اجتماعية شاملة، وهي إحدى أهم المعايير الرئيسية التي تضعها المنظمات والهيئات الدولية لتحديد درجة الرفاه الاجتماعي لأي من المجتمعات. وانطلاقا من الأهمية الكبرى للصحة العامة، فقد انشأت هيئة الأمم المتحدة منظمة الصحة العالمية في سنة 1946 كوكالة متخصصة بهدف أن تصل جميع الشعوب إلى أرفع مستوى صحي ممكن على أساس أن تتولى مسؤولية الإشراف على البرامج الصحية المطبقة على مستوى العالم، ودعم تلك البرامج في الدول النامية خصوصا المتعلقة بالوقاية من الامراض باعتبارها من الجوانب المؤثرة في المحافظة على صحة البشر.

فالكثير من أسباب المرض ليست مرتبطة فقط بالتكوين الجسماني للإنسان، بل إن الكثير منها متصل بالمحيط الذي يعيش فيه الفرد وكذلك بالأسرة والمجتمع، وهو ما يعرف بالرعاية الصحية الأولية الذي يعد أفضل وسيلة لتحقيق هدف الصحة للجميع. وقد

¹ إقبال ابراهيم مخلوف: العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات نظرية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، د. ط، 1991، ص191.

نادى مؤتمر أما أنا العالمي الذي نظمته منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة لليونيسيف في عام 1978 بالاتحاد السوفياتي سابقا بأن تكون الخدمات الصحية شاملة متكاملة تعنى أولا بتحسين صحة الافراد وتطويرها ووقايتهم من الامراض وتقديم العلاج لمن يحتاج إليه وتأهيل المصابين والمعاقين. كما حدد المؤتمر قائمة إرشادية من ثمانية عناصر تعتبر الحد الأدنى من مجموعة الخدمات المتكاملة التي تقدم للمواطنين أولها التوعية والتثقيف الصحي للأفراد وللمجتمع عن مشاكلهم الصحية والاجتماعية.¹

(2) التثقيف الصحي أداة لتعزيز الصحة العامة:

كون التثقيف الصحي أداة لتعزيز الصحة العامة وأحد العوامل المهمة لمساعدة الإنسان على التمتع بها وحجر الزاوية في التغيير الايجابي لسلوك الأفراد والمجتمعات. وقد تأكد ذلك حينما بدأت المجتمعات المتقدمة خطواتها الصحية بالاتجاه نحو التثقيف الصحي لشعورها أن تحقيق الصحة للجميع يرتكز على التثقيف الصحي قبل اعتماده على الإنجاز الطبي، وكان ذلك نتيجة للتكاليف العلاجية الباهظة التي يواجهها المرضى، وحث الحكومات على تسخير وسائل حديثة لتخفيض التكلفة، وترشيد الإنفاق في المجال الطبي، إضافة إلى حدوث تغيير في الأنماط الحياتية وسلوك الأفراد مما أدى إلى الازدياد المتعاضم في نسبة الإصابة بالأمراض وما ينتج عنها من ازدياد نسبة الوفيات والإعاقات. مما زاد الحاجة إلى استخدام الاسلوب الوقائي المنعقد بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1977 بأنه "عملية إعلام وحث الناس على تبني نمط حياة وممارسات صحية دائمة، وكذلك إدخال تغييرات في البيئة حسب الحاجة من أجل تسهيل هذا الهدف، وإجراء تدريبات مهنية وبحوث من أجل نفس الغرض". وهذا يعني أن التثقيف الصحي يختص بتغيير وجهات نظر الفرد والمجموعة وسلوكهم لتحسين المستوى الصحي. وله ثلاث أهداف رئيسية هي:

- توجيه الاشخاص لاكتساب المعلومات الصحية.

- حث الافراد على تغيير مفاهيمهم الصحية.3- توجيه الاشخاص لاتباع السلوك السليم المرغوب فيه.²

(3) أهمية وسائل وأساليب التوعية لتعزيز التثقيف الصحي:

إن لنشر التثقيف الصحي في كافة مجالاته بين أفراد المجتمع أهمية بالغة مرتبطة بحياة الإنسان وصحته وسلامته، فالفرد لا يستطيع المحافظة على صحته مالم تكن لديه الثقافة والوعي الصحي اللازمان لذلك، لذا من الضروري بذل الجهود الجماعية على كافة المستويات المحلية والاقليمية والعالمية، لنشر التثقيف الصحي من خلال توعية الجمهور وتدريب المسؤولين وتنمية شعورهم وإحساسهم تجاه أهمية التثقيف الصحي.

¹ خوجة وآخرون: الرعاية الصحية الأولية تاريخ وإنجازات ومستقبل، الرياض، مطبعة الفرزدق التجارية، 2001، ص3.

² المزروع. ي: دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية، الرياض، وزارة الصحة، الادارة العامة للمراكز الصحية، ط3، 1992، ص103.

وهناك العديد من الوسائل تستطيع القيام بهذا الدور لما لها من تأثير واضح وفعال على الانسان وسلوكياته، ولا بد من التركيز على هذه الوسائل لنشر التثقيف الصحي وجذب الانتباه للمشكلات الصحية فهي قادرة على إحداث التوعية والتثقيف في ذات الفرد ومن ثمة في المجتمع. فمهمة الوسيلة تتضمن القيام بتزويد أفراد المجتمع بالمعلومات الصحية السليمة أولاً، ثم توظيف الأساليب الإقناعية من أجل أن يقوم الأفراد بتغيير اتجاهاتهم وسلوكياتهم لتبني أنماط جديدة تتفق والمعلومات الصحية السليمة المقدمة لهم. وعليها يقع عبء كبير في تثقيف الجمهور وإشعار كل فرد بمسؤوليته تجاه صحته وصحة من يرعاهم، كما تستطيع حث الأفراد على التعاون مع المؤسسات والهيئات والمنظمات الصحية المحلية والإقليمية والعالمية.

أ- واجب المتخصصون في المجال الصحي:

يعتقد بعض العاملين في المجال الصحي أن التثقيف الصحي هو أحد المجالات سهلة التطبيق وسريعة التأثير، فكل ما يتوجب على المختصين هو تزويد الافراد بالمعلومات الوافية ويوضحوا لهم أهم الممارسات الصحيحة التي تمكنهم من تحسين وضعهم الصحي، وحسب رأي هؤلاء العاملون أن زيادة المعرفة سترفع من وعي الأفراد وبالتالي تغيير من قناعاتهم وميولهم ومن ثمة تؤدي إلى تعديل سلوكهم وتبني المقترحات التي قدمها المختصون. والواقع رغم نجاح هذا الرأي إلى حد ما إلا أنه أقل نجاحاً في الغالب مع العلم أن المعرفة والسلوك لا يرتبطان دائماً. وخير مثال على ذلك ادمان التدخين والمخدرات والقلق المستمر لدى الأفراد. وتكمن صعوبة تطبيق برامج التثقيف الصحي بشكل مؤثر وواسع في أنها تتعامل مع السلوك الانساني المعقد الذي يحدده ويؤثر عليه عدد كبير من العوامل الثقافية والاجتماعية والشخصية والبيئية، فهو لا يكفي فقط بإيصال المعرفة إلى الأفراد بل يجتهد للوصول للهدف الذي يسعى إليه وهو تغيير السلوك الخاطئ إلى سلوك صحي، ولكي تكون رسائلنا الصحية أكثر إقناعاً وأقدر على التأثير فإن اختيار الوسائل التي تقدم من خلالها المعلومة الصحية أمر هام جداً.¹

ب- أهم وسائل الإعلام والاتصال وطرق التثقيف الصحي

إن بلوغ الصحة العامة نفسياً وعقلياً وجسدياً للفرد والمجتمع يتطلب تعاون الجميع مع القائمين على الرعاية الصحية، حيث أن وسائل الإعلام والتكنولوجيا تعتبر وحدها غير كافية لبلوغ أهداف التوعية والتثقيف الصحي، ويمكن للمثقف الصحي الاتصال بالأسر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. فطرق التثقيف الصحي قد تكون مباشرة وجها لوجه حينما يكون المرسل والمستقبلون في مكان واحد، وغير مباشرة حينما توجد قناة اتصال أو مجال يوصل بين المرسل والمستقبلين.

- الاتصال المباشر: والطرق المباشرة للتثقيف الصحي تتمثل فيما يأتي²:

¹ مصطفى القمش وآخرون: مرجع سابق، ص 183.

² ارتاج: التثقيف الصحي حول الاسهال، لندن، 2001، ص 21.

- وجود المرسل والمستقبل في مكان واحد بحيث يستطيع كل منهما أن يتبادل الأفكار ويحقق مزيداً من التوافق، ولذلك تكون هذه الطريقة غالباً أكثر فاعلية، كما أن المحتويات التعليمية أيضاً يمكن أن تتقبل تبعاً لاهتمامات المستقبلين، وكما يحسها المثقف نفسه.
- تكون الاستجابة أكبر والاهتمام أكثر، وكذلك الأمر بالنسبة لعمليات الجذب التي تعتبر هامة جداً في مجال التنقيف الصحي، ولكنها عمليات تتطلب مشاركة أكثر فاعلية من جانب الأفراد أو الجماعات.

- الطريقة الفردية:

في هذا النوع التنقيف قد يوجه إلى فرد أو جماعة وهي مفيدة جداً للتنقيف الصحي، ولكنها تحتاج إلى عدد كبير من المثقفين ولا يمكننا الوصول إلى فرد وتعليمه. إلا أنه يمكن استخدام هذه الطريقة في المناسبات التالية:¹ - إذا ما وجد شخص يعاني من مشكلة صحية خاصة مثلاً: كالأمراض التناسلية.

- إنشاء الزيارات الخاصة بالخدمات الصحية المختلفة سواء اكانت وقائية خلال فترة الوقاية، كما في حالة الخدمات الصحية في مجال رعاية الامومة والطفولة، وخدمات الصحة المدرسية، أو عند علاج الأمراض المعدية أو الأمراض الطفيلية أو في حالة علاج الامراض غير المعدية أي خلال الزيارات التي تتم من أجل الخدمات المختلفة بالعيادات أو الزيارات المنزلية.
- حينما يرفض الفرد الذي يقاوم للحاق بركب النشاط الجماعي يعتبر هذا الموقف ممثلاً لوجهة نظر متعلقة ببعض السلوكيات الصحية، وهنا على المثقف أن يناقش معه ليبرز له بؤرة الاهتمام الخاصة من وجهة نظره ويوضحها له.

- الطرق الجماعية:

- المحادثات والمحاضرات حيث يتكلم شخص وينصت الآخرون.
- المناقشات الجماعية حيث يناقش الأفراد مع مثقفهم الصحي مشكلاتهم الصحية.

والمناقشات في التنقيف الصحي مثمرة ومفيدة، لأن الأفراد يمكنهم من خلال المناقشة أن يقدموا أفكارهم ويوجهوا تساؤلاتهم، وبذلك يمكنهم أن يصلوا إلى مزيد من الفهم والوضوح، كما أن المناقشات سوف تؤدي إلى تضامن أكثر ومشاركة فعالة من جانب أعضاء الجماعة التي تشعر أن أي تغيير يحدث قد نبع منهم وليس مفروضاً عليهم، كما أن الموافقة والاعتماد الجماعي يعتبرها مأخذ الأحداث أي تغيير في السلوك.

فأحياناً يكون الأفراد مقتنعين ببعض الخرافات ولكنهم لا يستطيعون التغيير بسبب الأفكار الخاطئة التي تنسب إلى الدين أو التقاليد أو العقائد الخاصة بمجتمعهم، فإذا ما أحسوا أن الجماعة لن تعارض فلن يقاوموا أو يرفضوا التغيير داخل تنظيم المجتمع، ويعتبر مفيد للغاية في مجال التنقيف الصحي وذلك عن طريق القيام بمشروعات الرسالة

¹ اقبال ابراهيم مخلوف، مرجع سابق، ص 192.

الصحية والاجتماعية، حيث يمكن من خلالها التركيز على بعض المشاكل الملحة ذات الأولوية المتصلة برعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية وتنظيم الأسرة، ومشاكل تلوث البيئة. ومن الواضح أن مشاكل الصحة والمرض هي مشاكل المجتمع كله بجميع أفراده الأصحاء والمرض في كل ركن من أركان المجتمع، وفي أوقات السلم والحرب على السواء. وإذا كان توفير الخدمات الوقائية والعلاجية ذاتها هو من مسؤوليات الأجهزة الصحية، فإن توعية الأفراد والجماعات بما يؤدي إلى حسن استفادتها من هذه الخدمات إنما هي مسؤولية الأطباء ومساعدتهم وهي أيضا في نفس الوقت مسؤولية غيرهم من قيادات المجتمع.

- الاتصال غير المباشر:

يتم هذا الأسلوب باستخدام وسائل توصل آراء المثقف الصحي إلى الأفراد مثل: وسائل الإعلام المذيع، الصحف، الملصقات، الأفلام السينمائية الثابتة والمتحركة، المعارض.

- **المصورات والملصقات:** تشمل على فكرة واحدة وتعلق في أماكن بارزة وواضحة، هدفها تعليم المواطنين أسس الممارسة الصحية السليمة.
- **الشرائح:** وهي صور شفافة تستخدم في المحاضرات والندوات عن طريق الأجهزة مثل الأوفرهيد والبروجكتر.
- **الأفلام الثابتة:** هي صور وشرائح سينمائية ثابتة متسلسلة في عرضها.
- **الصور الثابتة:** صور شفافة وفوتوغرافية وبيانات وخرائط ورسومات يدوية.
- **المعارض:** تشتمل على مجسمات ورسومات ولوحات وأدوات ونماذج تتعلق بقضايا صحية.
- **الوسائل السمعية والبصرية (المذيع والتلفاز)**

تعتبر من أفضل وسائل الإعلام والتنقيف الصحي لاستخدام غالبية الناس لها، مع ضرورة مراعاة اللغة في الكلمة المنطوقة، والوضوح في الصورة بالإضافة إلى الوقت المناسب لبثها. فكرة الارتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدخل يهدف لمساعدة الأفراد على القيام بممارسة السلوكيات الصحية وتغيير كل ما يضر بالصحة، أما بالنسبة للعوام من غير المختصين فإن الارتقاء بالصحة يتضمن توافر المعلومات التي تساعد الأفراد على تطوير النظام الصحي والمحافظة عليه وتوافر المصادر والوسائل التي تساعد الأفراد على تغيير العادات السيئة والضارة بالصحة، أما وسائل الإعلام فيمكن لها الارتقاء بالوضع الصحي من خلال البرامج التثقيفية التي تبين للأفراد المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة¹

¹ - شعباني مالك: دور وسائل الإعلام المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، اطروحة دكتوراه، جامعة منتوري قسنطينة، 2006/2005، ص196.

- **المطبوعات:** الكتب، النشرات، المجلات ويجب أن تكون معلوماتها بسيطة ومفهومة وأسلوبها شيق حتى يسهل قراءتها واستيعابها.
- **الأفلام السينمائية المتحركة:**

تعتبر من أنجح وسائل الاتصال بالمواطنين وخاصة المتنقلة، لما تتضمنه من عناصر جذابة ويفضل أن يكون الفلم ملائماً لبيئة الأفراد وواقعهم، ويفضل أن يقوم المثقف الصحي بالتعقيب والشرح لما تم مشاهدته.

ج- أقسام وسائل الاتصال:

- وسائل الاتصال العامة:

ويقصد بها وسائل الإذاعة والتلفزيون والصحافة باعتبارها تستطيع الدخول إلى كل مكان وتفرض نفسها على أي مجتمع بغض النظر عن رغبة تلك المجتمعات أو الفئات في الاستماع إليها أو رؤيتها أو قراءتها، فوسائل الإعلام لها مميزات عديدة لانتشارها الواسع، وهي تتمتع بنفوذ قوي وأثر كبير في تغيير سلوك ونظرة وممارسة الأفراد، ولهذا فهي لا تخلو من خطورة إذا لم يرشد استعمالها، فالتلفزيون والمذياع جهازان قويان من أجهزة الإعلام ولهما مقدرة على تغيير سلوك الكبار والصغار معا ولكن التأثير على الصغار أكبر، وبالإمكان استعمالهما في شتى مجالات وطرق التثقيف الصحي فمن خلالهما يمكن بث المحاضرات والندوات والعروض الأيضاحية والتثقيف الموجه للمرضى والمراجعين، كما تتمتع الصحافة بنفوذ قوي على تشكيل آراء الأفراد وسلوكهم، حيث تستوعب الصحف اليومية والمجلات كثيرا من أساليب وطرق التثقيف الصحي فهي تنشئ المحاضرة والمناقشة والقصة والحوار، وغيرها من طرق التثقيف الصحي وتخصص أغلبها صفحات للتوعية الصحية، في شكل أسئلة وأجوبة عن كل ما يتعلق بالصحة.

- الوسائل النوعية:

ويقصد بهذه الوسائل التي تستهدف فئة عامة وخطا محدد يكون الهدف منه أكثر شمولية ودقة، والبيانات التي يحتوي عليها الخطاب في هذه الحالة تكون مدروسة، ومستلم الخطاب عادة يكون متوقعا لمثل هذا الخطاب، إن المحاضرات الخاصة عن معلومة بعينها وكذلك الكتب والنشرات تحدد أهدافا معينة وتكون رسالة بقصد تغيير المفاهيم وطرح أفكار محددة بغرض التعلم والتثقف.

ج- الوسائل التعليمية:

تمثل المدارس مكانا جيدا للتثقيف الصحي حيث يشكل الأطفال في سن المدرسة في أغلب البلدان حوالي ربع السكان تبرز الاهتمام بالمدرسة كمكان للتثقيف الصحي إضافة لسهولة الوصول لها بحكم وجودهم بين جدران المدارس وخير مثال على نجاح التثقيف الصحي من خلال مدارس البرنامج العالمي من الطفل للطفل الذي برز إلى حيز الوجود في سنة 1979 كأحد نشاطات العام الدولي للطفل المصادف للعيد العشرين لإعلان حقوق الطفل،

تم بالتعاون بين معهد صحة الطفل ومعهد التربية بجامعة لندن على أساس الاستفادة من طلاب المدارس كمتقنين صحيين وكمشاركين في تقديم العناية الصحية لإخوانهم الأصغر سنا ولأطفال المجتمع ككل وللآباء والأمهات. بحيث يقوم البرنامج على نشاطات وقائية وعلاجية مبسطة تلائم الوضع الصحي يتم شرحها وتعليمها للأطفال بواسطة معلمهم بحيث ينقلونها إلى بيوتهم وعائلاتهم في القرية أو الحي إن الهدف من هذه الوسائل هو جزء من العملية التربوية التي نحاول من خلالها توصيل معلومات جديدة يستهدف منها تعليم وتدريب متلقيها بصورة منظمة حتى تتكامل لديه الرؤية والمفهوم من المعلومة المقدمة إليه ويدخل هذا الأمر في مناهج التعليم بصورة عامة.¹

وفي ختام هذا العرض يمكن القول أن أية محاولة لتعديل أو تغيير في السلوك الصحي يجب منذ البداية فهم وإدراك الصعوبات التي تواجه الأفراد لدى محاولتهم لإدخال تعديل أو تطوير أو تحسين الممارسات الصحية على حياتهم. فمعرفة تلك الصعوبات تساعد القائمين بمهمة تحسين السلوك أسهل من حيث اختيار الأسلوب الأفضل والأمثل في تنفيذ برنامج تعديل الممارسات الشخصية نحو صحة مثلى.

خلاصة

لا شك أن ثمة ارتباطا قويا في بنية الاعتماد المتبادل بين ظاهرة النمو السكاني من جهة أولى، ومستويات الصحة العامة في المجتمعات المحلية من جهة ثانية، وعلاقتها معا بانخفاض معدلات الخصوبة من جهة ثالثة، فهذه معادلة لا يمكن تجاوزها في أي حال من الأحوال، فمعلوم، أن منه من بديهيات ما يقضيه التقدم الذي تنتشده البشرية في العالم دولا وجماعات وأفراد؛ إنما يعني يستهدف تحسين مستويات المعيشة والارتقاء بنوع ونمط الحياة، انتقالا من المستوى العادي، الذي يقوم على إشباع الحاجات الأساسية، إلى المستوى فوق العادي الذي يعني العيش في الرفاه والمتعة.

غير أن الفلسفة البارغماتية التي قامت على قاعدتها جميع استراتيجيات وعمليات التنمية الاقتصادية والشاملة في العالم خلال القرن الماضي تحديدا، لم تكن تدرك تماما ودون قصد، أنها بصدد التوطين لحالة من السوء؛ قد يترتب عنها نتائج عكسية وخيمة، على مصير الأفراد والجماعات والمجتمعات، وتعمل على تدمير غاية الاستقرار والرفاه المنشود. وتلك هي الحالة التي تتجرع ويلاتها البشرية في كل بقاع الدنيا حاليا، من كوارث بيئية مرعبة، ومن أوبئة وأمراض مؤلمة، ومن عنف وضياع واغتراب مهلك، ومن ضنك العيش مزعج. ولا سبيل إلا بإعادة النظر في الفلسفات التنموية الحديثة وهذا بالضبط ما تمخض عنه الاهتمام العالمي بالتنمية المستدامة اثر مؤتمر بكين سنة 1995، وقبله مؤتمر نيوديجانيرو بالبرازيل سنة 1992.

¹ . العوضي .ع: التثقيف الصحي أداة لتعزيز الصحة، مجلة تعريب الطب، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت، العدد الثالث، ص72.

الفصل الرابع الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

تمهيد

أولاً: النمو السكاني في الجزائر بين الحقيقة والخيال، الواقع والمنتبأ.

ثانياً: تطور السياسة الصحية في الجزائر.

ثالثاً: الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى.

رابعاً: مقاييس ومؤشرات قياس مستويات الصحة العامة في الجزائر.

خامساً: النظام الأسري في الإسلام وفي الواقع الجزائري.

خلاصة

تتطلع الشعوب في دول العالم المعاصر إلى حكامها أملة؛ الاحتفاء بسعادتها والحرص على سلامتها من كل سوء، فهي الحصن الحصين والساھر الأمين على رعايتها وراحتها، فالحكومات والدول عليها برعاية اهتمامها بكل ما يتيح لهذا الاحتفاء المأمول من انتعاش ويزوغ، متجسدا في حالة الخلو التام أو الشبه كلي مما كل ما قد يعكر صفو تلك الرفاهية والسعادة. ومن هنا تتنامى أحاسيس ومشاعر المسؤولية تجاه هاته الشعوب واتجاه تطلعاتها غير المتناهية، وإذا كان العقل السليم في الجسم السليم، فإن الجسم السليم يمكن أن يمنحنا عقلا سليما، ومن هنا تعد السياسات المنتهجة في مجال ترقية الصحة والرعاية الصحية للمواطنين؛ الدعامة المتينة، التي لا غنى عنها للقيام وتنفيذ تلك المسؤوليات. ومن ثم فإنه يتعين علينا في الفصل الحالي حول الخصوبة والصحة العامة في الجزائر، بحث عنصر تطور السياسة الوطنية في هذا المجال، وكذا رصد علاقة بعض المتغيرات كالخصوبة والنمو الديمغرافي، والعوامل المؤثرة فيه بمسألة الصحة العامة في الجزائر.

أولاً- النمو السكاني في الجزائر بين الحقيقة والخيال، الواقع والمنتبأ¹:

ثمة عوامل كثيرة يمكن أن يتم إدراجها بشكل مباشر وغير مباشر لتفسير ظاهرة النمو السكاني التي باتت كظاهرة تقلق جهات سياسية عدة، تزامنا وتفاقم عدد كبير من الأزمات الاقتصادية والبيئية/الايكولوجية والصحية، ناهيك عن اختلال التوازن في مستوى نوعية الحياة بين مختلف قارات والتقسيمات الجغرافية الكبرى في العالم بالنظر إلى سيادة فلسفة حقوق الإنسان الدولية في إطار عولمة العالم وتوحيد نمط العيش. حيث أن "تعداد سكان العالم سيصل إلى 10 مليارات نسمة في 2050. ورغم كونه مجرد رقم محتمل لدراسة ما؛ فهذا المؤشر كاف لاستثارة مخاوف الكثير من الدول والهيئات الرسمية، نظرا للإمكانيات التي تتطلبها عملية المواجهة والتصدي لكل ما قد يترتب عليه من توافق في الخدمات وإشباع مختلف الحاجات. حيث "تعد الجزائر" -حسب هذه الدراسة - من الدول التي تلجأ نساءها إلى خفض الخصوبة عند الإنجاب، بالرغم من أنها تسجل تزايدا مضاعفا في نمو السكان كل 50 سنة، إذ يتوقع أن يفوق عدد سكانها الـ 80 مليون نسمة بعد 45 سنة من الآن. 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.

"فيما تم إدراج الجزائر ضمن قائمة الدول النامية التي يتوقع أن يصل مجموع سكانها في عام 2050 إلى 7.9 مليار نسمة، وبالتالي فإن أغلبية سكان العالم يجمعهم الفقر وضعف القدرة الشرائية، لاسيما في أفقر 31 دولة عالميا، منها أفغانستان، بوركينافاسو، وأوغندا. ويقل عُمر نصف سكان الدول النامية عن الـ 25 سنة، و9 بالمائة يزيدون عن الـ 60 سنة، يتوقع أن تصل نسبتهم 20 بالمئة في 2050، وبالتالي فإن هذه الدول منها الجزائر تتجه تدريجيا نحو الشيخوخة².

غير أن هذا التنبؤ لا يحمل في ثناياه مؤشرات قد تنحو بالنتيجة المتوقعة منحي مغاير بسبب التأثيرات المتزايدة لكثير من الظواهر الاجتماعية وتداعياتها السياسية وتأثيراتها العالمية، ومنها حالة التوتر والاضطراب الاجتماعي في مراكز تشكل بؤر جغرافية تستقطب النثل السكاني الأكبر في العالم، ومنها ارتفاع متصاعد في معدلات العنوسة لدى الإناث والذكور على حد سواء، ومنها حالات الطلاق المبكر، ومنها حالات الانفصال تحت سقف الزواج، ومنها انتشار لكثير من الأمراض العضوية المؤثرة في معدل الخصوبة كسرطان الثدي والرحم، وداء السكري وارتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب في أوساط شريحة كبيرة من النساء تمس فئات عمرية في مرحلة المبكرة (الثلاثينات حسب تصريحات إعلامية "حصّة نوال حول السرطان" بثت في التلفزيون

¹ s.joseph.ucdavis.edu/ewic/ewic-arabic-translation/all.../demography.pdf le 03 November 2014

² www.djazairress.com/alfadjr/161721 jeudi 05 novembre 2015 a 15/50h

الجزائري بمناسبة اليوم العالمي لمساندة مرضى السرطان)، دون إغفال تأثير سياسة تنظيم النسل وفلسفة الحياة الجديدة وجنوح معظم الآباء والأمهات إلى تقليص الإنجاب.

الجدول رقم (5) يوضح تمثيل سكان الولايات الخمس الكبرى في الجزائر 2004

الترقيم الولائي	الولاية	السكان
05	باتنة	1059630
15	تيزي وزو	1181607
16	الجزائر	2773640
19	سطيف	1435443
31	وهران	1324373

www.djalila-algerie.dz/geographie/.../env2/F404-Geographie2-L01.pdf

ثانيا: تطور السياسة الصحية في الجزائر

بلا ريب أن السياسة الصحية في أي بلد تتأثر بجملة من العوامل الداخلية والخارجية، الموضوعية والذاتية، للبلد المعني، تلك التي تتدخل وتتضافر لرسم معالم السياسة العامة للبلد حسب تصنيف مكانته الدولية، وتوجهاته الايديولوجية والسياسية والاقتصادية والثقافية وغيرها، إذ ترتبط ارتباطا أليا ببقية السياسات الفرعية للقطاعات الأخرى.

وإذا كانت الصحة تعني الاهتمام بتحسين مستوى المعيشة لأفراد المجتمع، فهذا معناه الاهتمام بتنمية القطاع الفلاحي لتأمين الأمن الغذائي، وكذلك الاهتمام بتنمية القطاع الصناعي لتأمين وسائل العيش والعمل، وكذلك تعني الاهتمام بتنمية الثقافة والفكر والتربية لتأمين الوعي الصحي، وقبل كل أولئك الاهتمام بتنمية العمل السياسي لتأمين حالة الاستقرار الأمني في البلاد، وهكذا دواليك، ينبغي الاهتمام بكل شيء لغرض واحد وهو رفاهية المجتمع واستقراره. وهن نفهم أن أي خلل في تنمية أي قطاع يعني المساس بالسوء أو بالحسن بقية القطاعات الأخرى.

وفي الجزائر على غرار الدول النامية عرفت ظروفًا قاسية وصعبة بعد مرحلة الاستقلال مباشرة، إذ كان التحدي الذي ينبغي أن تواجهه عظيمًا وهما شاملا وعبئا ثقيلًا على كاهل ثلة من المسيرين الذي هم يفتقرون إلى أبسط الوسائل والمؤهلات والدعائم، فكان التحدي الأول هو المحافظة على السيادة الوطنية، ووضع استراتيجية شاملة، وإن اتسمت في بدايتها بنوع من العشوائية إلى حد ما، لتسيير شؤون الدولة حديثة الاستقلال، استدعت التركيز على مسائل عُدت من الأولويات، وعلى هذا الأساس وضعت مخططات وبرامج تنموية، وزعت على خمس مراحل، المخططات التنموية الأولى، والثانية، والثالثة والرابعة والخامسة، وكل مرحلة من هذه المراحل، عرفت الجزائر تطورات وتعرضت لضغوطات، وتأثرت بعوامل خارجية وداخلية، كانت تجبرها في كل مرة وتدفعها نحو

استحداث تعديلات واصلاحات هيكلية على مستوى هذه المخططات والبرامج، لتجعلها أكثر تجاوبا وتماشيا مع خصوصيات الزمن والوضع الذي هي بصدد معاشته. وكما حدث في القطاعات الأخرى، كذلك التحولات التي مست القطاع الصناعي وأيضا القطاع الزراعي والقطاع التربوي التعليمي؛ فإن قطاع الصحة العمومية أيضا قد نال حظه من الإصلاحات والتعديلات والفشل والنجاح في كل مرحلة من مراحل تطوره.

ضمن هذا المضمار؛ تناولت حسينة ل في مقال لها حول " تطور المنظومة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال" نشر بتاريخ 2012/7/5 في جريدة المساء¹، ظروف الدولة الجزائرية غداة الاستقلال مشيرة إلى أهم الأسباب الباعثة على ترتيب أولويات الاحتياجات الوطنية وفق نموذج معين، يتم بلورته وتكريسه عمليا عبر المخططات التنموية، لاسيما في قطاع الصحة العمومية على غرار بقية القطاعات، حيث تمثلت هذه السياسة "في المكافحة المكثفة للأمراض الوبائية وتعميم العلاج الوقائي، كالتلقيح، نظافة المحيط، حماية الأمومة والطفولة، النظافة المدرسية وطب العمل، وهما الهدفان الرئيسيان اللذان شملهما البرنامج المسطر لعام 1962. وقد خصصت الوسائل لتنفيذ هذا البرنامج الطبي المستعجل كتكوين الأطباء، بناء الهياكل والتجهيزات، وتشجيع التمويل الطبي، إلا أنها لم تكن كافية".

لقد تكرست مجانية العلاج والمتابعة الطبية بشكل مجاني عبر المواثيق الوطنية، حيث " نص الميثاق الوطني ل 1976، على حق المواطن في الطب المجاني، حيث جاء فيه «الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وتعبير عملي عن التضامن الوطني، ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج». كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه، والتي تنص صراحة بأن «كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي... وفي نهاية الثمانينيات، جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر، والتي تقول أن: «الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية وبمكافحتها، ويؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993، حيث نص على أنه بداية من هذه السنة، فإن مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين، مع البحث في العلوم الطبية... وفي سنة 2007، أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن. وقد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين»².

¹ <http://www.djazairss.com/elmassa/61937> le Mercredi 17/5/ 2017 – 16h

² المرجع السابق.

وتذكر بعض الدراسات والأبحاث الوطنية والمقالات المنشورة، التي عالجت موضوع تطور السياسة الصحية في الجزائر، بعض الحقائق التي يمكننا ايجازها في النقاط الآتية:

- اهتمام السياسة الصحية بمسألة إطالة معدل العمر، من خلال مكافحة أو محاصرة والتخفيف من الأمراض الوبائية "مرض السل، التيفوئيد، الملاريا، الرمد وأمراض سوء التغذية، الدفتيريا، التهاب الكبد الفيروسي، الكزاز"، تلك التي عرفت انتشارا واسعا في مرحلة ما بعد الاستقلال نتيجة لسوء التغذية ونقصها وسوء المعيشة، وهذا عبر توفير اللقاحات اللازمة "التلقيح ضد بوحمرن وضد الشلل"، واستيراد الأدوية الضرورية "كالمضادات الحيوية"، وأيضا مكافحة التلوث الحاصل في الماء الشروب خاصة، وتنظيم القمامات العمومية مثلا، وتنظيم الأحياء السكنية الجماعية، وتنظيم قنوات الصرف الصحي، وتقليص حجم الوفيات في الأطفال.
- اهتمام السياسة الصحية بتعميم المراكز الصحية عبر كامل التراب الوطني لتعميم استفادة جميع المواطنين من خدماتها المجانية. إذ لم تكن غداة الاستقلال إلا مراكز معدودة؛ متمركزة في كبريات المدن الجزائرية كالعاصمة، وهران وقسنطينة، مما يتعذر على الكثير من المواطنين الاستفادة المباشرة والآنية من خدماتها، زيادة على ما يرافق التوسع في تعميم المراكز والمصحات من زيادة مستوجبة في مجال عدد المتكويين من الإطارات الطبية والصحية والمشكلة للفريق الطبي المتكامل "التكويين الطبي والشبه الطبي"، كالأطباء المتخصصين والمرضى المتمرسين والموارد البشرية كمسيرين إداريين والأخصائيين النفسانيين "الطب العيادي" والمتخصصين في الخدمة الاجتماعية الصحية.
- اهتمام السياسة الصحية بمسألة النمو الديمغرافي تماثيا مع النمو الاقتصادي، من خلال العمل على نشر وتوفير الوسائل المساعدة على تنظيم النسل، وهذا عملا بمبدأ ضرورة التوازن بين الحاجات والمقدرة على اشباعها، ما يعني ضرورة التوازن بين معدل الإنتاج ومعدل الاستهلاك.
- الاهتمام بمسألة تنمية الوعي الصحي تحت شعار "الوقاية خير من العلاج"، وهذا رافق جهودا جبارة متعلقة بفاعلية دور المراكز الصحية والمستوصفات "الصحة الجوارية" من جهة، ومن جهة ثانية دور المدارس والتعليم بصفة عامة لتربية النشء على احترام قواعد النظافة والصحة العامة، وهذا عبر "الحملات الصحية والمتابعة الصحية المدرسية" بالإضافة إلى الدروس المدرسية والحملات الطبية الدورية بها، هذا دون أن نغفل دور طب العمل عبر مختلف المؤسسات الرسمية للدولة، وإن كان ضئيلا إلى حد كبير.

ورغم كل هذه الجهود المبذولة فإن قطاع الصحة عانى ولا يزال يعاني عددا من الصعوبات التي تتطلب رفع التحدي ليتم تجاوزها، من أهم المشكلات التي واجهها قطاع الصحة العمومية في الجزائر نذكر ما يلي:

- **مركزية التسيير** واتخاذ القرارات المتعلقة بإدارة الشأن الصحي في الجزائري، وسيطرة ذهنية نمطية التسيير الاشتراكي في إدارة المؤسسات والقطاعات الصحية، مما افضى إلى حالة من التسبب والاهمال والانتكالية وضعف قواعد الضبط الرسمي والاجتماعي. "فالمؤسسة الاستشفائية في الحقيقة هي مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري، فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل، هي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة"¹
- **مشكلة العجز**، من حيث عدد المستشفيات والعيادات المتعددة الخدمات الهياكل والمراكز الصحية وتجهيزاتها من المعدات الصحية، إلى جانب مشكلة العجز كذلك وبقدر كبير في عدد الأطباء العامون والأطباء المتخصصون والجراحون، وعدد أعوان التكوين الشبه الطبي، وأيضا حجم المناصب المالية الذي يجب أن يخصص لهؤلاء، مقارنة بالدول المتقدمة. ما انتهى **بمشكلة عدم التوازن الجهوي** فيما يتعلق بتشييد المراكز الاستشفائية الجامعية والعيادات الصحية والمخابر الوطنية لمراقبة المواد الصيدلانية، وأيضا في عدد الاطباء وأعوان الاطباء.
- **تعاقد خليط من الأنظمة الصحية "الاشتراكية مقابل الليبرالية"** بين القطاع العمومي والقطاع الخاص "العيادات الخاصة"، التنسيق والتعاون بين هذين القطاعين على اختلاف منطلقاتهما الفلسفية والرؤيوية؛ أفضى إلى جملة من المشكلات على غرار بعض الايجابيات كالاختكار والربحية وتجاوز أخلاقيات المهنة والرسالية في بعض الأحيان.
- **تفوق معدل النمو الديموغرافي على معدل النمو الاقتصادي** وعدم الموازنة بين الانتاج والاستهلاك، ما يعني سوء المعيشة والفقر والحرمان لأغلب افراد المجتمع الجزائري وتعرضهم للأمراض المرتبطة بها.
- **مشكلة التلوث البيئي**، من خلال تلوث الهواء بسبب مفرزات المصانع الكبرى، "تكرار البترول" في عنابة والحاسي سكيكدة وغيرها والتسبب في تزايد الإصابة بأمراض الحساسية الصدرية والربو وغيرها.
- **مشكلة قلة وضعف تفعيل مخابر المراقبة الغذائية** على الموارد المستوردة أو تلك التي تنتج محليا.

¹ دريسي اسماء: تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال 2004-2005، المجلة الجزائرية للعلمة والسياسات الاقتصادية، العدد 6، 2015، ص: 145.

لقد اثبتت المرحلة الأخيرة الممتدة بين 2002 و 2012 "محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية وتنظيمية، مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج بها. كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة وتأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة، مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية، مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن المكرسين من طرف الدولة"¹.

ورغم الجهود الشكالية الكبيرة المبذولة في سبيل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الانفاق على الرعاية الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية، ويبقى السؤال المطروح في هذا المجال: ما مدى فعالية الانفاق على الرعاية الصحية في الجزائر من خلال الإصلاحات التي مست القطاع الصحي؟ وقد خلصت الباحثة إلى رصد مجموعة من النتائج نذكرها فيما يلي:

- أهداف المنظومة الصحية غير موجودة،
- توفير هياكل صحية بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية؛
- هناك توزيع غير عادل للمنتوج الصحي مع عدم توفر يد عاملة ماهرة؛
- عناصر التكاليف غير متحكم فيها؛
- غياب إرادة سياسية في مجال اصلاح المنظومة الصحية؛
- الإصلاحات المنتهجة هي اصلاحات جوفاء لم تحدد مجالات تخصيص الانفاق وإنما اقتصرت على بعض الشعارات العالمية فقط وغير موجودة ميدانيا؛
- الإنفاق على الرعاية الصحية غير فعال ولم يؤدي إلى أي تحسين في الخدمة الصحية المقدمة للمواطن، وهذا بسبب وحيد وهو سوء التسيير للأموال.

وهنا يمكننا أن نستخلص، دونما عرض لأرقام واحصاءات، قد لا تكون دقيقة ومُعبرة تماما عما هو مُجسد في واقع الجزائريين، أن السياسة الصحية في الجزائر، على غرار سياسات بقية القطاعات الحيوية في الدولة، تتجرع مطبات السياسة الوطنية العامة المنتهجة في الجزائر منذ فجر الاستقلال إلى يومنا هذا، حيث تتدخل العوامل والضغوط الدولية والمحلية، الخارجية والداخلية في توجيهها وتغيير مسارها، ما يجعلها قسريا تحيد عن الأهداف السامية المدروسة التي رُسمت لها ضمن استراتيجيات تنموية شاملة سابقة، فتجعلها عرضة للعشوائية والارتجالية، تحت لواء الإصلاحات المرحلية والاستجابة للضغوط الأنية، التي في حقيقة الأمر لا تمس إلا أحداث تغيير في القشور، ولا يمكنها التّفاذ إلى أصول المشكلات لاقتلاعها من جذورها، ما ترتب عنه مزيد تجذرها وتناميها وتفرعها، وتوالي استصعاب مواجهتها والتخلص منها.

¹ المرجع نفسه.

ثالثا: الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى

1/ المدى الأقصى للإنجاب وبداية التحول

عرفت الدراسات السكانية تغيرا كبيرا كيفيا ملحوظا، حيث أصبحت العوامل الاجتماعية والنفسية للفرد تؤخذ بعين الاعتبار، وهذا بغرض التعمق في فهم هذه الظاهرة ثم شرحها حسب مضمونها الإجمالي، لان الهدف أصبح من وراء هذه الدراسات هو الكشف عن الأسباب ومواقف الأفراد اتجاه الخصوبة والإنجاب وذلك من خلال معرفة اتجاهاتها.

أ- المدى الأقصى للإنجاب

عرفت مستويات الخصوبة ارتفاع مذهل بعد الاستقلال، وبغرض معرفة أهم الأسباب والعوامل التي كانت وراء ذلك، وقامت مديرية الإحصاء بتحقيق وطني حول الإنجاب خلال الفترة من 25 مارس 1970 إلى غاية 1971 وكان يهدف هذا الأخير إلى المعرفة المعمقة للخصوبة والعوامل المفسرة لها هي:

- تأثير الزواج على الخصوبة.
- تأثير العوامل الفيزيولوجية، الوفيات الرحمية والإجهاض... الخ على الخصوبة.
- تأثير الوسط الاجتماعي على الخصوبة.

ب- تحول الخصوبة تحقيق 1986

لم يؤخذ مشكل التزايد السكاني في الجزائر بصورة جدية إلا مع بداية الثمانينات، وكان ذلك بعد أن فشلت الدولة في تلبية الحاجيات الأساسية للسكان ولهذا رأت الهيئات المختصة أنه من الضروري وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي. ومن بين أهم أهداف هذا الأخير ترقية وضعية المرأة، وذلك عن طريق تعليم المرأة وعملها، فهذان المتغيران يعطيان للمرأة تصور جديد لمفهوم الأسرة القائمة على الكيف لا على الكم، وحتى المخطط الخماسي الثاني (1985 - 1989) أكد على ضرورة المستوى التعليمي للمرأة، وتوسيع مشاركتها في الحياة العملية، وضرورة القيام بأبحاث ودراسات تدور حول محددات التزايد السكاني وعلاقتها بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية، بهدف وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي للبلاد. ومن أجل هذا أسندت وزارة العمل والأشغال الاجتماعية مهمة إجراء هذه الدراسات، على شكل تحقيق وطني حول الخصوبة.

ومن بين الأهداف المسطرة ضمن هذا التحقيق:

- قياس مميزات الخصوبة أي مستوياتها واتجاهاتها.
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الخصوبة والعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية
- كشف العلاقة بين وفيات الأطفال والخصوبة.
- دراسة النموذج العائلي حسب تكوينه.
- تحليل العلاقة بين الخصوبة والمدة الفاصلة بين ولادتين.

- وأهم النتائج التي أسفر عنها التحقيق تمثلت فيما يلي:
- أن الزواج ضرورة اجتماعية لدى المرأة الجزائرية.
- إن النساء الجزائريات يعشن تقريبا في نظام شبه طبيعي.
- مهما كان السن الذي تتزوج فيه المرأة فهناك استمرارية في الإنجاب.
- ارتفاع مستوى الخصوبة عند هؤلاء النسوة مرتبط بارتفاع المستوى المعيشي والحالة الصحية للأسرة الجزائرية .
- الإنجاب في السنوات الخمسة الأولى منخفض بصورة واضحة مقارنة بالسنوات الموالية .

والنتيجة العامة لهذا التحقيق هو " أن النسل النهائي للمرأة الجزائرية التي تزوجت قبل 17 سنة وبقيت متزوجة حتى 45 سنة أو 49 سنة هو 9.2 طفل في المتوسط هو ما يقارب الرقم الطبيعي للخصوبة¹.

2/ استمرارية تراجع الخصوبة تحقيق 1992:

- بمشاركة وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل على مستوى التراب الوطني سنة 1992 في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة. كما تمثلت أهداف المسح في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:
 - دراسة الظواهر الديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية.
 - تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة واتجاهاتها.
 - دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة وأثرها على صحة كل من الطفل والأم.
- ومن أبرز النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح والمتعلقة بموضوع بحثنا تكمن في النقاط التالية:

- لوحظ انخفاض ملحوظ في مستويات الخصوبة، إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 4.4 طفل في المتوسط لكل امرأة بعد أن كان 7 أطفال في المتوسط في بداية الثمانينات.
- كان المجتمع الحضري أسرع في المساهمة في ذلك الانخفاض على المجتمع الريفي وذلك بنسبة 41 بالمائة مقابل 34 على التوالي.
- وتشير نتائج المسح انه كلما ارتفع السن عند الزواج كلما انخفض مستوى الخصوبة حيث بلغ متوسط المواليد الأحياء للمبحوثات اللواتي تزوجن قبل بلوغهن سن 15 سنة 7.6 طفل لكل امرأة وينخفض إلى أن يصل إلى 2.6 طفل

¹ مجلة الجزائر، جانفي، 1988، ص15.

في المتوسط لكل المبحوثات اللواتي تزوجن في الفئة العمرية ما بين 25-29 سنة.

- كما تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل وسطية منها الفترة ما بين الزواج والمولود الأول إذ بلغ متوسط هذه الفترة 17 شهر، وأيضاً طول الفترة ما بين المولود الأخير والسابق له مباشرة والذي قدر بـ 30 شهر. وأظهرت نتائج المسح، أن هناك ارتفاع في نسبة المبحوثات اللواتي أجهضن على الأقل مرة واحدة، وذلك بنسبة 22 بالمئة أي 105 حالة إجهاض لكل 1000 مولود حي.

أما بالنسبة لفقد الأجنة سواء مواليد ميتة أو إجهاضات، فقد بلغت نسبتهم 10 بالمئة من مجموع الأحمال، والجدير بالذكر أن نسبة حالات الحمل لم تنته بولادة حية، ولم تظهر اتجاه في الانخفاض كما هو الحال بالنسبة لوفيات الرضع " أين سجلت هذه الأخيرة انخفاض ملحوظ خلال هذا المسح إذ قدرت بنسبة 45 بالمئة بعدما كانت في بداية منتصف السبعينات تصل إلى أكثر من 120 بالمئة. أما فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل، فقد بينت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن هناك معرفة واسعة لوسائل منع الحمل، حيث بلغت نسبة درجة المعرفة لتلك الوسائل بـ 99 بالمئة، كما أن نسبة المبحوثين ممن سبق لهن استخدام على الأقل وسيلة واحدة من هذه الوسائل، وأن نسبة استخدام الوسيلة الحديثة هي الأكثر استخداماً من الوسيلة التقليدية وذلك بنسبة 66 بالمئة مقابل 27 بالمئة واعتبرت الحبوب هي الأكثر استعمالاً وذلك بنسبة 64 بالمئة تليها الرضاعة الطبيعية بنسبة 18 بالمئة، وبلغ متوسط استعمال هذه الأخيرة 12.5 شهراً والسبب الرئيسي وراء هذا الاستعمال هو تأجيل الحمل بنسبة 80 بالمئة¹.

ومن بين النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح هو وجود تغير في مستوى ونمط الزواج وكان لذلك تأثير مباشر على مستويات الخصوبة، فمتوسط السن عند الزواج الأول عرف ارتفاعاً كبيراً، حيث بلغ 26 سنة عند الإناث و30 سنة عند الذكور. كما لوحظ وجود علاقة عكسية بين السن عند الزواج والمستوى التعليمي سواء كان ذلك عند الذكور أو الإناث.

وفيما يتعلق بزواج الأقارب نجد أن أكثر من ثلث المبحوثين تزوجن بأقاربهن، كما لوحظ أن نسب المبحوثات اللواتي تزوجن بأقاربهن تقل عن المتزوجين حديثاً، وتنتشر هذه الظاهرة بالمناطق الجنوبية وتنخفض بارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة.

¹ وزارة الصحة والسكان: العدد 20، 1999، ص 16.

رابعاً- النظام الأسري في الإسلام وفي الواقع الجزائري:

في الواقع ومن الناحية المنهجية يفترض أن نعالج موضوع النظام الأسري وعلاقته بالسلوك الإنجابي منذ البداية، غير أننا آثرنا عرضه في نهاية الفصل لإبراز دور النسق الاجتماعي في بلورد وتسويغ الاحكام الشرعية وإنزالها إلى التجسيد في أرض الواقع بمعايير صنعتها الخبرة البشرية منذ سنين، وأن الفهوم الاجتماعية للدين ككل تبقى متجذرة في الذهن العامة للمجتمع، والحقيقة أن هذا المبحث كله مقطعا من مداخلة¹ عالجت الموضوع نفسه، وتم اعتمادها لأهميتها وعلاقتها الوثيقة بموضوع بحثنا الحالي، وفيما يلي أهم ما تضمنه من أفكار:

1) مكانة الوظيفة البيولوجية للنظام الأسري في الإسلام:

مما لا ريب فيه، هو ثبوت العلاقة بين متغير الثقافة الأسرية وبين متغير الصحة العامة، ومما لا ريب فيه أيضا، صعوبة الفصل بين الصحة الأسرية والسلوك الإنجابي داخل أي مجتمع ومنه الأسرة في مجتمعنا الجزائري. وعليه، **فالثقافة:** هي "البيئة التي يحيا فيها الإنسان، والتي تنتقل من جيل إلى جيل، وتتضمن الأنماط الظاهرة والباطنة من السلوك المكتسب عن طريق الرموز، وتتكون ثقافة أي مجتمع، من أفكاره ومعتقداته ولغته وفنونه وقيمه وعاداته وتقاليده وقوانينه، وغير ذلك من وسائل حياته ومناشط أفكاره"².

هذه **الثقافة:** تكتنز حمولات ثقيلة ومتنوعة جدا؛ تؤول منابعها إلى مصادر متعددة وشبه ثابتة، تستلهم منها موجهاتها التصورية وسلوكياتها الإجرائية، إذ تشكل المعتقدات الدينية والأعراف الاجتماعية، وما يتصل بها من قيم وعادات وتقاليده، أهم روافدها على الإطلاق. **فالدين:** إنما هو غذاء الروح والعقل على السواء، وهو اسمنت التماسك في بنية الروابط الاجتماعية، والمسلك نحو السلام والاستقرار، وهو عبر إضافته لمشاعر القداسة على بعض (الأشخاص، الأشياء، الأماكن، الأزمان والسلوكيات)، يروم إلى تنظيم وانتظام المجتمع، من خلال توحيد الشعور الاجتماعي، سواء باسم "الضمير الجمعي"، أو "الأنا الأعلى"، أي كانت التسمية والصفة. فإذا ما تدخل **العرف الاجتماعي:** لمؤازرة الأحكام الشرعية وتعزيدها، تولد عنه قوة عظيمة؛ تنتهي بتشكيل آليات التماسك الأسري وتفضي إلى تعزيز بنية الروابط فيها، هذا دون أن نغفل تلك المحاولات المضنية على صعيد الاجتهاد الوضعي، بالإضافة الى القوانين المتضمنة في المواثيق الدولية، عملا بمبدأ الاندماج والتكيف مع التأثيرات الدولية وتحقيق السلام العالمي.

¹ نادية عيشور: **الوضعية الصحية للأسرة الجزائرية وعلاقتها بالسلوك الإنجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة سطيف**، الملتقى الوطني حول: تغير الأدوار الوظيفية للأسرة، تنظيم مخبر التغير الاجتماعي والعلاقات العامة، جامعة محمد خيضر - بسكرة، يومي: 6-7 ديسمبر 2016. وقد تم نشره في مجلة التغير الاجتماعي، مخبر التغير الاجتماعي والعلاقات العامة، جامعة بسكرة، العدد الثاني، فيفري 2017، صص 41-70.

² إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي: **الموسوعة الاقتصادية والاجتماعية (عربي- انجليزي)**، www.kotobarabia.com، المرجع السابق، ص 164.

من هنا اعتبر "الإسلام"؛ نظام عالمي رسالي، واعتبر المسلم؛ القائم على هكذا مهمة رسالية "الاستخلاف"؛ المشرف والمنظم لشؤون الحياة فيه، واعتبرت "الأسيرة المسلمة"؛ الجسيم البشري-الدُّري لنموذج المجتمع الإسلامي، ففيه، يتم غرس البذور الأولى لعملية التنشئة الاجتماعية المتكاملة، وتشكيل النشء وفق المواصفات النموذجية المطلوبة، فهو، أي الوسط الأسري، مركز التدريب الأول لإرساء منظومة المعتقدات والقيم والعادات والتقاليد، التي تنشد تحقيق غاية الخلق/ باعتماد أساليب سليمة، وتوفير وسائل ضرورية، تقتضيها ممارسة الفعل الاستخلافي.

فالناس في الإسلام، إنما يتزوجون؛ ليستكملوا دينهم، ويعبدوا ربهم حق عبادته، ويشكلوا السلوك التربوي، الناقل لخصائص التنشئة الاجتماعية على وجه اقتضاء الدين، عبر المجالبة والأزمة تواليها، الأمر الذي يستدعي بدوره، بذل جهود متكاتف ومساعي حثيثة، يخففها ويهون من صعوباتها، التساند الوظيفي بين أعضاء الأسرة الواحدة، كتعاونهم وتكافلهم وتأزرهم وتضامنهم عند الضرورة... بوصفها؛ العمليات الداعمة للبناء الاجتماعي، والمحمية الفطرية لبنية روابطه الاجتماعية والإنسانية، والمحافظة على استقراره وتماسكه. فالتشريع اصطلاحاً هو: "كل ما سنّه الله تعالى لعباده، من العقائد والعبادات والمعاملات والأخلاق وسائر نظم الحياة، في شعبها المختلفة لتنظيم علاقة الناس بربهم، وعلاقاتهم بعضهم ببعض وتحقق سعادتهم في الدنيا والآخرة، يقول القرطبي: الشرعة والشريعة: الطريقة الطاهرة التي يتوصل بها إلى النجاة"¹.

فالعلاقة الزوجية في الإسلام، قوامها الأساس التّعديدي، وعليه؛ فالفاعل الأسري بموجهات الإسلام؛ إنما هو الجسر، الذي سينتهي بأصحابه عند مدخل الجنان، ويبقى على النسل الرشيد؛ تعديد الطريق نحو التمكين لدين الله على وجه البسيطة، حتى يورث الوارث أرضه وهو على كلمة التوحيد، فهذه جوهر رسالة الإسلام في ممارسة الاستخلاف.

إن غاية كهذه؛ اقتضت شروطاً وظروفاً وإجراءات، ينبغي استباق حضورها على وجود الأسرة، يترتب عليها مراعاة وتحقق مبدأ المصلحة العامة، أهمها: إدراك الغاية من الزواج، وأسس الاختيار الزوجي، وأصول التربية والرعاية للأبناء، وتحديد الحقوق والواجبات بما يسمح بتنظيم الأدوار الاجتماعية المناسبة لكل الأعضاء، كل من موقعه، بناء على مبدأ التكامل والتراحم لا المساواة والمنافسة، وانسحاب مسؤوليات الأفراد باتساع الدوائر الاجتماعية ضمن النطاق الاجتماعي الذي يعيشون فيه، وامتداد ما جُبلوا عليه، من معارف ومؤهلات وقدرات وإمكانات شخصية، فُكل يُسر لما أهل له. ووضع قواعد الضبط الأسري أخيراً، مع تعيين وتحديد أفضل الكيفيات لمعالجة الخلافات والقضاء على أسباب التفكك.

¹ امجد رمضان فحلة: "خصائص التشريع الأسري في الإسلام"، مجلة الإحياء، جامعة الحاج لخضر - باتنة، العدد 15، ص325-326.

إذن؛ **فالمصلحة** هي: "المشعل الذي أنار السبيل للفقهاء المسلمين فيما جد في عصورهم، لان الخير في الإسلام مطلوب ولو لم يرد به نص، فساروا على ذلك في اجتهاداتهم، ولدوام السير الصحيح للاجتهد؛ جعل العلماء من شروط المجتهد عند بحثه عن الحكم الشرعي، علمه بما يحقق مصالح الناس ويدراً المفسد عنهم، لأن من لا يعرف المصالح والمفاسد، وكيفية دفع التعارض بينهما، لا يكون في فقهه مرونة وقابلية لكل ما يجد من شؤون الحياة، ولا يدرك ذلك إلا مزاول للشرع؛ واقف على مراميه، قادر على تفهم مقاصد الشرع والتعرف على علل الأحكام.¹

وبما أن **النظام الأسيري** هو النظام الرسمي والشرعي الذي ينظم العلاقة بين الجنسين عبر مشروع "الزواج"، ويكفل لكليهما الاستمرارية، في ضوء جملة من الضوابط المعيارية التي تحدد الحقوق والواجبات؛ فإن هذا معناه، أنه يمثل النظام الاجتماعي الأمثل؛ للقيام بالأدوار المنوطة بكل جنس، وفقاً لما ترتضيه فطرته وخصائصه النوعية المميزة له². إذ من مقاصد الزواج في الإسلام، نجد³:

- التناسل وطلب الولد لحفظ النوع البشري،
- حفظ نسب الأولاد وعدم ضياعهم، لان النسب دعامة متينة تقوم عليها الأسرة،
- تحصين النفس لبشرية من الشيطان ودفع غوائل الشهوة،
- بناء العائلة وتوسيع مفهوم المسؤولية بحيث تبنى على البر والإحسان والتعاون والتكافل الاجتماعي والمسؤولية التضامنية.

وبهذا تمثل الأسرة واقعيًا، المصنع الذي يُكوّن والورشة التي تُدرب، ليلتقي التكوين والتدريب على تحقيق هدف مشترك هو تشكيل المواصفات النموذجية المطلوبة في شخصية المسلم، فالى "جانب تنظيم الفطرة وإشباع حاجة الإنسان إلى البقاء من خلال النسل؛ فإن نظام الزواج يهيئ للإنسان جو الشعور بالمسؤولية. ويكون للإنسان تدريبا عمليا على تحمل المسؤولية والقيام بأعبائها. فالإنسان؛ ذلك الكائن السامي الذي استحق تكريم الله سبحانه- لم يخلق للاستمتاع بالأكل والشرب واللذات الحسية فحسب، ثم يموت كما تموت الأنعام، وإنما خلق ليعبد الله وليفكر ويقدر ويعمر الكون، ويدير المصالح وينفع غيره وينتفع... فهو كائن مسؤول مكلف. ولا بد من بيئة تحضيرية يكون للإنسان فيها هيمنة له عليها قوامة، وله بها رباط لا يستطيع بمقتضى الشعور بهذا الرباط أن يتحلل منه، وأن يلقي به عن عاتقه. هذه البيئة هي التدريب العملي على تحمل المسؤولية هو رباط الزواج⁴.

¹ حورية تاغلايت: **المنهج الأسلم في الفتوى في العصر الحاضر**، مجلة الأحياء، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر - باتنة، العدد الخامس عشر، 2012، ص 184.

² نادية عيشور: "النظام الأسري بين أسس الاستقرار ومؤشرات الصراع"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوريقسنطية، العدد 27، 2006، ص ص 95.

³ أمجد رمضان فحلة: مرجع سابق، ص 334.

⁴ نبيل محمد توفيق السمالوطي: **المنهج الإسلامي في دراسة المجتمع**، دراسة في علم الاجتماع الإسلامي، الطبعة الثانية، جدة، دار الشروق، 1985، ص: 74.

ما أن العرف الاجتماعي، وهو "ما يتعارف الناس على فعله والعمل به، بدون ضجر، ولمدة زمنية طويلة نسبياً، والقاعدة تقول: العرف كالقانون، يجب الالتزام به، و(المعروف عرفاً كالمشروط شرطاً)"¹. ما يعني، أنه يتعين على الأفراد والجماعات، الانسحاق له انسياقاً مؤسساً على ثقة عمياء، ضماناً لتفعيل القواعد الصارمة لضبط السلوك الاجتماعي وفق مبدأ: الاستحسان والاستهجان الاجتماعيين، وما يعني من جهة أخرى، اقتضاء التوافق بينه وبين مقتضيات الدين، حتى يتسنى تحقق درجة عالية من التكامل والانسجام، والقبول والانصياع والالتزام في جميع مناشط الحياة.

2) الثقافة الصحية في الأسرة العربية؛ نقاط الالتحام ومقادير التثنت:

وفي ضوء هذا المعطى، لم يبق لنا إلا أن ننظر في أحوال "الأسرة العربية المسلمة"، من حدود المشرق إلى حدود المغرب، وعلى طول الخطوط التاريخية، منذ نزول القرآن الكريم إلى غاية اليوم، ومن جميع الجوانب والزوايا. فلا غرابة أن أغلب الدول العربية، تستند في تقنين وتنظيم أحوالها الأسرية إلى التشريع الإسلامي، هذا الذي يحتكم إلى مبدأ المصلحة العامة، ويرتكز عليها في مسألة الاجتهادات فيما يتعلق بالمسائل المستجدة، كما ويعتمد خاصية الوسطية والموازنة بين مصالح الفرد ومصالح الجماعة، إذ لا نكاد نرى اختلافاً بين المذاهب الفقهية المعتمدة رسمياً فيما يتعلق بالمسائل الأسرية إلا في حدود ضيقة جداً.

دون أن نغفل تدخل الأعراف الاجتماعية، الواردة من الزمن العتيق، واستحكام سلطانها في تقنين العلاقات الأسرية وتوجيهها، عبر آلتي الاستحسان والاستهجان، ناهيك عن بقية العادات والتقاليد المتوارثة في المجتمعات العربية؛ وان اختلفت نسبياً، باختلاف هذه البلاد، جغرافياً وتاريخياً واقتصادياً وسياسياً وحتى عرقياً، غير أن سماتها تبقى عامة ومشتركة، تمارس جبروتها بوقع شديد على نسق التفاعل الأسري في المجتمع، لتمنحه طابعه المتفرد والخاص.

إن انصهار العالم العربي والإسلامي دولياً، وانخراطه في مسار الدوران ضمن مدارات السياسة الاقتصادية والاجتماعية ذاتها، باسم العولمة واستجابة لشروطها؛ جعل زوغانه عن منظومته الذاتية والانفلات منها تدريجياً، وإلى حد ما، أمراً لا مفر منه. حيث أفرز التطور الصناعي والاجتماعي في العصر الحديث، تصورات جديدة حول مستقبل البشرية، استهدفتها فلسفة الحياة الجديدة "حياة الرفاهية المنشودة"، اقتضت وضع سياسات لتنظيم الحياة ككل، ما أدى إلى تنميط الحياة الأسرية، حيث من جهة أولى، نجد مطلب الموازنة بين النمو الاقتصادي والنمو السكاني، ومنه ضرورة التحكم في نسبة المواليد ووجوب تناسبها مع نسبة الوفيات، كما اقتضت القوانين الدولية، من جهة ثانية، مطلب إدخال بعض وجوه التغيير على طبيعة الأدوار الاجتماعية؛ فتم سن قوانين تحظر تشغيل الأطفال واستغلال أسرهم لهم، تولدت عنها الحاجة إلى سن إجراءات تتعلق

¹ المرجع نفسه، ص338.

بتقليص النسل، انتهت إلى تطوير وانتشار وسائل منع الحمل في العالم. وتأكيدا لهذا يقول أحد الباحثين: "مع التطور الصناعي؛ فقد أصبح الأطفال عالية اقتصادية... عندما أخذت الثورة (الصناعية) تتقدم أعفت الإنتاجية الصناعية المتزايدة العمال، من الاعتماد على الأطفال لدعم بقاء الأسرة، ومع ارتفاع الأجور استحدثت قوانين جديدة تمنع الآباء من استغلال أبنائهم، وهذه القوانين غيرت وضع هؤلاء الأبناء من أفراد نافعين إلى عالية على أهلهم"¹.

إن **شكل الممارسة وجوهرها**، في الواقع الاجتماعي العربي؛ يميظ اللثام عن عدد لا متناهي من التناقضات، بين ما يجب أن يكون عليه النظام الأسري في الإسلام، وبين ما هو عليه بالفعل في واقع ممارسة المجتمعات الإسلامية؛ ولسان حالها يقول: أن ما نتمناه ونسعى إليه صعب المنال، فالحال على غير ما يرام. فالهوة بين الصورة النمذجية للأسرة المسلمة وبين إسقاطات النموذج في حيز ممارستها، هي كبيرة جدا وتزداد في الاتساع يوما من بعد يوم، حيث التشريع الإسلامي في تراجع مستمر، أمام مدهامة غير مسبوقة واجتياح كاسح للتشريع الوضعي، بفعل قهر الضغوطات السياسية والاقتصادية والمعرفية على الصعيد الدولي تواليها، وعن مفرزات مضخة الغزو الثقافي عبر الوسائل المعلوماتية، وعن ارتفاع تغريدات الحقوقيين، هنا وهناك.

كما أن العرف الاجتماعي المحلي؛ قد صار هو الآخر في عين العاصفة، حيث سيطرة الأعراف الدولية واستحكامها في أنماط التفكير والسلوك، وحيث صلبه أو قوامه، أضحى على وشك الهشاشة فالاضمحلال والذوبان، لابتعاد أحكامه في كثير من المسائل الاجتماعية والأسرية، عن جادة المنطق السليم والفكر الصائب، ومقاطعته وتناقضه لمصدر قوته "الإسلام"، ومخالفته لمنطق الشرع الصحيح، ناهيك عن اصطدامه بفلسفة حقوق الإنسان الدولية، فبات الوضع، في كافة الدول العربية وإن اختلف من حيث الدرجات، وضعا متأزما، يئن بالمشكلات ويرزح تحت عبء الضغوطات، ويحتاج إلى رؤية متكاملة ومنسجمة للتصحيح، ومبادرات مكثفة ومتماسكة لتفعيل حركية التغيير المنشود.

وبالتمعن في حال الأسرة العربية، وتوصيفا عاجلا لسماتها المشتركة، بناء على معطيات الدليل الإحصائي للعالم الإسلامي² وفي محالة لاستنطاقها؛ فإنه يمكننا أن نرصد بعض المؤشرات فيما هو آت:

■ انتفاء الأمن الغذائي والتأمين الصحي على الصعيد الاقتصادي؛ حيث أغلبها يواجه صعوبات تتعلق بنقص المواد الاستهلاكية الأساسية على وجه التحديد،

¹ موسى محمود أبو حوسة: مرجع سابق، ص 239.

² المعهد العالمي للفكر الإسلامي: **الدليل الإحصائي للعالم الإسلامي، مؤشرات مقارنة**، إشراف: رفعت السيد العوضي، الإصدار الثاني، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، 2007.

وعلى رأسها الغذاء والدواء، مع شبه استحالة لنجاح محاولات رفع معدل الصادرات وتقليص حجم للواردات؛
■ وكصعوبات ديمغرافية؛ نلمس مشكلتين، تشكلاّن أبرز الصعوبات السكانية التي تداهم التنمية وتعرقل جهودها:

- ارتفاع معدل المواليد، واتساع الهوة بينه وبين معدل الوفيات وعدم تناسبهما؛ حيث تشهد اغلب هذه البلاد ارتفاعا كبيرا، ويتوقع أن تتواصل وتيرة الارتفاع رغم زيادة معدل انتشار وسائل منع الحمل، في مقابل انخفاض معدلات الوفيات بسبب التفقيحات والتكفل الطبي للمواليد؛

- فشل سياسة تنظيم النسل في تحقيق مرادها من تقليص حجم الولادات، بفعل عوامل سوسيو- ثقافية، يأتي في مقدمتها المعتقد الديني، الذي يحرم ظاهرة تحديد النسل لكونه يعتبرها جريمة قتل، مصداقا لقوله تعالى: { وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ حَسْبِيَ إِمْلَاقٌ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ } سورة الإسراء، الآية 31.

- ويتدخل في مدة التنظيم، ليربطها بأجال عملية الرضاع، زيادة على تعدد الزوجات، وتزويج البنات في سن غير قانونية في بعض البلدان العربية، وغيرها من الأمور.

■ إن زيادة معتبرة في حجم الأمهات والأطفال، ممن هم بحاجة إلى رعاية طبية متخصصة؛ يتطلب توفير حجما مناسباً من الخدمات كالهياكل الصحية والموارد البشرية المؤهلة، للتمكن من تحقيق أهداف سياسة التكفل الصحي وأبعاده المختلفة، غير أن المفارقة الصارخة بين كم المحتاج إلى الخدمات وبين كم القائم على تقديمها، يمثل أكثر الصعوبات الصحية التي تواجهها الدول العربية؛

■ الصعوبات التربوية والاجتماعية، منطقيا يترتب عن ما سبق من صعوبات، حرمان الكثير من الأطفال حقهم في التمدرس، وانخفاض مستويات الصحة بدلا من انخفاض معدل الخصوبة، ناهيك عن المشاكل الصحية؛ ذات المسببات الاجتماعية والدوافع النفسية كارتفاع الضغط الدموي، وداء السكري، والربو والسرطان.. الخ. وكذلك انتشار أزمة البطالة وأزمة السكن، ومظاهر العنف، والإدمان على المخدرات، والانتحار، والهجرة غير الشرعية، والسطو والسرقة، والتسول، والجنون، وغيرها.

وكنموذج؛ نعرض تواليا بعض المؤشرات الإحصائية، لعقد مقارنة خاطفة، بين الدولة الأولى الأكثر تقدما في العالم وهي الولايات المتحدة الأمريكية، وبين واحدة من دول العالم الثالث وهي الجزائر:

الجدول رقم (6) يوضح درجة الاهتمام بصحة الأم والطفل:

مؤشرات إحصائية تتعلق بموضوع الصحة			
السنة	المؤشرات	الولايات المتحدة أ	الجزائر
2002	الإنفاق الصحي في القطاع العام	6.6% من الناتج المحلي الإجمالي	3.2% من الناتج المحلي الإجمالي
2003-1995	معدل انتشار وسائل منع الحمل	76%	64
2003-1995	عملية الولادة التي تتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة	99%	92%
2004-1990	الأطباء لكل مائة الشخص	549%	85%

المصدر: الدليل الإحصائي للعالم الإسلامي¹

إذن؛ **فالمجتمع الجزائري** ونظامه الأسري؛ لا يمكن أن تخرج عن هذا المأزق، "فحسب تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة "اليونيسيف"، الذي نشر في سبتمبر 2014، في نيويورك بعنوان: "المحجوب عن الأنظار على مرأى من الجميع"، والذي اعتمد على بيانات 190 دولة: أن دولة الجزائر دولة من بين سبع دول عربية؛ تحتل الصدارة في العنف الأسري على المستوى العالمي"². هذا وإن بدا بالنسبة للبعض أمرا مبالغاً فيه بعض الشيء، ونتائجه غير دقيقة بفعل نوايا ربما قد تكون مغرضة، لا تنصف تماماً مجرى الأحداث في الواقع المعيش؛ غير أننا لا نجد بدا من تصديق الحقيقة، حتى وإن لم تكن كلها كاملة، فما الذي يمكن أن يقال، أو أن يحاك؛ حيال تقارير ودراسات وأحداث معاشات؛ منغمة بقناطير الشكاوي والشهادات والاعترافات، هنا وهناك، في الشارع، وفي الفضاءات العمومية، وفي المحاكم، والمدارس، وفي مختلف المراكز والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية، إن لم يكن لها أساس من الصحة ترتكز عليه.

لئن فندنا هكذا مصادر؛ أيمكننا الاسترسال في سد مسامعنا عن صرخات تعالت، وشكاوي رفعت، وعض أعيننا عن ظواهر تكلمت، وأقوال وثقت، وتصريحات مسؤولين أذيعت. لئن تمسكنا بأفكارنا المسبقة، وبرضانا عن واقعنا الضيق، ولئن قمنا بتعميم ما نعتقد ويرتسم في أذهاننا صواباً، ننسخه ونسحبه على الوقائع ونقول بأنها الحقيقة، نكون بهذا، وبحق، كومة عراقيل، في سبيل إحلال السلام والأمان والتنعم بمطايبة الحياة.

¹ المعهد العالمي للفكر الإسلامي: مرجع سابق، ص ص: 225-228.

² ديباجة مؤتمر دولي حول: **الطفولة المعنفة، نحو فهم، رعاية ووقاية**، تنظيم جامعة البليدة 2، سيعقد يومي: 7-8-2017، نشر في موقع شبكة ضياء للمؤتمرات والدراسات، انظر: **شبكة ضياء** | سبتمبر 25، 2016 الساعة 11:24 ص | الرابط: <http://wp.me/pXq4o-89j>، تاريخ التصفح: 30 سبتمبر 2016، الساعة: 10.42 د.

خلاصة:

تبدو العلاقة للوهلة الأولى بين الخصوبة والصحة العامة في الجزائر معقدة، ومنفصلة الأوتار، وهي بحق كذلك، بسبب جملة من الاسباب والعوامل.

فما يتجلى منطقيا أن السياسة المنتهجة بشأن تنظيم النسل لغرض تخفيض النمو الديموغرافي لاعتبارات تتعلق بالتنمية الوطنية عموما، وتحسين مستويات العيش، وتحقيق الرفاه والرعاية الشاملة وتنمية الموارد البشرية وغيرها، هي كلها دوافع تحفز على مساندة الدول المتقدمة وترافق مطالبها ودعواتها الخاصة بالتحضر والتمدن، فهي تسعى لتحقيق حالة الانقشاع من سواد الظلال والانتشال من أوحال التخلف.

غير أن هكذا سياسات واستراتيجيات لتغيير منظومة الحياة وافدة؛ لن تكون مجدية إذا لم تنقشع ومضات النسق القيمي ومنظومة العادات والتقاليد والأعراف، تلك التي لا تزال الى غاية اليوم صلبة، قاسية، ومتجذرة في التنشئة الاجتماعية للأفراد والشعوب، ونابعة من صميم الخبرات الذاتية والاحتكاك المباشر بمكونات الوجود لكل موجود وهي الروح والجسد والبيئة، إنها العقيدة الراسخة التي لا تفتأ أن تعيد أصحابها إلى جادة الطريق، تلك الطريق التي رسمتها خبرة الزمن ورسمت لها آفاق وحدود لكل ممدود.

إن نظرة ثاقبة لبعض الاحصائيات الوطنية تمنحنا نظرة شاملة على سيطرة نسق تلك المنظومة على فلسفة الخصوبة في المجتمع الجزائري، ومهما يكن من أمر تلك الحملات التحسيسية والتوعوية التي تستهدف تنظيم النسل فإن رغبة الجزائريين في الإنجاب منقطعة النظير، لولا يمكن لزحفها ان توقفه أي سياسة وأي دليل توعوي، لأن ميلاد طفل بالنسبة للمرأة الجزائرية هو إثبات كيان وارتقاء منزلة جديدة أرقى وبالنسبة للرجل فهو كل الحماية وكل الافتخار وكل الخلود بعد ممات.

الفصل الخامس منهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً- فرضيات الدراسة ونموذجها

ثانياً- التعريف بمجال الدراسة:

4. المجال الجغرافي

5. المجال البشري

6. المجال الزمني

ثالثاً- المصادر والوسائط المعتمدة

3. المصادر: النظرية والميدانية

4. الوسائط البشرية والالكترونية

رابعاً- العينة:

3. النوع والموصفات

4. الحجم والنسبة وطريقة احتسابها

خامساً- المنهج:

سادساً- الأدوات المنهجية:

4. الاستمارة

5. المقابلة

6. الملاحظة

خلاصة

تمهيد:

نتعرض في المبحث الموالي للإجراءات المنهجية للدراسة الحالية، إذ أن الموضوع وكذلك مجتمع الدراسة هو من يحدد المنهج والطريقة الأنسب، وتبعاً لذلك انتقاء الأدوات الأكثر تجاوباً وخصائص مفردات الدراسة، وبناء عليه، سنقدم تعريفاً موسعاً لمجال الدراسة جغرافياً وبشرياً، وأيضاً المنهج والأدوات المعتمدة، كما سنشير إلى أهم الإجراءات العملية في اعتمادها وتطبيقها إجرائياً.

أولاً- الفرضيات ونموذج الدراسة:

(1) الفرضيات:

الفرضية الرئيسية:

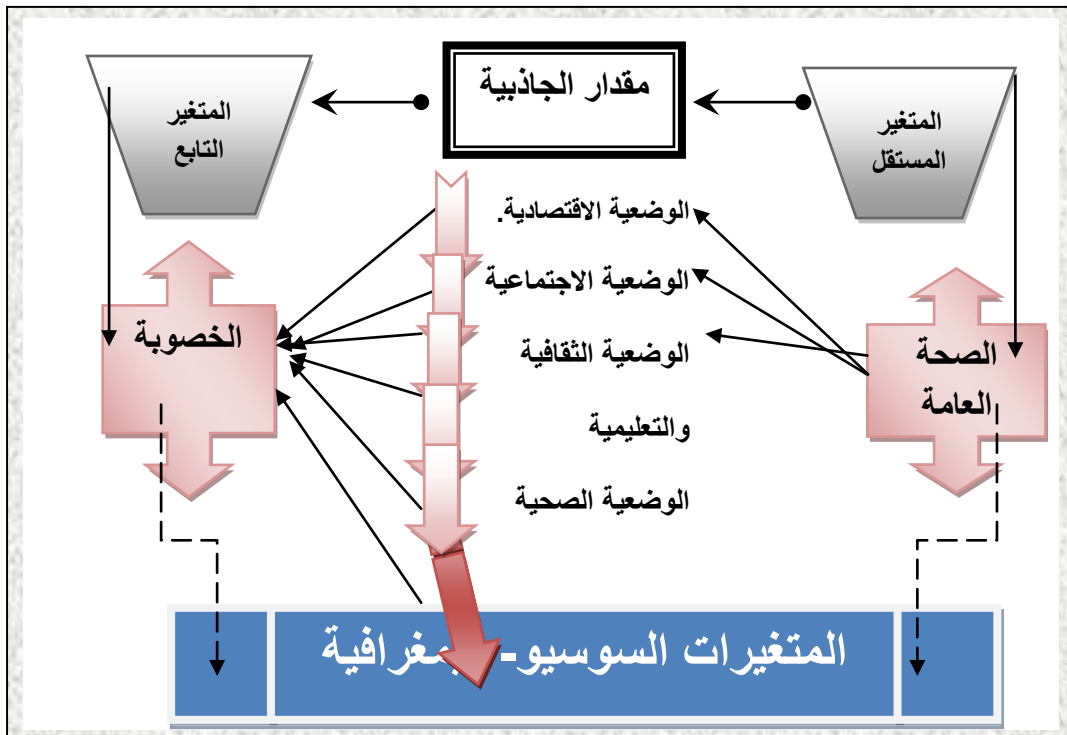
يتأثر معدل الخصوبة بمدينة سطيف بوضعية الصّحة العامة في المجتمع المحلي

الفرضيات الفرعية:

- ✓ يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاقتصادية العامة.
- ✓ يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاجتماعية العامة.
- ✓ يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الثقافية والتعليمية العامة.
- ✓ يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية البيولوجية العامة.

(2) النموذج:

الشكل رقم (8) يوضح نموذج الدراسة:



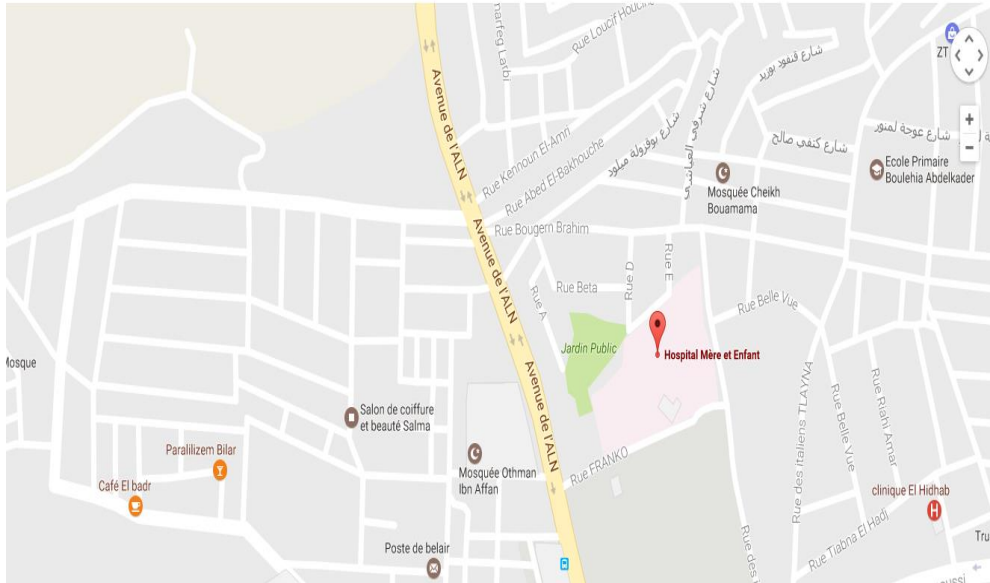
المصدر: نعيمة دودو

ثانيا- التعريف بمجال الدراسة:

1. المجال الجغرافي:

- **التعريف بولاية سطيف:** تعتبر ولاية سطيف من اكبر المدن في الجزائر، تأسست كولاية سنة 1962، تتربع على مساحة تقدر ب: 6.549.64 كلم مربع، الرقم (الرمز) الاداري 19، تضم 20 دائرة و60 بلدية، جغرافيا يحدها من الشمال ولاية جيجل وبجاية، ومن الجنوب، ولاية باتنة والمسيلة، ومن الغرب مدينة برج بوعريريج ومن الشرق، ولاية ميلة.
- ديموغرافيا؛ يربو عدد سكان الولاية حسب إحصاء 2010 عن 3.000.000، وحاليا تشير الاحصائيات الى العدد المقدر ب: 1.494.449 ساكن أغلبهم في السهول، أقيمت بها مستشفى الأم والطفل والقطاع العمومي، الذي وقع اختيارنا عليه كمجال اساسي لإجراء الدراسة الحالية.

الشكل رقم (9) يوضح موقع مستشفى الأم والطفل الكائن بمنطقة الباز (مدينة سطيف):



الجدول رقم (7): يوضح بعض الاحصائيات المتعلقة بالنمو الديموغرافي لولاية سطيف:

الدائرة	البلدية	المواليد	الوفيات	حوادث الولادة	السكان	حجم الزيادة	
سطيف	سطيف	9334	1392	7942	354801	2,24	
	أولاد صابر	451	60	391	15541	2,52	
	قجال	1098	137	961	39998	2,40	
المجموع		10883	1589	9294	410340	2,26	
عين عباسة	عين أرناط	1598	174	1424	54424	2,62	
	مزلوق	535	70	465	19793	2,35	
	عين عباسة	442	82	360	19805	1,82	
	أوريسيا	634	99	535	22660	2,36	
المجموع		3209	425	2784	116682	2,39	
عين لكبيرة	عين لكبيرة	1253	151	1102	44541	2,47	
	ولاد عدوان	180	37	143	10971	1,30	
	دهامشة	225	40	185	10110	1,83	
	بابور	422	71	351	17009	2,06	
	سرج الغول	197	40	157	9873	1,59	
	عموشة	786	96	690	27941	2,47	
	تيزي- بشار	554	89	465	22596	2,06	
	لواد البارد	97	17	80	2657	3,01	
	بن عزيز	685	71	614	224993	2,73	
	عين السبب	354	63	291	16456	1,77	
	Maouia	163	18	145	7547	1,92	
	المجموع		4916	693	4223	192194	2,20
	العلمة	العلمة	6995	699	6296	203565	3,09
		باب سكرة	796	139	657	32030	2,05
عين الزرقة		376	53	323	17592	1,84	
جميلة		727	94	633	27357	2,31	
بني فودة		490	74	416	20027	2,08	
تاشودة		205	35	170	9198	1,85	
ببر لحرش		842	109	733	29697	2,47	
بلاعة		383	69	314	16527	1,90	
المجموع		10814	1272	9542	355993	2,68	
حمام السخنة	الوجلة	225	24	201	9813	2,05	
	حمام السخنة	556	68	488	17240	3,83	
	التلة	201	22	179	8511	2,10	
	برج البرج	1198	177	1021	41118	2,48	
	الطاية	285	17	268	11592	2,31	
المجموع		2465	308	2157	88274	2,44	
عين ولمان	عين ولمان	2831	292	2539	93095	2,73	
	ولاد سي حمد	345	36	309	11507	2,69	
	قلال	700	90	610	26575	2,30	
	قصر الابطال	743	101	642	27585	2,33	

2,79	31075	866	109	975	صالح باي		
2,36	12281	290	38	328	ولاد تپان		
2,64	18045	477	66	543	الرصفة		
2,60	220163	5433	732	6465		المجموع	
2,19	15946	349	59	408	حامة	عين أزال	
2,73	10185	278	33	311	بوطالب		
2,33	58282	1359	224	1583	عين أزال		
2,53	42782	1083	131	1214	عين لحجر		
3,15	24077	758	78	836	بير حدادة		
2,53	151272	3827	525	4352		المجموع	
2,45	38013	391	169	1100	بوقاعة	بوقاعة	
1,95	13911	271	55	326	عين الروى		
2,00	12856	257	39	296	بني اوسين		
1,99	16188	322	73	395	د. قبيلة		
1,71	17855	305	49	354	حمام قرقور		
2,01	17662	355	61	416	ماوكلان		
1,29	21996	283	77	360	إ. افسان		
2,29	20742	474	70	544	بوعنداس		
0,73	16354	119	54	173	بوسلام		
0,66	7223	48	31	79	ايت تيزي		
0,87	5723	50	17	67	عين مزادة		
1,81	188523	3415	695	4110			المجموع
0,93	13592	126	60	186	ب. شيبانة		بني ورتلان
0,80	8853	71	21	92	ب. موحي		
1,23	15464	190	42	232	عين لقرج		
2,04	12423	253	57	310	بني ورتلان		
1,73	4158	72	19	91	هاربيل		
1,72	3666	63	23	86	قائزات		
1,33	58156	775	222	997		المجموع	
2,34	1781597	41750	6461	48211	الكلبي	المجموع	

المصدر: Répartition de la population générale par EPSP et commune année 2015

- تمثيل القطاع الصحي لولاية سطيف:
الجدول رقم (8) يوضح احصائيات حول القطاع الصحي والقطاع الخاص العام بولاية سطيف:

Secteur public			
CHU	Sétif		1058 lits
05 EPH	El Eulma		180 lits
	Ain Oulmain		238 lits
		Ain El Kabira	158 lits
		Bougaa	271 lits
		Beni Ourtilane	60 lits
EH		Ain Azel	168 lits
04 EHS		Rééducation Fonctionnelle Ras El Ma	113 lits
		Psychiatrie Ain Abessa	240 lits
		Mère et Enfants El Eulma	180 lits
		Centre Anti-cancer Sétif	164 lits
Total			2730 lits
SPSP	Polycliniques	Salles de soins	Maternités
09	69	234	29
Secteur privé			
07 centres d'hémodialyses	09 Unités de transport sanitaire	04 cliniques d'ophtalmologies	09 Cliniques médico-chirurgicales 01 Clinique cardiovasculaire Nbre de lits (350)
Officines de Pharmacies 394	Chirurgie Dentistes 334	Médecins Généralistes 355	Médecins Spécialistes 402

المصدر: مديرية الصحة لولاية سطيف

- عدد المتمرسين المختصين المنتسبين للقطاع الخاص بمدينة سطيف (حسب قرار الصادر في 2016/4/3):

الشكل رقم (9) : يوضح عدد المتمرسين بالقطاع الخاص بمدينة سطيف:

العدد	التخصص الطبي
02	Néphrologue
11	Médecine interne
22	Gynécologie
10	ORL
04	Ophtalmologie
07	Radiologie
05	Cardiologie
01	Centre d'Imagerie médicale

المصدر: مديرية الصحة لولاية سطيف

- التعريف بمستشفى الأم والطفل الكائن بمنطقة الباز - مدينة سطيف: من حيث المعاينة المورفولوجية نجده يتضمن ثلاثة طوابق:

- الطابق الأرضي: يشتمل على رواق كبير بع مكتب استقبال، وجناح خاص بالنساء، قاعة فحص طبي (فحوصات طبية للأمراض النساء)، قاعة مراقبة طبية، قاعة ختان الاطفال، مدرج مصلى، مصلحة الأشعة، والمخبر، والأمانة.
- الطابق الأول: يشتمل على مصلحة ما بعد الولادة، الامانة العامة، مكتب استقبال، قاعة الولادة، مكتب رئيس المصلحة، مصعد خاص بالمريض فقط.
- الطابق الثاني: يتضمن وحدة حديثي الولادة، قاعة المعالجة بالضوء، مكتب رئيس المصلحة، قاعة العلاج المكثف لحديثي الولادة، قاعة جراحة الأطفال.

2. المجال البشري:

- على مستوى مؤسسة الحالية فإن مستشفى الأم والطفل، الكائن بمدينة سطيف والتابع للقطاع العمومي، وحسب نشاطات التوليد من 2015/01/01 إلى 2015/8/31 و2016، فإنه يشتمل على احصائيات لعدد من المهام التي اضطلع بها والتي تم رصدها في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): يوضح نشاطات التوليد بمستشفى الأم والطفل بمدينة سطيف

Etablissements		Nbr d'accts	Nbr d'admissions	Nbr de naissances vivantes	Mortalité néonatale 0-28 jours	Nbr de morts nés	Décès maternels	Grossesse gémellaires	Nbr d'avortements	Nbr de césariennes	Nbr d'accouche/24 H
CHU	2015	9414	10344	9476	256	200	7	262	684	2064	39
	2016	10233	10932	10191	302	270	2	228	173	2314	43
EPSP Setif	2015	408	421	406	0	02	0	0	0	0	02
	2016	343	343	342	0	01	0	0	0	0	01
T. G/ daïra de Sétif	2015										
	2016										
T.G. EPSP et CHU de W. de Sétif	2015	26926	29051	26924	397	405	11	403	718	3742	112
	2016	28531	30320	28405	447	489	07	363	509	3523	119

المصدر: مديرية الصحة لولاية سطيف - بتصرف : نادية عيشور

- على مستوى المراكز الصحية التابعة للقطاع الخاص؛ فإن الإحصائيات الاجمالية للمؤسسات أدناه لسنة 2015-2016، تكشف عن الحصيلة الآتية:

الجدول رقم (11) يوضح حصيلة النشاطات الطبية (الطب النسوي) للقطاع الخاص بمدينة سطيف

Etablissements		Nbr d'accts	Nbr d'admissions	Nbr de naissances vivantes	Mortalité néonatale 0-28 jours	Nbr de morts nés	Décès maternels	Grossesse gémellaires	Nbr d'avortements	Nbr de césariennes	Nbr d'accouche/24 H
Zamit	2015	1177	1669	1499	01	33	0	55	113	966	06
	2016	1235	1302	1241	/	79	/	42	57	799	05
Mahabi	2015	1935	2288	1962	03	22	01	55	34	236	08
	2016	2063	2432	2095	03	19	02	51	27	215	09
Chaouki et Ashwam	2015	1997	1997	2013	/	44	/	41	/	206	08
	2016	2097	2097	2143	/	21	02	55	/	414	09
Ibn Sina	2015	1043	1077	1019	/	28	01	13	34	583	04
	2016	1186	1256	1188	/	22	/	31	19	379	05
El Moncif	2015	1713	1751	1748	/	17	/	50	20	564	01
	2016	1794	1794	1846	/	15	/	37	22	553	07
El Hidhab	2015	919	938	914	/	20	/	12	/	480	04
	2016	1263	1303	1254	/	29	/	18	03	576	05
Nabti	2015	229	229	237	/	01	/	09	/	77	01
	2016	278	278	277	/	05	/	04	01	151	01
Total Général	2015	9313	9949	9392	05	165	02	235	201	3112	39
	2016	9915	10462	10044	07	190	04	238	129	3087	41

المصدر: مديرية الصحة لولاية سطيف/ إعداد وبتصرف: نادية عيشور

3. المجال الزمني:

أخذت مباشرة الدراسة الميدانية الحالية شكلين متكاملين، فمن الناحية غير الرسمية، فقد مباشرة الدراسة ميدانيا في المؤسسة ذاتها؛ بتاريخ مسبق أي تقريبا قبل 03 سنوات، ونحن في متابعة ومعاينة للمكان وجمع البيانات عن طريق تقنية الملاحظة العلمية تحديدا، وهذا في عدد غير محدود من المرات. حيث قمنا بمعاينة أولية غير رسمية بمستشفى الأم والطفل –الباز – بمدينة سطيف، بتاريخ:

- فيفري 2015؛
- يوم (13- 14 سبتمبر 2016).

أما مباشرة الدراسة بصورتها الرسمية الأكاديمية؛ فقد انطلقت ابتداء من 8 فيفري 2016، بعد احراز الموافقة على طلب ترخيص لتنفيذ الدراسة الميدانية الحالية من قبل السيد رئيس قسم علم الاجتماع الدكتور: بلقاسم نويصر بتاريخ 06 أكتوبر 2016.

- القيام بالزيارة الأولى لمديرية الصحة والسكان بسطيف، لغرض الحصول على موافقة إدارية تسمح لنا بتسهيل تنفيذ إجراءات الدراسة الميدانية في القطاع الصحي والعمومي، وكذلك لجلب البيانات الإحصائية الضرورية التي تحقق أهداف بحثنا، وهذا كان عقب تاريخ الحصول على الرخصة الإدارية بتاريخ 8 فيفري 2017.

- القيام بزيارة رسمية إلى مديرية الصحة للقطاع الصحي العمومي بمدينة سطيف بتاريخ: 6 أكتوبر 2016 الغرض: طلب الترخيص والتسهيلات لتنفيذ البحث الميداني؛
- تنفيذ مقابلة مباشرة مع السيد مدير مديرية الصحة بولاية سطيف بتاريخ 10 أكتوبر 2016، وأيضا زيارة مصلحة الإحصائيات بالمديرية؛
- الحصول على الوثائق الإحصائية واستخلاص قوائم تخدم الأغراض العلمية وأيضا ضبط مجتمع وعينة الدراسة من المؤسسات الصحية وأيضا المجتمع البشري في التاريخ نفسه.
- بعد المعاينة المباشرة تمت عملية إعادة النظر في تساؤلات الإشكالية وأيضا فرضياتها؛ مع ضبط الاستمارة النهائية بعد إخضاعها للتحكيم لدى خبيرين من قسم علم الاجتماع، جامعة سطيف2، مع ما يتوافق ومواصفات مجتمع الدراسة؛
- الحصول على موافقة السيد مدير مديرية الصحة للمؤسسات ومنحنا ترخيصا كتابيا يسمح لأعضاء الفريق بتنفيذ استمارة المقابلة المقننة واستمارة الاستبيان بتاريخ 02 فيفري 2017؛
- تنفيذ الزيارة الاستطلاعية الثانية بصفة رسمية، للتعريف بالبحث، من حيث الأشادة بأهميته وأهدافه ونتائجه، بتاريخ 05 مارس 2017، ثم تاليا بتاريخ 06 مارس 2016، بعد مقابلة حرة مع السيدة نصيرة حاجي، نائبة مديرة المؤسسة الاستشفائية بالبايز.
- انطلاق أعضاء الفريق خلال العطلة الربيعية (التاريخ يذكر 16 مارس 2017) في عملية تنفيذ البحث بتطبيق تقنيات البحث الملائمة لمجتمع الدراسة، التي استمرت على مدار أكثر من شهرين (مارس وأفريل).

ثالثا- المصادر والوسائط المعتمدة:

(1) المصادر: النظرية والميدانية:

- القواميس والمعاجم
- الكتب
- المجلات والدوريات
- الرسائل الجامعية
- الوثائق والإحصائيات
- المواقع الالكترونية

(2) الوسائط البشرية والالكترونية

- السلطات المحلية: ممثلة في المؤسسة الجامعية التي منحتنا الرخصة لتنفيذ البحث، وأيضا الاستعانة ببعض المسؤولين في إطار العلاقات غير الرسمية لتسهيل اجراءات التحاور مع القائمين على تسيير الشأن الصحي في مدينة سطيف.
- إدارة المراكز الصحية المديرية العامة على مستوى الولاية وايضا ادارة المؤسسة محل الدراسة الميدانية.
- البريد الالكتروني: استعمل لغرض توجيه الاستثمارات لغرض التحكيم وأيضا لغرض التجريب. إلى جانب استغلاله من قبل اعضاء الفريق لغرض تبادل المعلومات والتفاعل العلمي وتنسيق العمل الجماعي، فضلا عن استعماله في مجال البحث حول الموضوع لاسيما المواقع الالكترونية الأكثر أهمية للمكتبات والبوابات الالكترونية الأكاديمية .
- الهاتف

فإلى جانب الثروة المعلوماتية التي تم جمعها من خلال المصادر الورقية السابقة؛ كذلك تمت الاستفادة من البيانات التي تم اكتسابها عبر الخبرة الذاتية لأعضاء الفريق:

حيث استفادت الدراسة من خبرة الدكتورة كريمة فلاح، بتوظيفها للتراث النظري حول السكان والديموغرافيا، وهو عمل مقتطع من مطبوعة في هذا المقياس هي بصدد تحضيرها، وكذلك جهودها في تغطية فصول الاطار النظري، وترجمة احدى الدراسات السابقة من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، كذلك المساهمة في تطبيق تقنية الملاحظة العلمية وتطبيق تقنية المقابلة المقننة ل طيبة واحدة (قطاع عام) وتوزيع 200 استمارة استبيان، والمساهمة في ضبط العينة، وإثراء قائمة الاقتراحات، بالإضافة إلى توظيف البيانات الميدانية، التي قامت برصدها في تغطية المحور الأول وجزء من المحور الثاني ميدانيا من حيث التعليق والتحليل ومناقشة للفرضيات الأولى والثانية.

كما استفادت الدراسة من خبرة الأستاذة نعيمة دودو النظرية والميدانية من خلال اسهامها في تغطية فصول الإطار النظري، لاسيما وأن لها خبرة بالموضوع، كونه شبه متطابق وأطروحتها في الدكتوراه وقبله مذكرة الماجستير، حيث ساهمت بتغطية الجهاز المفاهيمي إلى جانب إثراء فصول الدراسة النظرية خاصة مبحث الخصوبة. كذلك المساهمة في تطبيق تقنية المقابلة المقننة ل3 أطباء (قطاع خاص) وتوزيع 200 استمارة استبيان، إلى جانب توظيف بياناتها الميدانية، في تغطية جزء من المحور الثاني والمحور الثالث ميدانيا من حيث التعليق والتحليل، وكذلك مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

كما استفادت الدراسة، في عامها الأخير، من خبرة الأستاذة كنزة عيشور في جمع البيانات خاصة الميدانية والاتصالات مع قطاع وسائل الإعلام، نظرا لعلاقة أطروحتها بالموضوع لاسيما دور منظمات المجتمع المدني في مجال التوعية والتحسيس للمرأة الجزائرية، كذلك المساهمة في تطبيق تقنية الملاحظة العلمية وتطبيق تقنية المقابلة المقننة ل3 أطباء (قطاع خاص) وتوزيع 200 استمارة استبيان، منهم 100 استمارة بالقطاع العام و100 بالقطاع الخاص، كما أثرت الاقتراحات والتوصيات. هذا إلى جانب توظيف

ما تم تسجيله وتوثيقه من بيانات في تغطية جزء من المحور الرابع وآخر محور وهو الخامس مع التعليق والتحليل وايضا مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

وفي الأخير استفادت الدراسة الحالية من خبرة الأستاذة الدكتورة نادية عيشور، من خلال توظيف معلومات وبيانات ثلاث دراسات ميدانية منشورة، أجرت بمدينة سطيف، لها علاقة قوية بالموضوع، الأولى، حول موضوع مظاهر ومؤشرات التغير القيمي في الأسرة الجزائرية سنة 2008-2009، الثانية: حول الوضعية الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الانجابي للأسرة الجزائرية 2014-2016، والدراسة الثالثة: حول العوامل السوسيو- اجتماعية وعلاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان (قيد الانجاز). كما انجزت مهمة تحليل ومناقشة النتائج الجزئية للبيانات الكيفية، ومناقشة النتائج العامة، إضافة إلى جانب تحرير البحث "موضوع الدراسة، المفاهيم الإجرائية، فصل الاجراءات المنهجية للبحث، بناء الاستمارة والجدول، جلب الاحصائيات الرسمية ومعالجتها، إعداد مقدمة وخاتمة وضبط توصيات، ضبط الإطار النظري ومنهجية البحث ككل، تصفيف وإخراج الكتاب تمهيدا لاحتمال الطبع.

(3) الميزانية المالية

حيث كلفنا مستحقات الاتصال والنقل خلال تنفيذ الزيارات الميدانية والاتصالات الهاتفية، ناهيك عن طبع أشغال البحث، كالاستمارات المقدر ب 600 استمارة نهائية فضلا عن التجريبية، وأيضا طبع العمل في صورته المبدئية والنهائية وتوثيقه ورقيا، وكذلك اقتناء بعض المراجع غير المتوفرة في مكتبة جامعة سطيف2، بالإضافة الى مستحقات تفريغ البيانات عن طريق البرنامج الاحصائيSPSS، ما يمكن أن يقدر اجماليا بمبلغ (100 ألف دج).

رابعاً- العينة:

(1) مجتمع البحث:

مجتمع الدراسة **Population Study**، "هو جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث"¹. إذا هي كل الأفراد أو الأحداث أو المشاهدات موضوع البحث أو الدراسة.

إذا استطاع الباحث إجراء دراسته على جميع أفراد المجتمع فإن دراسته تكون ذات نتائج أقرب للواقع وأكثر دقة ونسبي ذلك (مسحا)، ولكن الباحث قد يجد صعوبة في التعامل مع كل مشاهدة من مشاهدات المجتمع لعدة أسباب، مما سيضطره لإجراء الدراسة على مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة، وهذه المجموعة نسميها عينة الدراسة.

(2) العينة:

هي جزء من مجتمع البحث أو الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي "تعتبر جزءا من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع على أن تكون ممثلة

¹ عبد الرحمن عدس وآخرون، البحث العلمي (مفهومه، أدواته وأساليبه)، (عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 1992)، ص.109.

لمجتمع البحث. فالعينة هي جزء معين أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي، ثم تعمم نتائج الدراسة على المجتمع كله. ووحدات العينة قد تكون أشخاصا، كما قد تكون أحياء أو شوارع أو غير ذلك...¹ ، وبما أن موضوع بحثنا هو الخصوبة والصحة العامة بالمجتمع الجزائري، وبما أن الدراسة ستتم بمستشفى الأم والطفل (الباز) مدينة سطيف، كما ستتم ببعض العيادات الخاصة بذات المدينة، أي الاستمارة ستطبق على عينة من المريضة اللواتي تترددن على هذين المكانين، كما سننجز مقابلات مع بعض الأطباء المختصين في طب النساء، فإن عينة دراستنا ستكون عينة الصدفة بالنسبة للمريضات، والعينة القصدية بالنسبة للأطباء.

• عينة الصدفة:

"يعطى في هذا النوع من العينات لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية الاختيار في المشاركة في الدراسة، حيث لا يكون هناك تحديد مسبق لمن تشملهم العينة، بل يتم اختيار أفراد العينة من بين أول مجموعة يقابلهم الباحث، حيث يوافق هؤلاء على المشاركة في الدراسة، وذلك ضمن شروط تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع الدراسة"².

ويتميز هذا النوع من العينات بالسهولة في اختيار عينة الدراسة وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، وبسرعة الوصول إلى أفراد الدراسة والحصول على نتائج، ومما يؤخذ على هذا النوع من العينات، أنها لا يمكن أن تمثل المجتمع الأصلي بدقة ومن هنا يصعب تعميم نتائج البحث.

يستوعب مستشفى الأم والطفل كمجال للدراسة يمثل القطاع العمومي 1054 سرير، ما يعني امكانية استيعاب أكثر من ألف امرأة في ليلة واحدة، غير أن هذا العدد لا يمكن الوقوف عليه في سائر الأيام، إذ يتغير حسب ما تستدعيه الظروف، حيث يمكن في بعض الأحيان، أن يفوق عدد الوافدات عما أمكن استيعابه، فنجد إمرتان في سرير واحد وطفلان في سرير واحد، وأحيانا يزيد أكثر فيصبح من الضروري جلب أفرشة شخصية لاستعمالها والنوم على الأرض، كما هو مبين في بيانات أداة الملاحظة العلمية، وفي أحيان أخرى، نجد أن العدد أقل بكثير، حيث نسجل شعور كبير لعدد من الغرف. وفي ضوء ذلك تعذر علينا، عند إجراء البحث على مدار أكثر من أسبوع، حصر حجم مجتمع الدراسة لأنه غير متماثل من حيث العدد.

وفي ضوء ذلك، ونظرا لصعوبة احتسابها؛ فإنه تقرر أخذ 600 مفردة من أجل تطبيق استمارة الاستبيان. دون تحديد مواصفات معينة ودون النظر إلى خصائص المفردات أو تجانسهم عدا استقرارهم بولاية سطيف، لأن مجتمع الدراسة غير متجانس في الأساس، ومنه تصورنا أن أنسب عينة لهذا البحث هي عينة الصدفة، إذ سيتم تطبيق

¹ رشيد زرواتي، مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، (الجزائر: دار الهدى عين مليلة، 2007)، ص.334.
² ر رجا ووحيد دويدري، البحث العلمي (أساسياته النظرية وممارسته العلمية)، ط1، (دمشق، دار الفكر، 2000)، ص.315.

أداة الاستمارة بالمقابلة مع كل الوافدات لغرض الولادة وأيضا المريضات المتابعات للعلاج بالمستشفى أو العيادات الخاصة، طيلة فترة نزولنا للميدان. حيث وبعد القيام بتوزيع الاستمارات وأثناء عملية التفريغ حصلنا على 589 استمارة كاملة (مفردة)، بينما أُلغيت 11 استمارة لعدم اكتمال الإجابة فيها على الأسئلة.

• العينة القصدية:

وهي "العينة التي يستخدم فيها الباحث الحكم الشخصي على أساس أنها هي الأفضل لتحقيق أهداف الدراسة"¹.

ومنه ينتقى الباحث أفراد عينته بما يخدم أهداف دراسته وبناء على معرفته، دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث الكفاءة أو المؤهل العلمي أو الاختصاص أو غيرها، "وهذه عينة ممثلة لكافة وجهات النظر ولكنها تعتبر أساس متين للتحليل العلمي ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة"².

وتكمن الفكرة الجوهرية في العينات العمدية، في الحاجة إلى انتقاء عينات ذات مواصفات محددة لتمثل مجتمعا ذا مواصفات محددة ومعلومة. "ويختار الباحث أفراد عينته في هذا النوع دون الاعتماد على الطريقة العشوائية البسيطة. بل يضع الباحث مواصفات محددة لأفراد العينة، مبنية على المعلومات المعروفة مسبقا عن مجتمع الدراسة. ثم يحاول تخير الأفراد الذين تنطبق عليهم هذه الشروط بدرجة كبيرة"³

وعليه فإن نتائجها البحثية والعلمية لا تتمتع بالموضوعية اللازمة في البحث العلمي، أما إيجابياتها فهي كثيرة، "منها قدرتها على إعطاء معلومات وأدلة كافية عن طبيعة مجتمع البحث وعدم احتياجها لإجراء عمليات التحليل الإحصائي المعقدة التي تعتمد على العينات العشوائية"⁴.

ومن هذا المنطلق فقد تم إجراء مقابلات مع عدد من الأطباء والمقدر بسبعة (07) أطباء أي بنسبة (31.81)%. ما يقارب (32) % من أصل 22 طبيب مختص في طب النساء والتوليد بمدينة سطيف*. وهم الآتية أسماؤهم السيدات والسادة: خديجة مسيسي، م. فلوسية زوجة هيشور، توفيق معيزة، توفيق سوالي، خرشي عبيد حياة، بن علاق هدية، كريمة عبد اللطيف.

وقد كنا عازمين على القيام بمسح كامل على مفردات مجتمع الدراسة (22 طبيب)، غير أن ثمة صعوبات واجهتنا؛ أهمها هو رفض بعض الأطباء إجراء المقابلات مع أعضاء الفريق، وتأجيل بعضهم الآخر موعد إجراء المقابلات إلى أجل غير مسمى لا يناسب

¹ حمد خليل عباس وآخرون، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، (عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع، 2007)، ص.229.

² زياد أحمد الطويبي، مجتمع الدراسة والعيّنات، (مديرية تربية لواء البتراء، 2001/2000)، ص.6.

³ سعيد إسماعيل صيني، قواعد أساسية في البحث العلمي، (المدينة المنورة، 1414هـ)، ص.248.

⁴ عبد الغني عماد، البحث الاجتماعي (منهجيته، مراحله، تقنياته)، ط1، (لبنان: منشورات جزوس برس، 2002)، ص.73.

* انظر القائمة الاسمية ضمن الملاحق.

حدود بحثنا الزمنية، كما تم توقيف منح مواعيد لدى البعض الآخر لكونهم في عطلة، ومنهم الطبيب عبد اللطيف بوصوف، الذي يعتبره الكثير من الأطباء أفضل طبيب مختص في طب النساء والتوليد.

• العينة العشوائية:

لغرض تدعيم بيانات العينة القصدية قمنا بتنفيذ مقابلات حرة غير مقصودة مع عينة عشوائية من الأطباء المقيمين بمدينة سطيف إلا واحدة منهم فقط تقيم بعين أرناات وهي على بعد 7 كلم من المدينة، شملت القائمة أطباء عامون وآخرون مختصون في مجال الجراحة العامة والطب الداخلي، وكذلك طب النساء والتوليد، حيث نذكر منهم السيدات والسادة الآتية أسماؤهم: بلة - مصطفى بن دالي، عزيزي حياة، مصطفى كحال، بن ذيب، نور الدين طالي، السيدة أ. جابر زوجة بارة، فتيحة قرقوري، بوعيد، السيدة (ن) نائبة عن توفيقة معيزة، وأيضا رئيسة مصلحة الاحصائيات الطبية تواتي، والسيدة بحري سارة.

خامسا- نوع الدراسة والمنهج المعتمد:

تقع الدراسة الحالية ضمن نطاق الدراسات الاستطلاعية، إذ تتبنى المنهج الوصفي، وتستعين بطريقة المقارنة، بين القطاع العمومي وعيادات القطاع الخاص، والماضي والحاضر.

حيث أن عملية الوصف تنسحب على ملاحظة الظاهرة في الحياة اليومية وملامسة بعض جوانبها ضمن النسق الاجتماعي المحدود الذي يتفاعل وإياه الباحثين بشكل يومي تقريبا، كما أن الوصف والاستطلاع، يعكس تعبيراً داخلياً لدى الباحثين إذ يستدفع بهم رغبة اكتشاف أمرا جذب انتباههم واستقطب اهتمامهم، وفي ضوء ذلك، يمكننا القول أن توظيف هذا النوع من المناهج ليس وليد الحدود الزمنية للبحث بل هو سابقا عليها منذ زمن بعيد.

وبخصوص طريقة المقارنة أو توظيف بعض أساليب المنهج المقارن ، كما يحلوا للبعض ان يلقبها، فان اعتمادها لم يكن بمحض الرغبة في تنويع المناهج لمجرد غرض التنويع، بل بقدر ما كان أساسيا ولا يقل أهمية اعتمادية في الاستخدام عن نظيره الوصفي، حيث أن الظاهرة يمكن مشاهدة فوارقها الكثيرة وأثرها على صعيد قطاعين أساسيين في المجتمع المحلي بمدينة سطيف، وحيث أن كلاهما يعجز بعدد مهول من المرضى والمتابعين للعلاج من الرجال والنساء، وحيث أن الحساسيات قد لا تبدو واضحة جدا لكنها موجودة عبر مؤشرات لا يصعب للمدققين استنباطها أو استشفافها بحكمة وبروية.

تم تطبيق أكثر التقنيات استخداما وبنفس القدر من العناية الفائقة، وتشمل:

(1) استمارة استبيان: تتضمن (71) سؤالاً، وُزعت على خمس محاور، تغطي فرضيات الدراسة ومؤشراتها الأساسية والثانوية، وفيما يلي عرض طريقة توزيعها:

- **المحور الأول،** تضمن البيانات الشخصية لمفردات العينة والمواصفات التي يمكن أن تتوفر لديهم، اشتمل على (9) أسئلة.
- **المحور الثاني:** عالج اثر الوضعية الاقتصادية العامة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف على معدل الخصوبة، حيث تضمن (14) سؤالاً، منها الاسئلة المغلقة ونصف مغلقة بالإضافة إلى بعض الاسئلة المفتوحة التي ستساعدنا لاحقاً في عملية التحليل.
- **المحور الثالث:** والمتعلق بالوضعية الاجتماعية للمجتمع المحلي بمدينة سطيف وأثرها على معدل الخصوبة، والمقدر ب(21 سؤال)،
- **وبعدها المحور الرابع:** المتناول لأثر الوضعية الثقافية والتعليمية العامة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف على معدل الخصوبة، والذي يضم (6) أسئلة.
- **أخيراً المحور الخامس،** والذي بلغ عدد أسئلته (21 سؤالاً) ويخص محور الوضعية الصحية البيولوجية العامة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف وأثرها على معدل الخصوبة.

ولقد تم اخضاعها للتحكيم من طرف مجموعة من الخبراء وعددهم خمسة، وهم الآتية أسماؤهم:

- د/ أنور مقراني
- د/ عبد السلام خالد
- د/ بلخيري كمال
- د/ صليحة بن سباع
- د/ نوال حمادوش

غير أننا لم نتلق تجاوباً إلا من قبل اثنين منهم، هما: الدكتور كمال بلخيري والدكتورة صليحة بن سباع. وبناء على ملاحظتهما تم إدراج بعض التعديلات.

(2) استمارة المقابلة: تم تصميم دليل المقابلة وفق مواصفات الجهة المراد انجاز المقابلة معها وهذا في ضوء أهداف البحث، حيث وقع الاختيار على عينة من الأطباء المتخصصين في طب النساء بمدينة سطيف لتمثيل القطاع الخاص، وفي

المقابل اختيار مستشفى الأم والطفل كممثل للقطاع العمومي، حيث تم تنفيذ المقابلات مع عدد من الأطباء في كلا القطاعين.

(3) الملاحظة: لقد رافقت الملاحظة العلمية جميع خطوات انجاز البحث بل وكانت أسبق أداة قبل الولوج في تنفيذ الدراسة الميدانية، حيث تم اعتمادها في وصف الناحية المورفولوجية للمجال الجغرافي وحتى البشري، وكذلك التدقيق في السلوكيات والمواقف والطوارئ المختلفة والتفاعل داخل النسق المؤسسي.

خلاصة:

تم التعرض إلى أهم خطوات وإجراءات البحث الحالي حول الخصوبة والصحة في المجتمع الجزائري، حيث تطرقنا إلى التعريف بمجالات الدراسة والمجتمع الأصلي، فالعينة، ثم المنهج وأهم الأدوات التي تم انتقاؤها في ضوء ملائمتها لطبيعة الموضوع وطبيعة المنهج، ناهيك عن اجراءات عملية رافقت تنفيذ البحث ميدانيا، حيث سنشرع في عرض بيات جميع هذه الأدوات فيما هو آت من فصول ومباحث.

الفصل السادس المعالجة السوسولوجية مخيمات الدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً: تفرغ البيانات الميدانية:

3. المعالجة السوسيو- كيفية لبيانات التقنيات الكيفية:
 - ر. عرض بيانات تقنية الملاحظة البسيطة – العشوائية:
 - ز. عرض بيانات تقنية المقابلة الحرة والمقابلة المقننة:
 - س. المعالجة السوسولوجية للنتائج الجزئية للتقنيات الكيفية للدراسة الميدانية

4. المعالجة السوسيو- كمية لبيانات تقنية استمارة الاستبيان

- ت. عرض بيانات تقنية استمارة الاستبيان
- ث. المعالجة السوسولوجية للنتائج الجزئية للتقنية الكمية للدراسة الميدانية

ثانياً: مناقشة النتائج الجزئية في ضوء التساؤلات والتراث النظري والدراسات

السابقة:

ثالثاً: النتائج العامة

خلاصة

تمهيد:

لا حرج في إعادة تدوين خطوات دأبنا، كباحثين سوسيلوجيين متمرسين، على اجتياحها، واحترام ترتيبها عند تنفيذ أي بحث سوسيلوجي، غير أن مخالفة المؤلف عادة ما تجرنا، إلى جانب امتعاض البعض إلى تبني مبادرة قد تشكل نقطة البدء للكثير ممن يمتنون موجات التقليد والتغيير، ولهذا فإننا سنعرض في الفصل الحالي إلى معالجة سوسيو كيفية وكمية للبيانات والمعلومات المتحصل عليها من ميدان الدراسة، منتهجين طريقة خاصة في عرضها، مناقشتها في ضوء التراث النظري والدراسات السابقة لنصل إلى رصد أهم الاستنتاجات المتعلقة بالنتائج العامة.

أولاً- تفرغ البيانات الميدانية

1) المعالجة السوسيو - كيفية لبيانات التقنيات المنهجية الكيفية: أ- عرض بيانات تقنية الملاحظة العلمية:

المُنفذة لتقنية الملاحظة العشوائية والمقصودة: أ.د/ نادية عيشور:

الموقف المُلاحظ	مكان الملاحظة	مدة الملاحظة	تاريخ الملاحظة
<p>- غرفة صغيرة جدا، بها نافذة صغيرة وطاولة أمام كل سرير، وخزانة واحدة.</p> <p>- تسرب المياه من حنفية المراض ووصولها إلى منتصف الغرفة،</p> <p>- عدم توفر التهوية الكافية، إذ ان النوافذ يصعب فتحها،</p> <p>- الأكل والفقور غير لذيذ وغير جيد ولا مناسب،</p> <p>- وجود امرأتان تتقاسمان سرير واحد ومولودان في سرير واحد، بمعدل ستة نساء وستة أولاد في غرفة صغيرة واحدة ضيقة ومقرفة.</p> <p>- وضع الحقائب على الأرض وتحت السرير.</p>	الغرفة المراض	ساعة منتصف النهار وقت الزيارة"	2014/12/29 حالة ولادة طبيعية شقيقتي
<p>- وجود امرأتان في سري واحد ومولودان في سرير واحد، بمعدل ستة نساء وستة أولاد في غرفة صغيرة واحدة ضيقة وغير نظيفة.</p> <p>- تقدم بعض الممرضات لطلب الحصول على قهوة الصباح من الزائرين من أهل الامهات أو المريضات.</p> <p>- قلة الوسائل والتجهيزات الطبية، حيث يطلب من الامهات شراء الأدوية من حر مالهن،</p> <p>- التحسر على امرأة معهن في نفس الجناح وفي الغرفة المقابلة، والتي توفيت عند ولادتها، وتذمرهن من سوء معاملة إحدى عاملات التنظيف لها وهي في حالة الاحتضار، حيث شتمتها وضربتها واتهمتها بادعاء المرض، بينما توفيت في حينها.</p> <p>- الاهتمام بالأطفال الذين تبدو عليهم علامات المرض "الصفائر" ووضعهم تحت الضوء لأربع ساعات. وعدم السماح بمغادرتهم إلا بعد تمام الشفاء.</p>	الغرفة التي اقامت فيها اختي	منتصف النهار	2014/12/30
<p>- فرحة كبيرة من قبل الامهات الماكثات عند مغادرة إحداهن المشفى، مع تهنئة كبيرة للتخلص منه.</p>	الغرفة	منتصف النهار	2014/12/31
<p>- وجود طبية واحدة لمعاينة الحالات الطارئة والمستعجلة،</p> <p>- عدم اكتراث الممرضات بطلبات الامهات الزائرات وآلمهن،</p> <p>- رفض توليد احدى النساء الحوامل في حالة مستعصية لكونها من مدينة برج بوعرييج ولأنها</p>	قاعة الفحص	منتصف الليل -12.00 13.00	2016/9/15

<p>اجرت عملية قيصرية سابقة، - قلة الأطباء الجراحين، "صينيين فقط" ورفضهم معاينة المريضة، - عدم توفر المياه الغازية أو العادية، - غلق المرحاض العام أمام المضطرين لدخول الحمام من الزائرين، - طلب الوثائق الرسمية للزواج في حالة ادخال المريضة للإقامة في المشفى أو وضع علامة امرأة إكس (X) في استمارة الدخول.</p>			
<p>- تسرب المياه من حنفية المرحاض ووصول سيلها إلى منتصف الغرفة، دونما تدخل لعاملات النظافة، - عدم توفر التهوية الكافية، إذ أن النوافذ يصعب فتحها، - الأكل والفتور غير لذيذ وغير جيد ولا يروونه مناسباً لحالتهم الصحية وحاجتهم للغذاء،</p>	<p>غرفة المريضة والمرحاض</p>	<p>الساعة الثامنة صباحاً</p>	<p>2016/9/16 حالة اجهاض احدى القريبات وكنت من المرافقات لها</p>
<p>- اهمال الممرضات واجب الاهتمام بالأمهات حديثي الولادة وعدم الاكتراث لحاجاتهم. - يبدو عدم شعور أغلبهن بمشاعر الرحمة والعطف والحنان "الانسانية" ازاء المريضات،</p>	<p>جناح الفحص</p>	<p>منتصف الليل</p>	<p>2016/9/16</p>
<p>- استقبال الساتلين وإرشادهم من قبل موظف الاستقبال (رجل) - وجود ضجيج - تدخين من قبل بعض الرجال</p>	<p>الرواق</p>	<p>ساعة 9.00-10.00</p>	<p>2017/3/5</p>
<p>غير نظيفة وتنبعث منها روائح كريهة+</p>	<p>المراحيض</p>	<p>ساعة منتصف النهار</p>	<p>2017/9/17</p>
<p>عدم السماح بإدخال الأكل أو الزيارة خارج الأوقات الرسمية</p>	<p>الغرف</p>	<p>9.00</p>	<p>2017/9/17</p>
<p>استقبال الناس مع تججيل ذوي الوساطات والمعارف</p>	<p>مكتب نائبة المديرية</p>		<p>2017/3/5</p>
<p>- العيادة جيدة وواسعة ونظيفة ومجهزة ومشرفة، بها تهوية كافية وانارة كافية، - استقبال غير حسن بسبب كثرة الوافدين. - فرض قواعد النظافة الصارمة (احتذاء حذاء عند دخول المرحاض وحذاء اخر عند دخول قاعة الفحص)، مع استعمال المطهر لليدين عند الدخول على الطبيب ووضع الملابس الخاصة في كيس خاص. - وجود منشورات على الجدران تتضمن ارشادات طبية لفائدة النساء،</p>	<p>عيادة د. مسيسي الكائنة بجوار محطة المسافرين ومقابل مجتمع الصديق بن يحي سابقا</p>	<p>9.00-15.30</p>	

<p>- العلاج يتطلب متابعة ثانوية كأخذ الدواء التكميلي (اجباري) وأيضا متابعة الرقية الشرعية لحالات معينة،</p> <p>- الدواء التكميلي لتحسين كفاءة الجهاز المناعي، وهو مرتفع السعر جدا (أمريكا) والدواء الطبي مرتفع الثمن (فرنسا واسبانيا) أي مستورد والادوية الجنيسة لا تستعمل غالبا في العلاج.</p> <p>- ابداء الشكر لدور الطيبة في العلاج وتمكنها من معالجة أغلب الحالات وكشف حقيقة ما لديهم من مرض ما اضطر الكثيرات إلى بيع حليهن من الذهب لأجل اتمام العلاج لديها، وفي المقابل امتعاض من الأسعار لتلك الادوية الطبية والتكميلية الاجبارية.</p> <p>- تدخل موظفتان (مدربتان من قبل الطيبة) لإرشاد النساء وتوجيههن إلى حسن استعمال طرق العلاج بفعالية.</p> <p>- استقبال اتصالان الزبائن والرد على اسئلتهم هاتفيا. مع تحديد وقت الثانية بعد الزوال لقراءة الفحوصات والتحليل الطبية والاشعة للمرضى.</p>			
<p>- قاعة الانتظار صغيرة وقليلة النظافة وقليلة التهوية</p> <p>- الضجيج بسبب كثرة المتابعات،</p> <p>- جميع المرضى نساء دون رجال،</p>	<p>عبادة توفيقية معيزة الكائنة ب 1014 مسكن</p>	<p>-9.00 12.00</p>	<p>الخميس 2017/3/15</p>

• المُنفذة لتفتية الملاحظة المقصودة: الدكتورة كريمة فلاح:

الملاحظة	تاريخ الملاحظة	مدة الملاحظة	مكان الملاحظة	الشيء الملاحظ
وجود راحة ننتة ولا تحتل تنبعث من معظم غرف المريضات، والسبب في ذلك المراجيض غير النظيفة، الشيء الذي يمكن أن يؤثر على الحالة الصحية للمريضة	الأربعاء 2017 /3/ 29	ثلاث ساعات، ابتداء من الساعة التاسعة صباحا	وحدة الحمل عال الخطورة	
عند تواجدي مع المريضات، وأثناء ملتهن للاستمارات، وبالضبط في الغرفة 11، عبرت المريضات المتواجدات بهذه الغرفة عن انزعاجهن حول المعاملة السيئة بالمستشفى، حيث أكدت بعضهن أنهن متواجدات بالمستشفى منذ أكثر من أسبوع من أجل إجراء العملية القيصرية، وإلى حد الآن لم يلدن، بسبب نقص في الطبيبات المتخصصات، وأن هناك طابور من النساء الحوامل ينتظرن دورهن من أجل إجراء العملية	الأربعاء 2017 /4/ 5	أربع ساعات، ابتداء من الساعة الثامنة والنصف صباحا	وحدة الحمل عال الخطورة	
وجود صراصير كثير لدرجة أنني انزعجت شخصا من هذا الوضع، كما عبرت إحدى المريضات عن استيائها حول هذه الظاهرة، وخوفها على مولدتها من هذه الحشرات	الخميس 2017 /4/ 6	ثلاث ساعات ونصف، ابتداء من 8,30	مصلحة ما بعد الولادة	

<p>ذهبت للمستشفى في هذا اليوم من أجل تحديد موعد للمقابلة مع الدكتورة المتخصصة في طب النساء عبد اللطيف كريمة، وأثناء انتظاري لها، أثرت المرور على وحدة الحمل عال الخطورة، وتفاجأت عندما وجدت أن معظم الغرف ممتلئة، إلى درجة أن جل الغرف بهن مريضات مفترشات على الأرض، بل أكثر من ذلك أن الأفرشة ليست ملكا للمستشفى، بل هي ملكية خاصة (بساطات ومخاد).</p>	<p>وحدة الحمل عال الخطورة</p>	<p>خمسة عشرة دقيقة، ابتداء من الساعة التاسعة صباحا</p>	<p>2017 /5/ 15</p>
<p>عند اتصالي بإدارة المستشفى من أجل تزويدي بقائمة الأطباء المختصين في طب النساء، من أجل إجراء المقابلات تم إخباري أنه لا يوجد بالمستشفى إلا طبيبة واحدة وهي عبد اللطيف كريمة المختصة في طب النساء، وأن بقية الأطباء في عطلة مرضية، حيث تم إخباري أن الدكتورة شويت في عطلة أمومة، الدكتورة شوالي في عطلة سنوية، والدكتورة هدوري في عطلة مرضية، سألتهم عن الدكتورة زرقى فلم أتلقى الإجابة من أحد؟؟؟</p>	<p>إدارة المستشفى وبالضبط أمانة المستشفى</p>	<p>نصف ساعة، ابتداء من الساعة الثامنة والنصف صباحا</p>	<p>الأحد 2017/5/ 21</p>
<p>المراحض التي في الطابق السفلي مغلقة، ولقد سجلنا استياء العديد من المريضات، علما أن أغلبهن من الحوامل، وكلنا نعرف حاجة المرأة الحامل لدخول الحمام.</p>	<p>أمام قاعة الفحوصات</p>	<p>ساعة ونصف، ابتداء من التاسعة</p>	<p>الاثنين 2017 /5/ 22</p>
<p>تهرب الدكتورة عبد اللطيف من إجراء المقابلة، فقد حددت موعد معها ثلاث مرات على التوالي، والسبب في ذلك ليس عدم تعاونها معنا، ولكن لاحظت أن عليها ضغط في مجال عملها كبير جدا، لا سيما وأنها الطبيبة في طب النساء الوحيدة المدائمة في هذه الأثناء. وأخير أجريت معها المقابلة ولكن للأسف كانت مدتها حوالي العشرين دقيقة.</p>	<p>قاعة الأشعة، قاعة الولادة</p>	<p>العاشرة والربع</p>	<p>الاثنين 2017 /5/ 22</p>

• المُنفذة لتقنية الملاحظة العلمية المقصودة: أكنزة عيشور

الملاحظات	التاريخ ومدة الملاحظة	مكان الملاحظة
<p>- فيما يتعلق بالطاقم الطبي: (الأطباء والممرضين) سجلنا الملاحظات الاتية:</p> <p>- هناك جهد مبذول من طرف الاطباء والممرضين، حيث أن هناك مداومة بين فترة الصباح وفترة المساء للسهر على سلامة الأم وأيضاً لمعاينة الأطفال.</p> <p>- ربما ما يؤخذ على الأطباء هو صغر سنهم والذي يعكس قلة خبرتهم في هذا المجال، بالإضافة إلى قلة عدد الأطباء بالمقارنة بعدد النساء القابلات وخبرتهم في المستشفى يوميا.</p> <p>- فيما يتعلق بالممرضات القابلات (القائمت على الولادة): هناك من الوافدات لغرض الولادة ممن يشتكين بدرجة متوسطة لدى البعض، وبدرجة كبيرة لدى أخريات من سوء المعاملة من طرف الممرضات (القابلات) وليس من الأطباء.</p>	2017/6/01	وحدة ما بعد الولادة
<p>- فيما يتعلق بالطاقم الاداري سجلنا الملاحظات الاتية:</p> <p>- هناك جهد لا بأس به من حيث الممارسة العملية لدى البعض ولكن الصعوبة تكمن في المعاملة أحيانا بل في كثير من الاوقات تكون ممارسة عنيقة من قبل المشرفين على الاستقبال وفي وحدات ما قبل الولادة وما بعد الولادة وربما يرجع هذا إلى الضغط الكبير ونقص الإمكانيات ونقص التجهيزات والمعدات الطبية.</p>	-9.30 14.00	وحدة ما قبل الولادة
<p>- فيما يتعلق بالنساء الوافدات لغرض الولادة، ومن حيث النظافة: فإن بعضهن تتوفر فيهن شروط النظافة والعكس لدى البعض الآخر.</p>		الغرف
<p>- فيما يتعلق بالنظافة في المؤسسة، سجلنا، حضور المنظفات يوميا لتنظيف المكان، ولكن ليس بالقدر الكافي.</p>		الجهو والأروقة

ب- عرض وتحليل بيانات تقنية المقابلة العشوائية والمقابلة القصودة:

المقابلات الحرة			
الطبيب	القائم على تنفيذ المقابلة	التاريخ والمكان	التخصص
عزيزي حياة	نادية عيشور	2014 حي 1000 مسكن	طب النساء والتوليد
أ.د بن ذيب	نادية عيشور	ماي 2014- مشفى السرطان	طب الأورام
مصطفى كحال	نادية عيشور	2017/3/28	الطب الداخلي
نور الدين طالي	نادية عيشور	2015	طب الجراحة
بوعصيد محمد	نادية عيشور	2016/1/27	طب الجراحة
فتيحة قرقوري	نادية عيشور	2017/5/20 طانجة	طب عام-ممارسة الحجامة
أ جابر - باره	نادية عيشور	2017/4/10- عين أرناط	طب عام-متابعة الحوامل- ممارسة الحجامة
بن دالي مصطفى بلة	نادية عيشور	3فيفري 2017 حي يحيواي	طب عام
السيدة نابتي	نادية عيشور	2016-2017 مديرية الصحة سطيف	طب عام
خديجة مسيسي	نادية عيشور	2017/5/24	طب النساء والتوليد
هاجر بحري	نادية عيشور	مارس 2017 -المستشفى الجامعي	طب عام
توفيقه معيزة	نادية عيشور	2017/3/12	طب النساء والتوليد
المقابلات المقتنة			
الطبيب(ة)	القائم على تنفيذ المقابلة	التاريخ والمكان	المدة
ن. فلوسية- هيشور	كنزة عيشور	2017/4/26- وسط المدينة	3 ساعات
كريمة عبد اللطيف	كريمة فلاحي	2017/5/22- المستشفى	مشفى الباز
خديجة مسيسي	نادية عيشور	2017/5/24- قرب محطة . م	3 ساعات
توفيق سوالي	نعيمه دودو	2017/5/04 حي 750 مسكن	ساعتان
بن علاق هدية	نعيمه دودو	2017/5/31 حي 1014 مسكن	نصف ساعة
خديجة مسيسي	كنزة عيشور	2017/5/ 29- قرب محطة .م	ساعتان
خرشي بن عبيد حياة	كنزة عيشور	2017/5/30- ليرومبار الشيخ لعيفة	حي شيخ العيفة
توفيقه معيزة	نعيمه دودو	2017/5/29- حي 1014 مسكن	ساعة

- الملاحظات والمقابلات الحرة؛ عرض وتحليل ومناقشة سوسولوجية:

سوسولوجيا إن إجراء مقابلة حرة مع عينة من المبحوثين يحتاج إلى مهارات عالية جدا، إذ أن الأمر يتطلب عناء إقناع الأطراف المعنية بالحوار المفتوح بقيمة وجدوى الموضوع المبحوث في حد ذاته، وقبله بقيمة المتحاور معهم ودورهم ومشاركتهم وتقاسمهم الأرباح والفوائد المعنوية التي سيجرها اليهم بالطبع البحث بعد الانجاز، ذلك لأنه **من جهة أولى:** الحوار يستهلك وقتا أطول، وطاقة أكبر، ومتعة أعلى. ويقتضي، بالتالي، التخلي بالكليّة عن الضغوط الداخلية واستبعاد تلك الخارجية. **ومن جهة ثانية،** فمحل الانتماء، إلى دولة عالم ثالثة متخلفة؛ لا تعطي أي قيمة ولا اعتراف للمعرفة والعلم والعلماء، قد يفرغ أهمية البحث من محتواه، فيبدد جاذبيته والاستمالة إليه، ومن جهة ثالثة فإنّ زمن اصبحت فيه كل دقيقة تقابلها قيمة من الدرهم والدينار، فان لم يكن ثمة مكسب ولو معنوي فذا يعني مضيعة للوقت وتبديد للمال بتعطيل العمل/ اما الجهة الثالثة فهي تعني، بالتأكيد، الباحث الي عليه يتمتع بالحس الرقيق، والذكاء الحاد، والحوار الجاد، والحكمة والمرونة والتواضع.

ومن هذا المنطلق صار ضروريا علينا كباحثين أن نلازم هذه الاعتبارات في أذهاننا كلما قدمنا إلى إجراء مقابلة مفتوحة، حيث صادفتنا مواقف حيث أحسنت إلينا الظروف وهياً لنا الحظ تنفيذ أفضل مقابلات، تجاوزت الساعة من الزمن، بينما صدمتنا ظروف أخرى، وقست علينا فلم نحظى إلا بالقليل، غير أنّ الكثير والقليل كل له قيمته بقدر حاجتنا اليه. وهنا نخلص إلى عرض أهم ما جادت به هذه المقابلات المبعثرة والمنقاة بعناية فائقة نظرا لعلاقتها القوية بمحاور الدراسة الحالية:

• من حيث ارتباط السياسة الصحية الجزائرية بالموثرات الدولية:

من المهم أن نعترف أن تبعية العالم الثالث للدول المتقدمة لافتة للأنظار، إذ تتعدى التبعية السياسية والاقتصادية وحتى التربوية ناهيك عن الصحية، كما لا يجب أن نغفل في الحسبان، تلك الشركات المتعددة الجنسيات التي صارت رأس الأخطبوط؛ الذي يحرك السياسات في العالم تحقيقا لمقاصد سيادية وأخرى براغماتية احتكارية، ومن ثمة فإن على البلدان التابعة أن تخطو الخطوات المرسومة لها وفق المسلك - النموذج الذي تقرر لها المضي فيه.

فصناعة الطب وإنتاج الأدوية في الدول المتقدمة يخضع لمعايير الايزو الدولية، كما يخضع للمراقبة الدوائية عبر مختلف المخابر العالمية المتطورة، كما لا يمكن أن تغفلت عملية التخزين والتسويق على غرار عملية الانتاج من حيث احترام القواعد والشروط الصحية، هذا يحدث في العالم المتقدم، أمّا في العالم المتخلف، كالجزائر وغيرها، فإن المسألة تختلف شكلا ومضمونا، إذ تقل أو ربما تنعدم المخابر الخاصة بمراقبة

جودة الدواء المستورد، ناهيك عن احترام شروط العمل والالتزام بأخلاقيات المهنة، كما قد لا يدخل إليها أنواع معينة من الأدوية الفعالة، ناهيك عن سوء التخزين وسوء التوزيع وسوء التسويق وفساد الأخلاق. كما أن الدعم المالي للدولة على الدواء، أضحي حاليا، أي عشية الأزمة الوطنية المستدعية للتقشف المالي في مجال الإنفاق، أضحي مشكلة تتجاوز قدرة الدولة المالية، ما انتهى بضرورة تطوير الانتاج المحلي، على غرار إنتاج الدواء الجنيس، الذي يفضل كثير من المرضى عليه شرب الماء والأعشاب الطبيعية نظرا لضعف فعاليته في العلاج ناهيك عن أسعاره المرتفعة، ناهيك عن صعوبات تتعلق بالضمان الاجتماعي.

وهنا لا غرو من الاقرار بوجود بوادر أزمة الثقة في الدواء المنتج محليا، وأزمة الثقة في تصريحات المسؤولين في قطاع الصحة، وأزمة الثقة في تشخيص الأطباء لاسيما في القطاع العمومي (الرشوة والمحسوبية والمصالح الشخصية وغيرها) وأيضا القطاع الخاص، الذي أصبح يلهث لتحقيق المال على حساب صحة المرضى وظروفهم الاجتماعية (سرقة الاعضاء بعد العمليات الجراحية وطلب فحوصات واسعة فوق الحاجة والمتابعات لفترات قصيرة على مدار مدة طويلة على حساب الصحة)..

هذا دون أن ننسى الاهتمام بالشكليات دون التركيز على الأهداف الأكثر أهمية في سياسة انتاج الدواء حسب اولوية الحاجات للمستهلكين من المرضى، كما ان منع استيراد ادوية معينة وانعدامها في الصيدليات الوطنية خلق ويخلق مشكلة عويصة بالنسبة لبعض الناس ممن تسمح ظروفهم المادية باقتنائه مهما ارتفعت الأسعار.

• من حيث السياسية الصحية العامة في الجزائر:

إن السياسة الصحية في الجزائر الآتية، هي سياسة هشة وضعيفة، بسبب الغلاف المالي الضعيف، والمركزية في التسيير واتخاذ القرارات، وجمود العلاقات الوظيفية في المؤسسات، هذا يتفق مع نتائج إحدى الدراسات العلمية حول سياسة الإنفاق على قطاع الصحة في الجزائر¹، إنها سياسة تفتقر إلى تحديد استراتيجية تخدم الصحة العمومية على المدى البعيد، وتأخذ بعين الاعتبار العمل على توفير وتأطير الأطباء العامون والأطباء المتخصصون في جميع القطاعات، إلى جانب انشاء مراكز ومشفى جامعية في جميع مناطق البلاد، تحقيقا لمراعاة التوازن الجهوي

¹ ارجع الى الفصل الرابع، العنصر الثاني حول تطور السياسة الصحية في الجزائر.

والعدالة الاجتماعية، ما يفترض أنه سيسمح للمؤسسات الصحية في المدن الكبرى بتخفيف الضغط والازدحام، ومنح الأطباء الجزائريين ويجعل ظروفهم في تحسن مستمر، ووضعيتهم الاجتماعي والنفسية في استقرار دائم، هذا ما سيدعو إلى تقليص هجرة الأدمغة والكفاءات الطبية إلى الخارج.

وقد تساءل بعضهم: لماذا تنفق الدولة الجزائرية على الأطباء الأجانب وتمنحهم أجورا بالعملة الصعبة في حين تفعل العكس مع الأطباء الجزائريين؟ هذا ناهيك عن وجوب تخصيص غلاف مالي ضخم ومناسب للإنفاق على مستلزمات الرعاية والخدمات الصحية، مع شرط توفير الشفافية في تسيير وإدارة وانفاق هذا المال ضمانا لعدم التضییع أو الاختلاس.

إن الوضعية المزرية التي يعاني منها القطاع العمومي؛ تدفع بمغادرة الأطباء لها فرادی وزرافات، والتحاقهم بالقطاع الخاص، أين الظرف على الأقل أفضل والراتب أعلى. وهنا يحضرنا اللحظة تلك التعبیر المكتئبة التي طبعت وجه طبيب في منتصف العمر، يعمل كرئيس مصلحة طب الأورام السرطانية، حيث كان مضطربا متوترا ومشتت الذهن، يتعامل مع الطبيبات، من هن تحت إشرافه بعنفوان وعصبية شديدة، ما كان منا غير التأمل في هدوء، واستيعاب تداعيات الوضع، فهو غير قادر على التركيز في اجاباته التي طبعها الانقطاع، ليس لأنه مشغول بل لأنه منفعل بالموضوع، إذ يعكس وضعيته المزرية، حيث تحول الحوار من تناول موضوع سرطان الثدي وعنق الرحم ووضعية المريضات، إلى وضعية الأطباء في هذا القطاع، من حيث عدم السماح لهم من الناحية القانونية بازدواجية العمل، بوصفهم أساتذة جامعيين وأطباء مزاولين لمهنة الطب، كما أخذ الحديث عن الأجر الشهري أو الراتب المالي المنخفض والمحتشم حصته من شكاوي الطبيب الشخصية والعامة لبني جنسه، بعد نجاح عالي المعدل في شهادة البكالوريا وتعليم جامعي قاسي وشاق، وتكوين ممارساتي محبط وطويل، ليجد نفسه، اي الطبيب(ة)، من الطبقة الاجتماعية الدنيا في المجتمع، لا يملك من المال والعتاد ما قد يمتلكه أحد معارفه من الأميين بفضل تجارة البيئزا أو بيع السجائر والكاكو على قارعة الطريق.

• من حيث عملية التشخيص والمتابعة العلاجية والأدوية الوطنية في القطاعين العمومي والخاص:

من المؤكد لأغلب المثقفين، على الأقل، الانتباه إلى مسألة كثرة الوافدين إلى قاعات العلاج في القطاع العمومي، حيث نلاحظ قلة الأطباء

وكتثرة المرضى، ويكفي أن تزور قاعات العلاج بالمستشفى الجامعي بمدينة سطيف لتتقف على حدود الظاهرة، إذ أنّ قاعة العلاج صغيرة جدا، لكنها تزدهم بأكثر من طبيب واحد، وأضعافهم من المرضى، لدرجة أنك تجد نفسك على سرير المعاينة، وثمة طبيب ومريضه بجوارك وفوق رأسك أو أمام قدميك ينتظر نزولك من على السرير ليقوم هو بدوره بمعاينة المرض التالي. هذا ناهيك عن قلة الدواء، وقلة الأماكن الشاغرة لإقامة المرضى لمتابعة العلاج بالمستشفى، أو الخضوع لعملية جراحية، وهنا لا بد من الإشارة إلى تدخل النسق غير الرسمي لبنية العلاقات الاجتماعية، باسم العلاقات الشخصية تارة والعلاقات الإنسانية تارة أخرى في هذه المسألة، حيث تُوفر المحسوبة والواسطة عبر الأصدقاء والأقارب والمعارف والمصالح المادية وغيرها، الحظوظ لقلّة من المرضى دون سواهم من الكثرة.

أما على صعيد العيادات الصحية الخاصة؛ فإنه ليس من الخافي في شيء، حالة الازدحام الكبير للوفادات خاصة النساء، على زيارة الطبيب(ة) لغرض العلاج، حيث لاحظنا الكثير من الحالات التي تبدأ عملية تسجيل في قائمة ترتيب الحضور ابتداء بعد صلاة الفجر والصبح تحديدا، لاسيما لدى الطبيبات المتخصصات في طب النساء والتوليد في مدينة سطيف على غرار كثير من الأطباء المتخصصين في مجالات علاجية أخرى، حيث تستمر عملية التشخيص هذه، لدى البعض، إلى غاية حدود الساعة السادسة مساء دونما انقطاع ولا أخذ فترة راحة في منتصف النهار، وهنا حق لنا التساؤل عن الوضعية الصحية للطبيب(ة) قبل المريض، الذي ينظر دوره بصبر كبير دون أكل وشرب طيلة النهار. حتى أن بعض الأطباء أكد ان مثل هذه الوضعية تؤثر سلبيا على صحة الطبيب وترهقه، حتى وأن أدت عليه الربح الوفير، حيث يعتبر واحد من بين قليل من قرر تشخيص (14) مريض يوميا، والتوقف عند الساعة الثانية بعد الزوال لالتحاق بقاعة الرياضة لممارستها يوميا لتبديد ترسبات الأحزان والآلام التي قد يتعرض لها جراء وضعية مرضاه فترهقه نفسيا وفكريا وجسديا. كما تناولت عديد النساء في قاعة الانتظار في أكثر من زيارة قمنا بتنفيذها وحاولنا إدارة النقاش باستشارة ما يتعلق بمحاور بحثنا فتوصلنا إلى شبه إجماع المريضات على أن الطبيبات يتعبن بعد منتصف النهار ويفقدن قدرتهن على التركيز، ويستعجلن عملية التشخيص، دون القيام بجميع الخطوات، كما أنهن يقتصرن الوقت، لا يحاورن مرضاهن ولا يسألنهن ولا يصغين إليهن باهتمام، حتى أن بعضهن ذكرن في أكثر

من حالة، مبادرة الطبيب سؤال المريضة حتى قبل أن تجلس كم بقي من مريض؟ هذا دون الكلام عن ثمن عملية التشخيص.

كما أعربت إحدى الطبيبات وهي امرأة في الستينات لديها خبرة تفوق 35 سنة، عن أن التشخيص والعلاج الطبي الذي يقوم به الأطباء إنما هو في حقيقته يستهدف التخفيف من الأعراض (*les Symptômes*) أكثر من استهدافه معالجة المشكلة المرضية من جذورها ولهذا فإن العلاج يطول خاصة في الأمراض المزمنة، هذا التصريح يتفق تماما مع تصريح أحد الأطباء المتخصصين في العلاج الغذائي وهو جميل القدسي، وهو طبيب انجز تكوينه في الطب العام والخاص في بريطانيا، وحاليا يروج لتسويق منتجاته العلاجية من الأعشاب الطبيعية أو الطب البديل في عدد من القنوات الفضائية.

وعلى هذا الأساس ظهرت موضة حديثة النشأة بخصوص الطب البديل والعلاج بالأعشاب، والطب النبوي وكذلك الحجامة، حيث وقفنا على أطباء لا يمتنعون من ممارسة الحجامة في عياداتهم بل ويصفونها لمرضاهم كما يصفون الدواء، بعدما شاع صيتها وأوجدت لها الأرضية من قبل بعض العشابين أو الرقاة أو المزاولين لها دون شهادات ودون تكوين أكاديمي، وبعد النجاح في استقطاب العدد الكبير من قبل المواطنين بمدينة سطيف، ولكونها ارتبطت بنصائح نبي الله محمد (ص) أي سنة نبوية، فهي إذن تربعت على عرش "محل ثقة للجميع".

إذن يمكننا استحضار أحد النقاط التي سبقت الإشارة إليها وهي أزمة الثقة بين المريض والطب التقليدي بصفة عامة، ما جعل الوافدات على الطبيبات لغرض ممارسة الحجامة أكثر من نسبة الوافدات لغرض التشخيص التقليدي. هكذا إقبال فتح الشهية أمام بعض العيادات لاسيما الطب العام، الفقيرة والمحتاجة إلى زبائن دائمون لتمويلها، كما لمسنا أيضا من الأطباء المختصين في طب النساء والتوليد اتجاهها إلى جانب التشخيص الطبي والعلاج التقليدي اتجاهها إلى توصيف طريقة جديد ومكاملة في العلاج تقتضي متابعة الرقية الشرعية والحجامة على غرار ممارسة الرياضة والأكل الصحي المتوازن وتناول أدوية الغذاء التكميلي مهما ارتفعت أسعاره فهو شرط أساسي للمتابعة لديها، كما أدلت أن بحوزتها ملفات طبية لحالات مستعصية علميا (كالعقم والسرطان) تمكنت من علاجهن ونجحت في رفع موانع الحمل لديهن فقط بانتهاج هذا المسلك المتكامل في العلاج (علاج طبي + علاج تكميلي + علاج نفسي وروحي)، والحقيقة أن لديها عدد كبير يفوق الخيال من الوافدات، اعترف

أغلبهن بقدرتها على العلاج بفعالية كبيرة غير أن تكلفة التشخيص مرتفعة جدا وأن الغذاء التكميلي الذي تستورده من أمريكا مرتفع الثمن، وأنّ وصفتها الطبية يجب اقتناؤها من صيدليات خاصة بتسويق الماركات الدوائية الأجنبية، وكذلك الفحوصات والتحليل لا تكون إلا في مخابر يتم انجازها عبر مراكز متعاملة أجنبية.

ج. عرض بيانات المقابلات المقننة:

المقابلة رقم (01)...مع الطبيب (01)
تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: نعيمة دودو

المحور الأول: البيانات الخصوية:

الجنس : ذكر السن: 56 سنة الخبرة: 25 سنة مصدر التكوين العلمي: (الجزائر)

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بالوضع الاقتصادية العامة:

1. نعم تعتبر الظروف الاقتصادية المتدنية سببا مباشرا في انخفاض معدل الخصوبة في الجزائر.
2. نعم يساهم خروج المرأة للعمل في انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع وأيضا تدني المستوى الاقتصادي لأسرتها بالدرجة الأولى.
3. نعم إن انخفاض القدرة الشرائية لأفراد المجتمع المحلي وخاصة بعد غلاء الأسعار في الآونة الأخيرة، مما يجعل الأغلبية يفكر في تخفيض عدد الولادات مستقبلا.

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بالوضع الاجتماعية العامة:

1. لا تؤثر الظروف الاجتماعية للمجتمع المحلي على معدل الخصوبة بل الأغلبية يحبون إنجاب الأطفال رغم تدهور مستواهم الاجتماعي.
2. لا تؤثر الظروف الاجتماعية على معدل الخصوبة بل أنا أؤكد تأثير الظروف الاقتصادية بدرجة كبيرة
3. أنا حسب رأيي لا تؤثر الوضعية الصحية على مستويات التنمية

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة لمجتمع الدراسة بالوضع الثقافية التعليمية العامة:

1. إن ارتفاع المستوى التعليمي يساهم في تخفيض معدلات الانجاب
2. إن تمسك بعض الأفراد بالمعتقدات والعادات والتقاليد المحلية سوف تعيق جهود الدولة في انجاح سياسة تنظيم النسل وخاصة أن أغلبية الأفراد (النساء) من أصول ريفية؛ لا توجد لديهم توعية كافية عن كيفية المحافظة على صحتهم وصحة أطفالهن، والسبب في ذلك هو عدم إكمال الدراسة أو ظروف قاسية للأسرة.

3. لا توجد صعوبة في اقناع مرضاي بعدم الانجاب وخاصة في الحالات المستعصية كمريضات بداء السكري وغيرهن وذلك من أجل الحفاظ على صحتهن مستقبلا.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. السياسة الصحية في الجزائر ضعيفة نوعا ما واعتقد لا توجد سياسة صحية ناجعة.
2. التكوين غير جيد للأطباء الحاليين وانعدام الظروف الملائمة لممارسة مهنة الطب في الجزائر، وحسب خبرتي في مجال طب النساء أن القطاع الخاص أفضل من حيث الكفاءة المهنية والمردود المادي والأرباح المالية من القطاع العام، الذي لا يزال يعاني من عدم الفعالية في تقديم خدمات ذات مستوى لائق، إضافة إلى الأخطاء الطبية المتكررة والتستر عليها خوفا على سمعة الأطباء.
3. يرجع نقص الاطارات المتخصصة (الأطباء الجراحين) في المراكز الصحية العمومية بمستشفى الأم والطفل بالباز لقلة وعدم تقييم الأطباء الجراحين، وعدم الاهتمام بهم وعدم منحهم تربصات طويلة المدى للتمكن الجيد من أداء مهنة الجراحة، وأيضا زيادة التحاق الإناث بالهيكل الطبي بشكل كبير في القطاع الخاص مما يؤثر على القطاع العام، وهروب نسبة أكبر منه بسبب تردي الأوضاع داخل مستشفى الأم والطفل والأخطاء الطبية المتكررة.
4. حسب رأيي أهم الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي هو إعادة تنظيم دورات تدريبية مستمرة للأطباء والمساعدين والقابلات حتى يتمكنوا من زيادة الفاعلية في تقديم خدمات ذات نوعية جيدة والمراقبة المستمرة لمعاملاتهم ومتابعة أهم ما يحصل بمصحات التوليد.
5. يرجع ارتفاع انشار الأمراض في الجزائر إلى عدم الوعي وأيضا لا توجد توعية إعلامية حول الوقاية من الاصابة وعدم النصح الطبي بإجراء فحوصات مستمرة لاكتشاف المرض قبل تطوره.
6. أحيانا يصبح الدواء الجنيس جد مفيد لبعض الأمراض المستعصية وأحيانا لا يتوفر هذا الدواء مما يستدعي احضاره من الخارج.
7. أكثر العوامل تأثيرا على الصحة العامة بالترتيب :
 - انتشار القمامات العمومية بجوار السكنات والأحياء
 - تلوث الماء الى حد ما
 - تلوث الهواء وخاصة بالقرب من المصانع
 - الادمان عل التدخين
 - استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر
 - ترك القمامات دون معالجة فورية

- استخدام المضافات الكيميائية المواد الحافظ
- انعدام المساحات الخضراء
- 8. أكثر الأمراض تأثيراً على الخصوبة
 - تكيس المبايض
 - الالتهابات الداخلية
 - داء السكري
 - داء السرطان
 - الضغط الدموي
 - داء الفلق
 - داء القولون العصبي
 - التهاب المفاصل

المقابلة رقم (02)... مع الطيبة (02)

تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: نعيمة دودو

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: 48 سنة الخبرة: 21 سنة مصدر التكوين العلمي: مزدوج (الجزائر وفرنسا)

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاقتصادية العامة:

1. تعتبر الظروف الاقتصادية المتدهورة سببا مباشرا في انخفاض معدل الخصوبة في الجزائر.
2. ساهم خروج المرأة للعمل في انخفاض معدل الخصوبة والسبب يرجع إلى عدم توفر المزيد من الوقت والجهد لرعاية الأطفال.
3. لا يؤثر انخفاض القدرة الشرائية لأفراد المجتمع المحلي رغم غلاء الأسعار يحبون انجاب الأطفال رغم تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية، ويرددون مقولة الي يزيد برزقو حسب تصريح الطيبية.

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاجتماعية العامة:

1. لا تؤثر الظروف الاجتماعية على الخصوبة بل يحبون الانجاب رغم تدهور ظروفهم الاجتماعية (عدم توفر سكن أو في حالة كراء وينجبون).
2. إن طبيعة العلاقة بين الظروف الاجتماعية للأسر وبين معدل الخصوبة تبدو ضعيفة نوعا ما رغم تدهور الظروف الاجتماعية يحبون الانجاب.
3. لا توجد علاقة بين الوضعية الصحية وانخفاض مستويات التنمية المحلية في مدينة سطيف.

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة بالمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الثقافية التعليمية العامة:

1. كلما ارتفع المستوى التعليمي يؤدي الى انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع الجزائري.
2. هناك فهم خاطئ للدين من حيث تحديد النسل يعتقد البعض أن تنظيم النسل هو تحديد النسل وهذا ضد الدين الاسلامي.
3. لا توجد صعوبة في اقناع مرضاي بتحديد النسل للحفاظ على صحة الأم.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. نعم توجد سياسة صحية عموما وهي تشهد في الآونة الأخيرة تطورا ولكن ببطء
2. إن ممارسة مهنة الطب في الجزائر جد صعبة وخاصة في القطاع العام مما دفع بالعديد من الأطباء إلى التوجه إلى القطاع الخاص، أما من حيث الفرق أن القطاع الخاص أفضل من حيث تقديم خدمات جيدة ومستمرة للأفراد وفعاليتته عكس القطاع العام الذي لايزال يعاني من عدم التنظيم واللامبالاة للأطباء ونقص الهياكل الطبية والتجهيزات اللازمة لممارسة مهنة الطب .
3. يرجع نقص الاطارات في القطاع العام بمستشفى الأم والطفل إلى عدم توفير ظروف ملائمة وتجهيزات حديثة وعدم التنظيم الجيد لمختلف الهياكل الإدارية والفحوصات المخبرية
4. الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي تتجسد في توفير تربيصات مستمرة ودورات تدريبية للأطباء والقابلات من أجل تحسين كفاءاتهم لأداء مهنتهم على أكمل وجه.

المقابلة رقم (03)... مع الطبيبة (03)
تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: د كريمة فلاح

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: 32 سنة الخبرة: 06 سنة مصدر التكوين العلمي: الجزائر

عرض نص المقابلة:

المحاور

تمت هذه المقابلة بتاريخ الاثنين 22 ماي 2017، بقاعة الولادة مع الدكتورة عبد اللطيف كريمة، اختصاصية في طب النساء، طبيبة ذات الثني والثلاثين ربيعا، وخبرة الستة سنوات، بيضاء البشرة، طويلة القامة، الناظر إليها للوهلة الأولى يلاحظ مدى حيويتها ونشاطها، لقد أرجعته ربما لصغر سنها ومحاولتها تحقيق ذاتها، تمت المقابلة معها ببهو به أريكة وطاولة صغيرة أمام غرفة العمليات، وأعتقد أن الطبيبة عبد اللطيف هي التي ستجري العملية للمريضة، اغتنمت الفرصة بعد إلحاحي عليها بضرورة إجراء المقابلة معها وسألتها عن مصدر تكوينها العلمي، فأجابت مباشرة بالجزائر، انتقلت إلى السؤال الثاني مباشرة، وقلت لها في رأيكم هل تعتبر الظروف الاقتصادية المتدنية سببا مباشرا في انخفاض معدل الخصوبة في مجتمعنا الجزائري؟ فأجابت بكل تأكيد، فالأسرة اليوم لم تعد تحبذ إنجاب الكثير من الأولاد بسبب التطور الحاصل في المجتمع، ولأن المرأة التي لديها أولاد كثر لا يمكنها أن تخرج معهم ولا يمكنها أن تنتزه معهم، ولا يمكنها أن توفر لهم كل متطلباتهم، كما أن انخفاض القدرة الشرائية للمجتمع وغلاء الأسعار أثر على خصوبة المرأة بالإضافة إلى خروج المرأة للدراسة ثم العمل جعلها تفكر في عدم إنجاب الكثير من الأولاد لأنهم يعرفون مسارها العلمي والمهني.

أما بالنسبة لكيفية تأثير الوضعية الاجتماعية للمجتمع المحلي على خصوبة المرأة فقد، فقد أجابت المبحوثة بأنها لا تؤثر على خصوبة المرأة، فمهما كانت الظروف أو المشاكل الاجتماعية، فإن هذا لا يؤثر في خصوبتها، كما أنه لا توجد علاقة بين انخفاض مستويات التنمية المحلية والوضعية الصحية.

أما عن المستوى التعليمي والسلوك الإنجابي، فقد بينت المبحوثة أن هناك علاقة قوية، حيث أنه كلما كانت المرأة متعلمة كلما حاولت جاهدة أن تتحكم في خصوبتها وذلك بمحاولة تقليل عدد الأطفال المرجو إنجابهم. كما بينت أن هناك بعض المعتقدات والعادات في المجتمع المحلي السطايفي تعوق جهود الدولة في سياسة تنظيم النسل، ومن بينها مثلا الفشل في إقناع النساء اللواتي أنجبن ذكور فقط أو إناث فقط بضرورة المحافظة على صحتهم وتحديد نسلهن، فكلما أنجبت المرأة بنتا مثلا، أعادت الكرة وحاولت الحمل مجددا أملا في إنجاب مثلا طفلا ذكر. كما أنها وضحت أنه في بعض الأحيان توجد

بعض الحالات يكون إيجابهن لطفل إضافي خطرا، ومع ذلك تعيد المرأة الكرة وتحمل مجدد.

أما عن السياسة الصحية في الجزائر فهي ترى بأنها مازالت إلى حاجة من الإثراء والتطوير لتواكب العصر الحالي، أما عن ظروف وشروط ممارسة مهنة الطب في الجزائر سواء بالنسبة للقطاع العام أو الخاص فهي واحدة لأن مهنة الطبيب مهنة نبيلة بالدرجة الأولى، كما أنها متعبة سواء في القطاع العام أو الخاص، وبالطبيعة الحال بغض النظر عن العائد المادي. أما عن نقص الإطارات المتخصصة بالقطاع الخاص، فقد أجابت بلا أدري ربما لأن القطاع الخاص أصبح يزاحم العام، وعليه أدى ذلك إلى تحول العديد من الأطباء إلى القطاع الخاص.

أما عن أكثر العوامل والظروف تأثيرا على الصحة العامة وترتيبها فقد كانت بحسب المبحوثة كالتالي:

الترتيب	لا تؤثر	نعم تؤثر	العوامل والظروف
7		×	تلوث الماء
6		×	تلوث الهواء
8		×	قلة المساحات الخضراء في وسط المدينة
5		×	انتشار القمامات العمومية بجوار الأحياء السكنية
4		×	اترك القمامات العمومية دون معالجة فورية أو ردم تقني
1		×	استخدام الأسمدة الكيميائية في رعاية المحاصيل الزراعية
2		×	استخدام المبيدات الكيميائية
9	×		استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر والمشروبات الغازية
3		×	انتشار ثقافة أو الإدمان على التدخين

أما عن الأمراض الأكثر تأثيرا على الخصوبة فهي تري بأن داء تكيس المبايض هو المرض الرئيسي الذي يؤثر على خصوبة المرأة، يأتي في المرتبة الثانية الالتهابات الداخلية، يليها داء السكري، وبصفة أقل داء السرطان، أما بقية الأمراض كضغط الدموي، التهابات المفاصل القلق وداء القولون فإنها لا تؤثر على الخصوبة.

عن العقم لدى الزوجين دون سبب بيولوجي أو وراثي أكدت المبحوث أن هناك حالات قد مرت عليها أو سمعت بها لم تجد لها سبب بيولوجي أو وراثي، ولكن أكدت أنه لم يصل العلم إلى السبب بعد فقط، بل لكل داء إلا وله سبب فقط العلم والطب لم يصلوا بعد إليه. أما عن الولادات القيصرية لأول مرة فقد قسمته لسببين، الأول أن هناك حالات من الضروري جدا إجراؤها للعملية القيصرية، وذلك لأسباب صحية ممكن تخص الأم في حد ذاتها

أو تخصص صحة الجنين، وهناك من النسوة من ترغب هي وحدها في الولادة عن طريق العملية القيصرية، والسبب هو محاولة تجنب آلام الوضع الطبيعية.

المقالة رقم (04)... مع الطيبة (04)
تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: كنزة عيشور

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: 55 سنة الخبرة: 24 سنة مصدر التكوين العلمي: مزدوج (الجزائر وفرنسا)

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاقتصادية العامة:

1. لا يوجد انخفاض في معدل الخصوبة في الجزائر حاليا على حد علمي بميدان عملي فهو في تزايد مستمر.
2. لا أظن ذلك فخرج المرأة للمعمل ساهم في تنظيم النسل لا في تخفيضه.
3. تعرض المرأة للقلق بسبب العمل وزيادة الضغط له تأثير على الانجاب.
4. نعم يؤثر، فالمجتمع ينظر لذلك من باب غلاء المعيشة خاصة مع الأزمة الاقتصادية الحالية.
5. فانجاب عدد كبير من الأطفال يؤثر سلبا بسبب غلاء الأسعار، وكثرة متطلباتهم، مثال التعليم (الدروس الخصوصية) ...

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاجتماعية العامة:

1. نعم الظروف الاجتماعية تؤثر على معدل الخصوبة لوجود أمران:
 - إذا تزوجت الفتاة يتساءل المجتمع لماذا لم تنجب؟
 - إذا انجبت بنات فقط، تساءل المجتمع لماذا؟
 - إذا انجبت ذكورا فقط، تساءل المجتمع لماذا؟لذلك فهي تبقى تنجب حتى يكون لديها الجنسين.
2. أصبح الرجل لا يحب انجاب عدد كبير من الأولاد، لذلك فهو يضغط على المرأة في مسألة تحديد النسل بسبب غلاء المعيشة. وعقلية انجاب الأولاد (بالنسبة للمرأة) تستهدف الحفاظ على الزوج.
3. هناك عائلات مستواها المعيشي متدني وصعب لكن لديهم عدد كبير من الأولاد.
4. لا يوجد ميزان أو منطق بين المستوى المعيشي وعدد الأولاد، لهذا لا أظن أن الحالة الاجتماعية تؤثر على تحديد النسل.

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة بمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الثقافية التعليمية العامة:

1. كلما كان الزوجان متفقان نقص معدل الانجاب. كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفض معدل الانجاب:
 - انتشار الوعي،
 - يكون هناك تنظيم بين الولادات
 - تهتم المرأة المثقفة أكثر بأولادها مقارنة بالتي لم تدرس فتعلمهم وتربيتهم جيدا
2. المجتمع لم يتطور في هذا المجال، فالعائلة دائما ما تؤثر على الزوجين في مسألة الانجاب خاصة إذا كانا عرسان جدد. حيث يفتخرون بالمرأة إذا كان لديها عدد كثير من الأولاد.
3. لا توجد لدينا سياسة صحية، كما لا توجد قيمة لتحديد النسل:
 - أجد صعوبة في إقناع مرضاي بوجوب تحديد النسل لأن هناك من يخطئ بين الدين والصحة.
 - فهناك من تقول أنا أحب انجاب لأن الله أمر بذلك
 - هناك من أنصحها بتحديد النسل من أجل الحفاظ على صحتها فتقول لا هذا حرام.
4. هذا كله راجع لقلّة الوعي والثقافة عند النساء.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. لا توجد سياسة صحية في الجزائر لأنهم لم يعطوا قيمة لتحديد النسل.
2. لا توجد متابعة وانضباط خاصة في توفير الأدوية، حبوب منع الحمل، كمثال: تغيير في نوعية الحبوب يسبب مشاكل لدى النساء (عدم الملاءمة).
3. الطب في الجزائر لم يكن في المستوى:
 - عدم توفير عدد كاف من الأطباء
 - هجرة الكفاءات الطبية للخارج
 - عدم التنظيم والوقاية من الأمراض
 - لا يوجد توازن بين النمو الديموغرافي والتكوين الطبي والشبه الطبي
 - غياب الطب ككل
 - تتوفر مدينة سطيف على أكبر عدد من الأطباء في الشرق الجزائري

- فقدان الثقة في الأطباء
 - انعدام الوعي بين الناس
4. تعتبر الظروف الصحية جد صعبة في الجزائر:
- في المستشفى مثلا يعاني الأطباء ظروف مزرية وجد صعبة،
 - عدم توفر المستشفى على الوسائل والاجهزة،
 - الظروف قاسية تجعل الطبيب يفر من المستشفى ليفتح عيادة خاصة.
5. هناك اختلاف بين القطاع العمومي والقطاع الخاص، فعلى الصعيد القطاع العمومي وتحديد المستشفى نجد:
- كثرة الضغوطات تجعل الأطباء يلجؤون الى فتح عيادات خاصة بسبب عدم توفر الاجهزة الكافية،
 - التعب وعدم اعطاء العلاج اللازم بسبب كثرة المرضى،
 - الضغط ينسحب على فئات ثلاث: العمال، المرضى، الإدارة.
- أما على صعيد القطاع الخاص فنقف على:
- فأنا مثلا أعمل في ظروف حسنة،
 - الوسائل متوفرة واستطيع تغييرها عند الحاجة أو عند دخول أجهزة متطورة أكثر،
 - لا يوجد لدي ضغط في عدد المرضى مقارنة بالمستشفى،
 - أعمل نصف يوم فقط للحفاظ على صحتي،
 - كما أزاول التدريس في الجامعة لكسر روتين العمل.
6. نعم توجد علاقة تعاون بين الأطباء الاخصائيين في كل مصلحة، كما أن هناك تعاون بين المصالح الطبية في القطاع الخاص والقطاع العمومي.
7. هناك علاقة تنافس حسب عقليات الأفراد، لأن هناك من يقول أن الأطباء يعملون في العيادات الخاصة من أجل جني المال.
8. يرجع نقص الإطارات المتخصصة للأطباء والجراحين في القطاع العمومي إلى:
- الظروف التي كانوا يعملون فيها جد قاسية جعلتهم يغادرون المستشفى،
 - عدم التوازن بين الجهد والراتب،
 - صعوبة اختبارات التوظيف في المناصب المتخصصة،
 - عدم فتح مناصب أمام الأطباء الجدد،
 - عدم الانسجام بين العمل الخاص- والمدني،
 - عزو الأطباء الاجانب لمستشفياتنا (اليابانيين مثلا)
9. الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي
- مراعاة الحواجز التي تمنع من قدوم الاطباء المختصين،
 - توفير شروط العمل المناسبة لتعويض الاطباء الاجانب،
 - تشجيع الاطارات للعمل هنا بتوفير ظروف عمل لائقة،

- الشروط المتوفرة (الشناوة) لماذا لا توفر لأطبائنا الأجر بالعملة الصعبة.
- التكوين المتخصص وتشجيع اختصاص طب النساء والتوليد.
- 10. ارتفاع نسبة انتشار الامراض في الجزائر لأسباب نذكر منها:
 - ظروف المعيشة في تدهور،
 - ضعف القدرة الشرائية للمواطن،
 - لا توجد تغطية صحية (غير كافية)،
 - زيادة الولادات وارتفاع ديموغرافي
 - وجود عدم توازن بين النمو السكاني والقدرة الشرائية للمواطن في كل الميادين، الصحة، التعليم والخدمات الاجتماعية.
- 11. أهم الأمراض المؤثرة على الخصوبة لدى المرأة الجزائرية هي:
 - الالتهابات
 - السرطان
- 12. السبب في انتشار الأمراض راجع الى نقص الوعي وعدم التفكير في المستقبل، والذي يفترض أن يكون مؤسسا على:
 - الزواج من أجل تحسين الوضعية الاجتماعية،
 - توافق وانسجام بين الزوجين.
- 13. الدواء الجنيس، النساء اللواتي لديهن اضطراب في الانجاب،
 - نحن نمد لهم يد العون، وذلك بإعطائهم أدوية تستهدف تنمية البويضات وتشخيصات وتحاليل من أجل معرفة مواطن الخلل.
 - نقص الخصوبة المرتبطة بالضعف الجنسي نصف لهم فيتامينات وهرمونات.
 - الغدد تؤثر على معدل الانجاب لدى المرأة
 - العقم دون سبب، وكذلك وجود أسباب نفسية تؤثر عليه.
- 14. يوجد الآن التلقيح الاصطناعي للجيل الحالي (العروس الجديدة) لتسوية مثل هذه الحالات.
- 15. لا يوجد تنظيم غذائي، فكل الأمراض منشؤها نقص الحركة (عدم ممارسة الرياضة) فانعدامها يسبب مشاكل صحية كثيرة.
- 16. الولادة القيصرية تكون في هذه الحالات:
 - عدم تحمل آلام الوضع بالنسبة للجيل الحالي (العروس الجديدة)
 - عدم المتابعة والامتنال لإرشادات وتوجيهات الطبيبة المختصة،
 - وهذا راجع للأكل الكثير وعدم المشي.

المقالة رقم (05)...مع الطيبة (05)
تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: كنزة عيشور

□

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: 55 سنة الخبرة: 30 سنة مصدر التكوين العلمي: مزدوج (الجزائر وفرنسا)

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاقتصادية العامة:

1. الظروف الاقتصادية المدنية ليست سببا في انخفاض معدل الخصوبة في الجزائر، وهذا راجع إلى أن بعض العائلات مستواها المعيشي ضعيف لكنها تملك عدد من الأطفال.
2. نعم ساهم خروج المرأة للعمل في انخفاض معدل الخصوبة، وذلك راجع لعدم تحمل المرأة للمسؤولية، وكثرة الضغوطات في العمل جعلها تفكر في تقليص الإنجاب، وكذلك الظروف المعيشية الحالية لا تسمح لهما بإنجاب عدد كبير من الأولاد:
 - كما قد يكون لزوج تأثير كذلك على عدم إنجابهما.
 - كذلك الحالة الصحية للمرأة
3. غلاء أسعار المواد الأساسية من بين العوامل التي تؤثر على انخفاض النسل لأن الأطفال يحتاجون إلى توفير متطلبات الحياة كاللباس، الأكل، التعليم، العلاج.

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاجتماعية العامة:

1. نعم الظروف الاجتماعية لمدينة سطيف تؤثر على معدل الخصوبة
 - بسبب عدم توفر الشغل
 - الدخل الضعيف للزوج
 - عدم توفر السكن
 - المشاكل الأسرية (سواء بين الأزواج - أو بين الأهل)
2. كثرة الظواهر الاجتماعية السلبية المنتشرة في المجتمع الحالي
3. إذا كانت الظروف الاجتماعية جيدة تجعل نسبة الخصوبة عالية أو العكس قد تكون الظروف الاجتماعية ملائمة وتكون نسبة الخصوبة منخفضة.
4. نعم هناك علاقة قوية بين الوضعية الصحية وانخفاض مستويات التنمية المحلية في مدينة سطيف، لأن غياب العامل أو الموظف عن مكان العمل يؤدي إلى

تذبذب في الإنتاج، وكذلك كثرة العطل المرضية تؤدي الى ضعف الإنتاج وضعف في التنمية وتعطيل المصلحة العمومية.

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة بمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الثقافية التعليمية العامة:

1. المستوى التعليمي ليس له علاقة بالسلوك الإيجابي لأنه أحيانا يكون بعض الأزواج مستواهم التعليمي محدود لكن يتمكنون من التحكم في تنظيم النسل مقارنة ببعض الأزواج الذين يمتلكون مستوى تعليمي جيد لكن لا يتحكمون في النسل.

ت- في الماضي كان للعادات والتقاليد دخل في إنجاب عدد معين من الأطفال.
• أما الآن فليس للعادات والتقاليد دخل في تنظيم النسل وهذا راجع لانتشار الوعي والثقافة في أوساط المجتمع.

2. نعم نجد صعوبة في اقناع بعض مرضانا في تحديد النسل:
• وذلك لأسباب صحيحة: كالأزمات المزمنة مثل: القلب، الضغط الدموي المزمن، السرطان.
• الولادات القيصرية الأكثر من ثلاث مرات.
• أمراض في عنق الرحم
• الأسباب الدينية: الشرع ينهى عن تحديد النسل.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. لا توجد سياسة صحيحة في الجزائر.
2. الطب في الجزائر يمر بظروف جد مزرية وهذا يسبب نقص في الكفاءات الطبية - نقص في الأجهزة - نقص في الأدوية، وهذه الظروف موجودة بكثرة في المستشفيات العمومية:
• في الماضي كان هناك رعاية جيدة في القطاع الخاص هذا ما يجعل المرضى يفرون من القطاع العام إلى القطاع الخاص بسبب توفر الشروط اللازمة للعناية الجيدة بالمرضى.
• أما الآن أصبح القطاع الخاص جد مادي أكثر من الجانب العلاجي.
3. لا يوجد تعاون صحي بين القطاع العام والخاص بل هناك تعاون مادي، ولا توجد علاقة تنافس لأن هذا آخر شيء بالنسبة لهم.
4. يرجع نقص الإطارات المتخصصة في المراكز الصحية العمومية إلى:
الأجر المتدني.

5. يقومون بتوظيف أطباء من الخارج ويتقاضون أجر بالعملة الصعبة مع أنه هناك يوجد أطباء أكفاء يعملون بعقود مؤقتة وأجر متدني.

- هجرة الإطارات للخارج .
 - عدم توفر شروط ملائمة للعمال كنقص الأجهزة.
 - يوجد أطباء متمكنين لكن لا توجد ظروف ملائمة للعمل.
- الحلول المقترحة:

- تشجيع الإطارات بالعمل داخل الوطن .
- تحسين الظروف المادية وأجر مناسب.
- توفير الأجهزة الطبية المتطورة.
- توفير الأدوية.
- فتح مسابقات توظيف دائمة خاصة في المناصب المتخصصة (طب النساء والتوليد)

6. ارتفاع نسبة انتشار الأمراض في الجزائر يرجع إلى:

- المستوى المعيشي المتدني.
- الأكل غير الصحي.
- عدم الوعي.
- قلة ممارسة الرياضة.

- أكثر الأمراض شيوعاً: السرطان (الثدي - القولون - عنق الرحم - الضغط - السكري - الغدد- السل - أمراض نفسية)

7. لم تتم الإجابة عليه.

8. ما هي أكثر العوامل والظروف تأثيراً على الصحة العامة؟ وما هو الترتيب الذي تمنحه لها ؟

- تلوث الماء وتلوث الهواء.
- قلة المساحات الخضراء في وسط المدينة.
- انتشار القمامات العمومية بجوار الأحياء السكنية. وترك القمامات العمومية دون معالجة فورية أو ردم تقني. واستخدام الأسمدة الكيميائية في رعاية المحاصيل الزراعية.
- استخدام المضافات الكيميائية (المواد الحافظة، الأصباغ، النكهات، الخ.
- استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت و العصائر و المشروبات الغازية.
- انتشار ثقافة و / أو الإدمان على التدخين
- ترك المواد الغذائية للشمس.

9- ما هي أكثر الأمراض تأثيراً على معدل الخصوبة؟ وكيف ذلك ؟

- داء السرطان (نعم)

- التهابات داخلية (نعم)
- تكيس المبايض (نعم)
- أخرى تذكر... الغدد – تقارب في الولادات القيصرية

10- فيما يتعلق بانتشار الظواهر التالية:

- العقم لدى الزوجين دون سبب بيولوجي أو وراثي
- تأخر الإنجاب لدى العرسان الجدد
- ولادة قيصرية لأول مولود و في حالة أول إنجاب

ما قولكم بهذا الخصوص؟

- العقم لدى الزوجين: ممكن هي قضية وقت وعلاج ، وكذلك قدرة إلهية كذلك .
- تأخر الإنجاب لدى العرسان الجدد: فيجب إجراء كشف طبي وتحاليل لزوجين وبعدها نقدر سبب تأخر إنجاب
- الولادة القيصرية لأول مولود:
 - عدم تحمل لألم الولادة.
 - انقطاع الغلاف الذي يوجد به الجنين نقص الماء الموجود داخله
 - التموقع غير الطبيعي للمشيمة والخواتات
 - الوضعية غير الطبيعية للجنين
 - حوض المرأة الضيق.

المقالة رقم (06)...مع الطيبة (06)

تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: نعيمة دودو

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: 60 سنة الخبرة: 30 سنة مصدر التكوين العلمي: الجزائر

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاقتصادية العامة:

1. ليس دائما تدهور الظروف الاقتصادية يؤدي الى انخفاض الخصوبة
2. نعم ساهم خروج المرأة للعمل إلى انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع بسبب عدم ايجاد الوقت الكافي إلى رعاية الأطفال وعدم وجود من يساعد الزوجة في التربية.
3. لا تؤثر انخفاض القدرة الشرائية لأفراد المجتمع المحلي على تشجيع فكرة تخفيض النسل وذلك بسبب عدم وعي الأفراد وسيادة فكرة كل مولود اضافي يأتي برزقه.

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاجتماعية العامة:

1. حسب رأيي تؤثر لكن ليس دائما بدليل وجود أفراد في أسر ذات ظروف اجتماعية متدهورة ينجبون بكثرة
2. لا وجود لعلاقة واضحة بين الظروف الاجتماعية ومعدل الخصوبة، حيث وجدت التحقيقات المنجزة أنه رغم الظروف الاجتماعية المتدهورة والقاسية لبعض الأسر تنجب في حدود 5 إلى 7 أطفال.
3. لا توجد علاقة بين الوضعية الصحية وانخفاض مستويات التنمية المحلية في مدينة سطيف، بل تصرح الحكومة على وجود سياسة صحية لا بأس بها وهي في تطور مستمر، وأيضا بالنسبة للتنمية المحلية في مدينة سطيف تشهد هي الأخرى تطورا ملحوظا.

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة بمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الثقافية التعليمية العامة:

1. حسب تجربتي في ميدان الطب أن متغير المستوى التعليمي له دور كبير في اقناع الأفراد بإنجاب عدد أقل عبر فترات متباعدة في المجتمع الجزائري.

2. نعم تؤثر بعض المعتقدات والتقاليد المحلية في عدم تطبيق تنظيم النسل في المجتمع المحلي بمدينة سطيف بسبب الفهم الخاطئ لتنظيم النسل وعدم التفرقة بين مصطلحي تنظيم وتحديد، لأن الأول هو أشمل من حيث الحفاظ على صحة الأم والطفل، أما الثاني "التحديد" يعتبره الأغلبية أنه حرام وضد تعاليم الدين الاسلامي في حين هو ضروري في حالة إصابة الأم بأمراض مما يستوجب عليها بطلب من طبيبها المختص بعدم انجاب مرة أخرى لأنه يشكل خطر على حياتها مستقبلا.
3. لا أجد صعوبة في اقناع مرضاي بوجوب تحديد النسل لسبب صحي وخاصة في الآونة الأخيرة أين بدأ الأفراد يتوعون بفكرة تحديد النسل لضرورة صحية وشرعيا.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. حسب علمي أن السياسة الصحية متأخرة جدا في الجزائر، ولا يمكن ان تتطور بشكل فعال الى على المدى البعيد وان مكانة الطب والاطباء لا تحظى بالاهتمام الكافي في الجزائر بسبب عدم توفير الاحتياجات الاساسية والامكانيات المادية لممارسة مهنة الطب بكفاءة .
2. إن ممارسة مهنة الطب لا تخضع لشروط أساسا خاصة في القطاع العام، وذلك بسبب المشاكل الإدارية والتنظيمية بالقطاع العام مما يؤثر على أداء الاطباء وأيضا عدم توفر الأجهزة والتجهيزات اللازمة لممارسة مهنة الطب بشكل طبيعي، وأيضا بالنسبة للقطاع الخاص هناك مشاكل من حيث أن الطبيب يبقى سجين مرضاه لأن متطلباتهم كثيرة.
3. يرجع نقص الأطباء في القطاع العام وخاصة بمستشفى الأم والطفل إلى عدم توفير ظروف ملائمة للأطباء وصعوبة أداء عملهم بإتقان لنقص التجهيزات الطبية وأيضا عدم حصولهم على أجور معقولة وعدم منحهم تربية الى الخارج لتحسين المستوى. وهناك مشاكل إدارية وتنظيمية وعدم وجود رقابة مستمرة لأداء الأطباء والقبالات وأعاون الأمن.
4. الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي تتجسد في التنظيم في النفقات وتحقيق التوازن في التغطية الصحية على كامل التراب الوطني حتى لا يكون هناك ضغط على مدينة دون أخرى مثلما هو حاصل في مدينة سطيف والاكتظاظ الذي يشهده مستشفى الأم والطفل في السنوات الاخيرة مما يجعل الاطباء يتنمرون لأداء مهامهم وعدم وجود أماكن كافية لذلك العدد الكبير الذي يلتحق بالمستشفى يوميا.

5. إن سبب ارتفاع انتشار الأمراض في الجزائر هو عدم الوعي الكامل لأفراد المجتمع المحلي بكيفية الحفاظ على صحتهم الجسمية والنفسية وأيضا تدهور البيئة بسبب التدخين وغلاء الأسعار والسمنة المفرطة بتناول الوجبات السريعة والمؤدية إلى أمراض العصر، وأكثر الأمراض شيوعا هي السمنة المفرطة وتكيس المبايض ومضاعفات الحمل الخطيرة وسوء التغذية عند الأسر الفقيرة وعدم المتابعة المستمرة في حالة الإصابة بأي مرض كان.

6. إن الدواء الجينيس اكتشفته شركة معينة وتم استعماله لشفاء حالات مستعصية ولكن لا يتوفر باستمرار وهو باهض الثمن

7. أكثر العوامل تأثيرا على الصحة العامة وبالترتيب هي:

- انتشار الادمان على التدخين
- استخدام المضافات الكيميائية (المواد الحافظة الاصباغ والنكهات)
- استخدام الاسمدة الكيميائية في رعاية المحاصيل الزراعية
- استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر
- انتشار القمامات بجوار الاحياء السكنية
- ترك القمامات العمومية دون معالجة فورية أو ردم تقني.
- تلوث الماء
- تلوث الهواء
- قلة المساحات الخضراء في وسط المدينة

8. أكثر الأمراض تأثيرا على معدل الخصوبة :

- تكيس المبايض
- التهابات داخلية
- داء السرطان
- داء القلق وخاصة التدخين والمخدرات

9. فيما يتعلق بانتشار الظواهر الأخرى:

- العقم لدى الزوجين دون سبب بيولوجي أو وراثي قد يحدث بسبب القلق المستمر
- تأخر الانجاب لدى العرسان الجدد لسبب مرض إحدى الزوجين أو تعطيلهما بسبب السحر والعين
- ولادة قيصرية لأول مولود وفي حالة أول انجاب ربما ترجع إلى الحمل في سن متأخر مما تحدث مضاعفات الحمل الخطيرة، وهذا يجعل القطاع العام في خوف مستمر من المتابعة القضائية في حال موت الطفل أو الأم.

المقالة رقم (07)... مع الطيبة (07)
تنفيذ المقابلة من طرف الباحثة: كنزة عيشور

المحور الأول: بيانات شخصية

الجنس: أنثى السن: (تحفظت) سنة الخبرة: 20 سنة مصدر التكوين العلمي: الجزائر.

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاقتصادية العامة:

1. لا تعتبر الظروف الاقتصادية سببا في انخفاض معدل الخصوبة في الجزائر إنما هناك ارتفاع كبير في معدل الخصوبة.
2. لا علاقة لخروج المرأة بانخفاض معدل الخصوبة. في البلدان المتقدمة ممكن لخروج المرأة له تأثير على معدل الخصوبة أما في الجزائر لا. يوجد هناك تناقض بين الظروف الاقتصادية وزيادة الخصوبة مقارنة بالمرأة العاملة والمرأة الماكثة في البيت.
3. نعم انخفاض القدرة الشرائية للمواطن وغلاء الأسعار يؤثر على تخفيض النسل كما أن هناك تقدير في الحياة المعيشية.

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاجتماعية العامة:

1. لا تؤثر الظروف الاجتماعية للمجتمع بسطيف على معدل الخصوبة رغم الظروف الصعبة إلا أن الأسر تنجب عدد كبير من الأولاد إلا في بعض الحالات القليلة.
2. رغم صعوبة الامكانيات الاجتماعية إلا أن الخصوبة مرتفعة وهذا راجع إلى نقص الوعي.
3. نعم هناك علاقة قوية بين الوضع الصحية وانخفاض مستويات التنمية المحلية في مدينة سطيف كما أن لها تأثير كبير خاصة في أوساط القطاعات المنتجة.

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة بمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الثقافية التعليمية العامة:

1. لا علاقة للمستوى التعليمي بالسلوك الانجابي لأنه هناك أزواج متعلمين ولا يوجد لديهم وعي بالنسبة للإنجاب والعكس هناك أزواج غير متعلمين ونجدهم يتحكمون في إنجابهم بانتظام.

2. لابد لهذه العادات والتقاليد أن تتغير لأن الأولاد مسؤولية كما لابد لطريقة التفكير أن تتغير أيضا لأن كل عائلة يجب أن تعيش على حساب امكاناتها. كما نجد بعض الرجال لا يعملون إلا أنهم لديهم أطفال كثير.
3. في الأول كان هناك عملية تحسين بطريقة كبيرة لكن لم نجد نتيجة خاصة من الناحية الصحية.

 - لذلك يجب التحسيس من كل النواحي ليس من قبلنا نحن فقط كأطباء مختصين.
 - تشجيع تحديد النسل انتهى منذ التسعينات بإلغاء البرامج التوعوية
 - رغم أن صحة بعض النساء في خطر لكنها تفضل أن تتجب أطفال أكثر حون مراعاة خطورة ذلك على حياتها.

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

1. لا توجد سياسة صحية في الجزائر، لأن الطب في الجزائر أصبح يعاني كباقي القطاعات الأخرى.
2. شروط وظروف ممارسة مهنة الطب في الجزائر:
 - توفير الامكانيات خاصة للجيل الجديد.
 - التكوين الجيد خاصة بالنسبة للخريجين الجدد.
 - كما يجب أن يرد للميدان اعتباره بالكامل.
 - اعتماد القطاع على الكم و الجودة قليلة.
3. نعم هناك فرق بين القطاعين العام والخاص:
 - القطاع الخاص يعمل أكثر من العام.
 - القطاع العام أصبح شبه خالي من الأطباء (الباز مثلاً)
 - في نهاية المشوار الدراسي هناك تربص لمدة ثلاثة أشهر في عوض ما يطبق في القطاع العام نجد الطلبة يلجؤون للقطاع الخاص.
 - العلاقة بين القطاع الخاص والعام: لا توجد علاقة تعاون.
4. يرجع نقص الاطارات المتخصصة إلى:
 - نقص في التسيير والتنظيم داخل الادارة. فكل عام تخرج دفعات لكن لا يوجد توظيف منذ 1992
 - هجرة الاطارات إلى الخارج.
 - عدم اعطاء الأولوية للأطباء الجزائريين وتوظيف الأجانب كبديل.

فلا توجد دورات تدريبية كما لا يوجد من يعلم ويهتم بهذه الفئة من الأطباء. في الماضي تدريبنا نحن كأطباء قدامى، أما الجيل الجديد وجد مشكل في من يكونه ويهتم به.

5. الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي:
 - التوعية من طرف الحكومة والشعب.
 - معرفة كيف تعليم الأطباء الجدد.
6. كلما ارتفع النمو الديمغرافي زاد معدل الأمراض.
 - نقص التربية.
 - مرض النسل ارتفع بشكل كبير.
 - الأمراض الجنسية والتهابات المهبلية.
 - سرطان الثدي والرحم القولون.
7. أنا ضد الدواء الجيني. فمن الجهل أن نعتمد على هذا النوع من العلاج، كما لا يوجد له مبرر أو صلاحية فعالة.
8. أكثر الأمراض انتشارا وأثرا على الخصوبة حاليا نجد:
 - داء السكري: نقص معدل الخصوبة بالنسبة للمرأة أو الدخل.
 - داء الضغط الدموي: يؤثر على صحة المرأة الحامل والجنين.
 - السرطان: العلاج بالأشعة يؤثر توقف الغدد لا توجد خصوبة.
 - الالتهابات الداخلية: ليس بحجم كبير وذلك حسب نوعية الالتهاب وخطورة الموقع المتمركز فيه.
9. 40% من حالات العقم دون سبب، وقد يعود هذا إلى الظروف المعيشية، ويمكن القلق كذلك.
10. وجود عدة اسباب لتأخر الإنجاب لدى العرسان الجدد، ويعتبر مشكل بعد عامين فما فوق أما قبل فهو أمر عادي راجع لأسباب وتوافق بين الزوجين.
 - الولادة القيصرية:
 - قامة المرأة القصيرة يكون بذلك العوض صغير.
 - العمر متأخر سن الزواج.
 - حالات بعد عقم وعلاج طويل.
 - ظروف الغير متوقعة قبل الولادة نجعل من الأطباء اللجوء إلى الولادة القيصرية.
 - وضعية المشيمة.

د. المعالجة السوسولوجية للنتائج الجزئية لبيانات التقنيات الكيفية للدراسة:

ما يمكن أن يقال كتعليق على الكثير من السلوكيات والمواقف وجميع ما يمكن أن تقع عليه عين الباحث المدقق والفاحص؛ إنما يصعب بحق إيجاد اجماع حوله بين جموع الباحثين المتخصصين، على العكس تماما من سهولة تجاوب وتبني أي تصورات بشأنه لدى عموم الناس، إذ أن المعرفة الساذجة أو العامية أو المشتركة، بوصفها تعبيراً وانعكاساً لصورة الحس المشترك والقاسم العام والإرث المعرفي الاجتماعي، تُولد استجابات متشابهة ومتقاربة إزاء ما تحصده الملاحظات البسيطة العشوائية يوميا وتُدخره في الذاكرة الجماعية، وعليه يبقى التحدي الحقيقي لأي باحث سوسولوجي يكمن في كيفية اقناع الباحثين من بني جنسه بما توصلت إليه قناعاته في ظل الكم الهائل من البيانات المترامية والتي نفذ إلى تحليلها وتفسيرها.

ومن هنا نستهل هذا البحث بالإشارة إلى سهولة تناول الموضوع من الناحية **المورفولوجية الخارجية**، حيث تتشارك أحد حواس الإنسان "العين" في اصطياها دونما سبب يذكر، وفي وصف ما يقع تحتها، بل وما يستدعي التعليق عليه في بعض الأحيان ويشكل ردود أفعال غير متوقعة. غير أن الغوص في عمق الموضوع **من الناحية الجوهرية الداخلية**، فهو تناول صعب للغاية، إذ يتطلب إلى جانب رشادة العقل ورجاحته، ونفاذ البصيرة وحكمتها، صبرا بل ومثابرة ومرابطة، في ضوء عدم الثقة في مصداقية ما يتم الاستدلال به من أرقام واحصائيات قد لا تعكس الحقيقة، وتصريحات رسمية قد تكون مضللة، وعليه فإن عملية التحري عن الحقيقة لتحقيق الأهداف النفعية السامية، يعني المجاهدة بأسمى ما تحمله من معاني.

وبالعودة إلى موضوع بحثنا "الخصوبة والصحة العامة في المجتمع المحلي بسطيف" فمن اليسير أن نجد مؤشرات دونما حاجة للبحث عنها تتجلى أمامنا؛ لتوحي به وتجذب انظار واهتمام الناس نحوها بوصفهم زبائن الظاهرة، حيث يكفي أن تقف في بهو مستشفى الأم والطفل لترصد ردود أفعال كثيرة، رمزية وأخرى سلوكية، تعكس مدى القدرة البشرية على توظيف حاسة العين تحديداً، ناهيك عن القدرة العقلية عند الحاجة للاستدلال المنطقي لشرح ما يمكن شرحه أو حتى للتساؤل عمّا تعجز عقول البعض منهم عن فك شفرته.

فليس من الصعب إدراك الوضعية المزرية لحالة الصحة العامة في المحيط الذي نعيش فيه، وليس من الصعب أيضاً إدراك تدخل بعض العوامل وتأثيرها على صحة الأم وعلى ظاهرة الانجاب بل وعلى صحة الوليد أيضاً وأكثر منه جنينا في بطن أمه، وليس صعباً، ربما، رصد الكثير من المؤشرات المحسوسة وتوظيفها لإيجاد تفسير مقنع لمجمل أبعادها، تلك غير المحسوسة وغير الحاضرة في الإدراك الأنّي. ولهذا السبب رافقت تقنية الملاحظة البسيطة رحلة بحثنا هذا منذ بدايته بل وحتى قبل ذلك أي منذ سنوات، حيث

اعتمدنا عليها كثيرا في تكوين معرفة سابقة عن تلك التي جمعناها من بطون الكتب والدراسات، وعشنا واياها تجربة المنظر العملي، على حد تعبير هارولد جارفينكل، لنصل، ليس إلى تكوين وتشكيل صورا ذهنية تتعلق بأحكام مسبقة، بل لتهيئة أرضية معرفية قابلة للتفاوض مع ما سيتم جمعه من مصادر غير ميدانية، وكننتيجة لهذا تم رصد ما هو آت:

ففيما يتعلق بأثر الوضعية الاقتصادية على معدل الخصوبة؛

فمعاينة الواقع منذ سنين طويلة بحكم انتمائنا لهذا المجتمع واعتبارنا جزءا لا يتجزأ منه، تمنحنا شرعية توظيف مخزون معرفي وادراكي في معالجة الموضوع، كما أن الكم الهائل للظواهر التي لها علاقة مباشرة وغير مباشرة بموضوع البحث، تدفعنا إلى الاعتراف بمقدرتنا على التناول الشامل للموضوع من مختلف الأبعاد. وفي ضوء ذلك نأتي لتأكيد مسألة أن الوضعيات المختلفة سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو التعليمية أو الصحية التي اثرنا تناولها وربطها بالأهداف، عملا بمبدأ عزل الأبعاد المراد دراستها، هي في الحقيقة امتداد لوضعيات أخرى تشملها وتحتويها من حيث درجة التوليد والتأثير والتفاعل لاسيما البعد السياسي، التاريخي الثقافي والانثروبولوجي وأيضا الدولي والهيمني الفرنسي الامريكي على وجه الخصوص.

فعلى صعيد ما هو عام دولي سياسي هيمني، أو ما يمكن أن ننعته بالسماة البشرية الممدودة فوق رؤوسنا، والتي تقع تحتها في نقطة ضيقة الظاهرة موضوع بحثنا، فان حقائق مثل الهيمنة الغربية، التي تستهدف سيادة العالم، واحتكار ثرواته وحرية التصرف فيها، من خلال امتلاك القدر الأكبر من الرؤوس النووية، والقدر الأكبر من وسائل الاعلام، والقدر الأكبر من مراكز البحث العلمي، وعبر إدارة الاقتصاد عبر النظام الرأسمالي وإدارة السياسة عبر النظام الديموقراطي، وإدارة المعرفة والتربية عبر فلسفة العلمانية، وإدارة الشعوب عبر عميات التنشئة الاجتماعية التي تتكفل بها وسائل الاتصال والإعلام الحديثة والمتطورة.

إن النجاح في هكذا مهمة "الهيمنة"، لتحقيق هكذا غاية قصوى "السيادة والريادة في العالم" يقتضي الذهاب بعيدا للبحث عن مصادر الابقاء على مكامن الضعف والهشاشة والعمل على تنميته والتسبب في مضاعفاتها.

أنه مما لاشك فيه أن من مميزات الشعوب العربية واسباب قوتها، إلى جانب قوة نسقها الاعتقادي ومثانة منظومتها القيمية وعاداتها وأعرافها المجتمعية، نجد ارتفاع معدلات الخصوبة، والتشجيع على الانجاب مكرسا في جميع مؤسسات التنشئة الاجتماعية الاسرية والمدرسية والمسجدية وغيرها.

وإذا كان الأمر هذا الذي لا ينسجم مع المصالح الغربية، ولا يتفق ورؤاها المستقبلية؛ فإنه مما لا مناص من القول به هو مساعي الغرب إلى تقليص الانجاب تحت مسميات

ودعاوي ومبررات كثيرة، قد تكون في جوهرها واهية، تفتقر الى صدق المحاكمة ورسالة التقدير.

فمن البديهي المسلم به أن التوازن هو أمر مطلوب، لاسيما بين الانتاج والاستهلاك لغرض ضمان حالة الأمن الغذائي والاستقرار السياسي، فإله تعالى يقول في محكم تنزيله: "إيلاف قريش ايلافهم رحلة الشتاء والصيف، فليعبدوا ربّ هذا البيت الذي أطعمهم من جوع وآمنهم من خوف"¹، ومنه نفهم أن التوازن بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي أمر أكثر من محمود، غير أنه ومما يبدو غير منطقي على الاطلاق، هو التشبث باعتناق خيار تقليص النمو الديموغرافي دون خيار التوجه إلى محاولة الزيادة في مجال النمو الاقتصادي، والبحث عن أساليب أخرى لضمان التوازن والاستقرار، فربما قد تنجح بعض المبررات في إقناع أغلب الحكومات السياسية لبلدان العالم التابع، ومنه نقص الموارد الأساسية للحياة، واكتظاظ الأرض مما سيستدعي الحاجة الملحة للدّهاب والانتقال للعيش على كوكب المريخ بعد تجلي بواذر انقراض كوكب الأرض، هذا الى جانب تحسين مستويات العيش والوصول بها إلى الرفاهية المطلوبة لتحقيق سعادة الإنسان المعاصر، وغيرها من الدعاوي.

لكن مهما يكن من أمر فدور فئة الشباب هو أمر مطلوب وفي غاية الأهمية، تتأكد أهميته في كل حين، وإلاّ فيما نفس استيعاب ألمانيا للمهاجرين السوريين وطلب التكفل بهم، أو ليس لغرض تقديم الخدمات التي استعصى على التقنيات التكنولوجية إتقانها؟

إن حالة التغافل عمّا انجر ويّجر، على الدوام، عن الاستهلاك الدائم لحبوب منع الحمل، من المساس مباشرة بصحة المرأة - الأم وكذلك مضاعفاته على صحة الطفل من بعد ذلك، أيضا يمكن أن يدرج في خانة كبريات الاشكالات التي تواجهها منظمات الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني وفئة النساء والطفولة تحديدا، فإذا أضفنا دور مخابر المراقبة الطبية لمعايير الجودة العالمية، وكذلك نوعية الأدوية المستهلكة وشروط انتاجها محليا، كالدواء الجنيس أو المُقلد مثلا، فإن حجم هذه الاشكالات يتضاعف ومسألة تأزمها تزداد يوما من بعد يوم.

إن صمتا كهذا، وطأطأة الرأس أمام استمرار في احتقان المشكلة الصحية لدى المرأة في العالم التابع تحديدا، والذي يعرف بمعدلاته المرتفعة في الانجاب، لا يمكن أن يفسر إلاّ بسياسة غريبة تستهدف القضاء على مكامن القوة لديه، ويمكننا تأكيد ذلك من خلال الاطلاع على أعمال مؤتمر فيلادلفيا الدولي حول ثقافة العنف لسنة 2006.

أما على صعيد الشأن المحلي، فما سبق ذكره كلنا نسمع به، سياسيين او مدنيين، لكن لا نعيه حق الوعي ولا ندرك خطره حق الادراك إلا بعد حين، فالبلد "الجزائر" كله

¹ القرآن الكريم، سورة قريش.

متألم، والوضع بات صعبا للغاية على جميع المستويات، والدولة، بوصفها القائم والحارس على مصلحة الأمة، تضع نصب عينها أولويات الأولويات وفي مقدمتها الاستقرار السياسي، حين تتجه إلى العوامل الظاهرة ذات المفعول العاجل، لتباشر مقاومتها بحل مباشر وعلى القدر ذاته من الشكلية والعجلة، لكنها لا تعبئ ببقية العوامل، تلك الكامنة والهادئة والمتجذرة.

وضمن حلقة هذا الظلام، حيث تغيب الرؤية الواضحة والبصيرة النافذة، وضمن هذا الزخم الهائل من المشكلات العصبية، والتوترات المتفاقمة، تكشف علاقة معدل الخصوبة بالصحة العامة عن مؤشرات وأبعاد خطيرة، والتي في تقديرنا لا تقل خطورة عن جماعات الارهاب، لأنها ببساطة قد تكون الجذوة التي تشتعل منها الفتنة وتصيب مصلحة البلاد والعباد في مقتل بعد حين.

وإذ تعكس ارتفاع نسبة المواليد، فشلا واضحا في تحقيق الأهداف المُسطرة عبر برامج تنظيم النسل وما رافقها من جهود معتبرة طيلة مراحل المخططات التنموية الوطنية كلها، لغرض تخفيض الولادات والتحكم في النمو السكاني، عملا بمبدأ ضرورة التوازن بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي، فإن مخالفة واقع الظاهرة لتلك الأمانى والأمال، ومعاكسة الجهود المبذولة كتغذية رجعية غير مرغوب فيها، قد تعصب الأعين عن مواجهة الحقيقة الكاملة، إذ لا أحد من المؤسسات السياسية ولا حتى من المؤسسات المدنية حاول أو يحاول البحث والتنقيب عن الأسباب وعن الأبعاد.

إن تعارضا صارخا، وهوة شاسعة بين سياسة وطنية تنموية تُغذيها من جهة أولى ايدولوجية مزدوجة (اشتراكية وليبيرالية) وتدعمها فلسفة حياة اجتماعية (غربية) وترافقها سياسات صحية وبرامج غير ناجعة، ووسائل وتجهيزات غير كافية وموارد بشرية غير مؤهلة لاسيما الجيل الجديد، وغلاف مالي غير محتشم احيانا لكن يصير محتشما مع انعدام الشفافية والرقابة على الإنفاق، ومن جهة ثانية منظومة حياة واقعية ممارساتية، تغذيها معتقدات جزائرية راسخة متوارثة ومتناقضة أحيانا؛ تكرست عبر التنشئة الاجتماعية لجهود طويلة، تؤول بحالة التّواجه هذه (المواجهة) بين الحالة الأولى والحالة الثانية إلى انبثاق وضع متأزم، يزداد تأزما بمرور السنين، حيث تضع الأطراف كلها في مأزق يصعب الخروج منه.

إنّ التحكم في معدلات الخصوبة في الجزائر عبر مختلف السياسات التي استهدفتها الجهود المبذولة لغرض نشر المراكز الصحية وتعميمها ودعم الحملات التحسيسية وترويجها، ومجانبة الأدوية الخاصة بمنع الحمل، ناهيك عن عوامل أخرى كخروج المرأة الجزائرية للتعليم والعمل، فكلها لم تنجح تمام النجاح، كما كان متوقعا، في تقليص معدل الخصوبة، والسبب يكمن في صلابة معتقدات الجزائريين وتأصلها في سلوكهم الانجابي، فهناك، من جهة أولى، أحكام الشريعة الاسلامية المحفزة على الإنجاب

والضابطة للسلوك الانجابي، إذ يعد قتل النفس من الموبقات السبع، أي المهلكات، وتحت طائفتها تدرج عملية الإجهاض العمدي وتحديد النسل دون مبرر شرعي، ومن جهة ثانية، ثمة منطوق العرف الاجتماعي وحكمه، إذ أن المرأة الولود الودود هي زينة الأسرة، وحجم إنجاب إنما هو من يمنحها قدرا ومنزلة في الوسط الاجتماعي، والبنون كالمال هم زينة الحياة الدنيا، وهم الركيزة في المستقبل، ما يعني الحماية والأمان والقوة والعزة للأباء وللأجداد.

وفي ظل استمرار سيادة هكذا منطق، وحق له أن يسود طالما كان معبرا عن هوية الذات وخصوصيتها، فإن الاستمرار في مواجهته بطرق وأساليب غير علمية وغير شرعية، قد لا تكون في معظمها ناجعة، ما يمكن أن يجعلها تتسبب في حدوث تشوهات كثيرة وتلحق أضرارا كبيرة بالمجتمع ككل.

وعند العودة الى الواقع الضيق والمحدود الذي يتوجب علينا، كباحثين سوسيوولوجيين التقيد به في ضوء احترام ادبيات البحث العلمي والقيام بعملية العزل، فإننا نركز في معالجة الظاهرة على بعض أهم المؤشرات:

- فأخذ حبوب منع الحمل مثلا، يتولد عنها مشاكل صحية كثيرة لدى أغلب النساء، وبالرجوع إلى المقابلات الحرة التي قمنا بإجرائها مع طبيبات مختصات في طب النساء ومع مريضات السرطان، فإنه ثبت أن عددا من الأمراض كان مرتبطا ارتباطا عضويا بتناول مثل هذه الأدوية والتي تشكل حسب تصريحات عدد كبير من المبحوثات في أغلب الحالات سببا أساسيا واحدا من مصادر القلق النفسي غير المبرر موضوعيا، ومنه ارتفاع نسبة احتمال الإصابة بداء السكري وداء ارتفاع الضغط الدموي، والتي قد تنتهي بالإصابة بداء سرطان الثدي، نتيجة لخلل في الهرمونات واضطراب منظومة أدائها.
- إن التساؤل المحير للأذهان المتخصصين من الأطباء هو أيضا العقم النفسي لدي الجنسين، والذي يزداد انتشارا يوما من بعد يوم (40 بالمائة حسب تصريح الطبيبة فلوسية)، حيث لا سبب صحي أو منطقي يمكن أن نجد بواسطته له تفسير.
- ناهيك عن تلك العمليات القيصرية التي تحدث للكثير من النساء في حالة أول إنجاب، والتي أضحت قاعات العيادات الطبية تعج بمثل هذه الحالات بعد الزواج بسنة، وستان، وثلاث وأربع سنوات، مع متابعة مستمرة ومكلفة لكن دون جدوى.

غير أننا بعد عملية المعاينة ومناقشة مفردات البحث، تمكنا من الوقوف على تدخل عوامل عديدة وتوفر أسباب محددة، يمكن في اعتقادنا أن يكون لها علاقة بإنجاب الظاهرة، كالعقم النفسي والولادات القيصرية للحالات الجديدة، ناهيك عن الإصابة بعدد من الأمراض التي تنطوي ضمن طائفة الأمراض الاجتماعية الحديثة كداء السرطان وداء الضغط الدموي والروماتيزم، فالموضوع يمكن أن يتعلق بنمط

النظام الغذائي ونوعية وجودة المواد الغذائية، وايضا الضغوط النفسية التي نعيشها في مجتمع عالم ثالثي كالجزائر، ناهيك عن انعدام الوعي الصحي، وقلة النشاط الحركي والركون إلى الخمول والراحة، وطغيان الاتجاهات السلبية لدى الافراد مع استمرار نمطية الحياة التقليدية فيما هو جوهري وعلاقاتي، مع تبني بعض الشكليات بفعل تأثير وسائل الاعلام والتعليم وغيرها. ضعف المساندة العاطفية والإحساس بالأمان والاستقرار العائلي. وفي العموم يمكننا أن نأتي على تفصيل كل نقطة على حدى تماشيا وفرضيات الدراسة:

• من الناحية الاقتصادية:

للظروف المادية المتدنية أثرا كبيرا في وضعية الأسرة الجزائرية فيزيقيا (من حيث السكن والتجهيزات)، اجتماعيا (من حيث توتر العلاقات الاجتماعية والانفصال أو التفكك)، نفسيا (من حيث حالة القلق والحيرة والهم والحزن)، أخلاقيا (من حيث إمكانية الانحراف والسرقة والانتحار والهروب من البيت) وتعليميا (من حيث ضعف رعاية الأبناء تربويا ومتابعتهم مدرسيا ودفع مستحقات لوازم الدراسة وأيضا الدروس الخصوصية) وصحيا (من حيث صعوبة وتعذر متابعة العلاج)، حيث أن انخفاض المقدرة الشرائية لأغلب مفردات العينة، يجعلنا في مواجهة حادة أمام مشكلة عويصة تتمثل في نقص أو سوء التغذية. فلا يخفى على أحد منا ما مدى ارتفاع أسعار المواد الغذائية الأساسية والثانوية، حيث كلما ارتفعت قيمتها الغذائية من حيث العناصر الهامة التي يحتاجها الجسم في بنائه وصلابته ومقاومته، كلما ارتفعت بالمقابل أسعار تلك المواد، وعلى سبيل المثال لا الحصر، مقارنة 25 كلف من السميد (1000دج)، بكلف واحد من اللحم الغنمي (1450دج)، وكلف واحد من الفاكهة المكسرة "الجوز" (2300 دج).

وهنا لا مناص أن الوقوف على عجز السواد الأعظم من الناس، ابتداء من الطبقة المحرومة فالفقيرة مرورا بالطبقة المتوسطة، على اقتناء الكثير منها حيث يتساوى الجميع في ذلك، فإذا أضفنا عدد متوسط الأفراد في كل أسرة، والمقدر حاليا بأربعة أطفال إلى ثلاثة مع الوالدين تقريبا، يكون من المنطقي جدا سيادة نمط غذائي جزائري يتميز بالنقص و/أو السوء، والفرق بينهما أن نقص الغذاء يعني عدم اكتمال الوجبات التي يحتاجها الإنسان في اليوم الواحد من حيث الكمية "عدم الشبع اللا إرادي"، أما سوء التغذية؛ فيعني عدم توفر عنصر التوازن في قيمتها الغذائية من عدد ونوع العناصر التي يحتاجها جسم الإنسان للقيام بنشاطه على أكمل صورة.

وبالنزول مرة ثانية لنفقد أكثر الاتجاهات الشرائية في الأسواق الشعبية الجزائرية؛ نجد أن إقبال الناس عادة ما يكون متمركزا على شراء مادة الدقيق والزيت والحليب والسكر والقهوة وبعض الخضر والبقوليات الشائعة كالبطاطا والعدس والجزر على سبيل المثال لا الحصر، ما يعني أن أغلب حجم الطعام يكون متكونا من النشويات والدهون المشبعة وكذلك السكريات بالدرجة الأولى. هذا يتوافق تماما مع ما توصلت إليه دراسة

جزائرية حديثة نحن بصدد تنفيذها حاليا حول العوامل السوسيو- اجتماعية وعلاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان، وهي أيضا دراسة انجزت بمدينة سطيف¹، حيث بينت النتائج أن أغلب طعام مفردات العينة مشكلا من العجائن كمادة أساسية مع استعمال القلي 'البطاطا' والطماطم المُصَبَّرَة بكثرة) إضافة إلى استهلاك المشروبات الغازية بصفة شبه دائمة، علما أن أغلب هؤلاء يتميزون بمستوى اقتصادي منخفض ومستوى تعليمي كذلك منخفض.

• من الناحية الاجتماعية؛

نعلم علم اليقين العلاقة المتلازمة بين الفقر وبين التفكك الأسري، فإن تدخلت عوامل خارجية كالبطالة وأزمة السكن، وانخفاض الراتب الشهري، ومكوث المرأة في البيت دون عمل، وغلاء المعيشة مع كثرة الأولاد وحاجتهم للرعاية، فإن المتوقع في هذه الحالة، إنما هو كثرة الشجار والمشاحنات والاحباطات والاتهامات واللوم وايتار مغادرة البيت وانتفاء الحوار ثم القطيعة وغيرها... مما يمكن أن نصنفه، كسوسيولوجيين، ضمن دائرة المشاكل الاجتماعية التي تعكس حالة من التوتر في بنية الروابط الأسرية داخل الأسرة الواحدة، وتحد بالتالي من مقدار الاحترام والثقة والقدرة المتبادلة بين أعضائها. وتجدر الإشارة إلى أن شبكة العلاقات الاجتماعية والتي يحددها قواعد ضبطها ونمطيتها النسق الثقافي بترسانته من المعتقدات والقيم والعادات والاعراف، لا نواها تتلاءم وخصوصية المرحلة الراهنة، إذ أن الرجل لا يزال يسيطر على المرأة ويهيمن عليها كما ويسيطر على الأبناء ويتحكم فيهم، رغم افتقاره للشروط الموضوعية التي تؤهله للقيام بمثل هذا السلوك، فالأسرة الجزائرية هي أسرة لا تزال تنتم فيها سمة بوضوح شديد الهيمنة الذكورية، حيث تجد المرأة نفسها في غالب التصور مملوكة وتابعة تبعية شبه كاملة للرجل (أب، أخ، زوج وحتى ابن، وتشتد الهيمنة مع الزوج بصورة أكثر). حيث أن انخفاض نسبة التعليم في أوساط النساء الجزائريات وارتفاع نسبة الأمية لديهن، يعزز استمرار هكذا نمط سلوكي في الأسرة الجزائرية الحديثة، مع تسجيل تفاوت بيني بين مختلف المدن الساحلية والوسطى والشرقية والغربية والجنوبية.

وحديثنا على المرأة هنا؛ ليس من باب التعاطف، بل لأن الخصوبة ترتبط بوضعيتها نفسيا، اجتماعيا وسياسيا، فكثيرا من مفردات العينة خاصة الماكثات في البيوت وهن أكثر نسبة، لا يمكنها حتى اختيار الطبيب(ة) المعالج(ة) لاسيما إن كان رجلا حتى وإن كان مجديا من الناحية الطبية، وذلك فقط لأن ثمة شيء اسمه غيرة الرجل من غريمه الرجل. كذلك فإن قرار تنظيم النسل وتحديده يرجع في العموم إلى الرجل، فهو من يدفع زوجته للعلاج أولا، ناهيك عن تكليفها بتناول أدوية منع الحمل ووضع اللولب وغيرها من الوسائل دون أن يكون للرجل واجب القيام بذلك حيث الظروف أيضا متاحة، ما يجعل

¹ نادية سعيد عيوشور: العوامل السوسيو- اجتماعية وعلاقتها بالوضعية الصحية للمصابين بداء السرطان، دراسة ميدانية اجريت بمركز مكافحة السرطان - الباز - سطيف، 2014/2015، قيد الاخراج.

صحة المرأة في النهاية معرضة للخطر، سواء على الصعيد النفسي أو الاجتماعي أو الصحي.

فعلى الصعيد النفسي؛ فإن معاناتها تزداد يوماً من بعد يوم، إذ يجب عليها أن تقوم بأعمال الخدمة المنزلية، وفي العادة في تلك المهام، من تنظيف وطبخ وغسل، تصنف في ذيل الترتيب العالمي للوظائف والمهام، وتخصص لها أدنى الأجور وأقل تقدير مهني، وهذا بدليل رفض الرجل انجاز أي عمل تقوم به المرأة عدا تحضير الأكل في حالات استثنائية، ككنس وتنظيف البيت والمرحاض وغسل ملابس الأولاد وغيرها، هذا وبالإضافة إلى تحمل هون الوضع والانجاب فإن عليها، كذلك، أن تتحمل مشقة تربية الابناء ومراجعة دروسهم ومتابعة ورصد علاقتهم بأصدقائهم ومع أولاد الشلة والجيران، وهذا كله دون مساندة من الرجل إلا التدخل في الحالات الصعبة جداً. وهذا عبء لا يطاق، لاسيما في ظل الأسرة النووية، حيث تزدحم المسؤوليات على المرأة ولا يتوفر لها مُعين موثوق في عملية التربية والتوجيه، على غرار ما كانت تتمتع به سالفها من مساندة في ظل الأسرة التقليدية الكبيرة.

فالمرأة، في نهاية المطاف، لا ترى في نفسها إلا خادمة في النهار لأسرة كاملة وخادمة بالليل لرجل واحد. كما أن انجاب الأبناء في صورتها لا يزيد عن كونه ضماناً لعدم تطليقها أو استبدالها بامرأة أخرى، حيث لم يعد الأهل الملاذ ولا الأجير (أي المُنقذ الذي يجيئها في الوقت العصيب "زمن الشدة والحاجة"). ما يضطرها في نهاية المطاف إلى بيع حُلِيِّها من الذهب لعلاج نفسها، وانجاب الأطفال حفاظاً على عائل اقتصادي (الزوج) ومتكفل اجتماعي (الأبناء) إن هداهم الله بالدرجة الأولى.

وغني عن البيان أن المجتمع، من محيط المرأة أو الرجل أو كلاهما على حد سواء، لا يرحم ولا يعذر من تأخر إنجابها، أو من لم يسعفها الحظ في إنجاب عدد كبير من الأولاد، أو حتى تلك التي لم تنجب إلا أحد الجنسين. فزيادة على القيل والقال، فإن تحريض الزوج وتشجيعه على إعادة الزواج للمرة الثانية صار، كما كان في السابق، أمراً مخيفاً وهاجساً بالنسبة للمرأة، خاصة في ظل انتشار عدد من الظواهر ذات العلاقة، ومنها على سبيل المثال: ظاهرة تراجع الأهل عن التكفل ببناتهم بعد حالة الطلاق أو الترمل، كذلك ما تفرضه ظاهرة العنوسة في أوساط العاملات تحديداً من تهديد، حيث رغبة الرجال في الارتباط بهن لغرض تحسين أوضاعهم المادية أو تجديد العمر، بعد تجربة زوجية طبعتها الروتينية والملل والسلبية وتبدل المشاعر العاطفية كاتجاه عام، هذا دونما نسيان انتشار مظاهر الانحراف الأخلاقي بصفة عامة، وظهور أنماط جديدة من العلاقات بين الجنسين تُشجع لها شبكات التواصل الاجتماعي، وتعززها الأفلام والمسلسلات والأغاني الهابطة وتجعل منها سلوكاً حضارياً وتقديمياً، كما وتغذيها حالة الفوضى في منظومة القيم التي بلغت حداً من التناقضات لا يطاق اختلط فيه الحابل بالنابل والوضيع بالشريف والغني بالفقير.

فإذا أشرنا إلى ظل التحولات السياسية الجديدة، والتي فتحت مصراعيها أمام تمكين المرأة من تحقيق مكاسب قانونية لم تكن تحلم بها مسبقا، مما جعل الرجل الجزائري يعيد النظر في حساباته مع المرأة ويفضل عدم التعجيل بالإنجاب، هروبا من القيود القانونية لاحقا في حالة تعذر الحياة الزوجية المشتركة.

وفي العموم فإن جميع هذه المآسي لها مفعول سلبي على نفسية المرأة، فتدفعها نحو الشعور بالإجهاد والاحباط والاكنتاب والنظرة الدونية والشعور بالقهر الاجتماعي والاحترق النفسي، وتدفعها إلى انتهاج مسلك العنف والعوانية مع الأبناء أو الزوج، وتمهد الطريق لإضعاف الجهاز المناعي لديها مما يعزز فرص الإصابة بكثير من التعقيدات الصحية لديها.

• من الناحية الثقافية التعليمية؛

الأكيد أن الطابع الثقافي يتجلى بوضوح ودونما أية لغة ، لكونه كله لغة قابعة في نمط وجوهر ممارسات الشعوب، فيكفي أن تعيش مع قوم أربعين يوما لتصير فردا منهم، وذلك فلأنك وقفت على جوهر ممارساتهم، فنحن هنا ازاء تفكيك شفرات متغيرات تُحير عقل الباحث وتكبح روح النقد لديه، فالدين هو المصدر الأول والأكبر والأرقى في تشكيل الثقافة بصفة عامة، وهو هالة كبيرة ومنسجمة من الأحكام والتعليمات والمعتقدات التي لا يجب المساس بقديستها، فالعقل العلمي قد يجد نفسه متورطا بين أمرين: قدرته الاستنباطية من الواقع المؤسس على ما هو محسوس وقابل للمعاينة والاختبار، وبين حالته الايمانية وقدرته الاستدلالية من النصوص المتضمنة في الكتب المقدسة، والمؤسسة على النقل لا على العقل.

وبالطبع؛ فإن هذه اشكالية محورية ربما تحتاج إلى بحث خاص، غير أن وجهة الارتباط هنا تكمن في اعتبار الدين "الإسلامي" هو المحك والمرجع الأساس والأول والمطلق، في ثقافة المخيال الاجتماعي للجزائريين، عند مناقشة موضوع المرأة ومنه ما اتصل بها من الخصوبة أو السلوك الانجابي، حيث تلحق به المبررات لبعض الممارسات والأحكام الخاطئة، والتي قد تنعكس سلبا وبالضرر على صحة الأم والطفل. فمن المعلوم أن الإسلام يحرم تحديد النسل، كما يحرم الإجهاض دون سبب طبي وشرعي وفي الوقت ذاته تحفز نصوص السنة الشريفة على كثرة الإنجاب، وتجعل ارتفاع قدر المرأة ومكانتها، إلى جانب التقوى والعمل الصالح، مرتبطة بحجم انجابها، حيث تفضل المرأة الودود الولود، وتلك التي تبادر بإنجاب البنات قبل البنين، وهذا حسب ورود بعض الأحاديث النبوية.

هذا الأمر كثيرا ما قد نجده متوافقا في بعضه مع نصوص الشرع الصريحة والقطعية، وفي بعضه الآخر نجده متعارضا تماما، عند مقارنته بالمصدر الثاني للثقافة في المجتمع الجزائري وهو العرف الاجتماعي، حيث يتم تفضيل إنجاب الذكور على

الإناث، ومنه تفضيل المرأة التي تنجب الذكور على تلك التي تنجب الإناث فقط، كذلك احتجاز مفهوم الصّلاح لدى المرأة في سلوك التبعية والانصياع لولّي الأمر، إلى جانب تفضيل المرأة الماكثة في البيت، وهذا وفق الفهوم الساذجة للكثير من عامة الرجال لظاهر بعض الآيات القرآنية الكريمة، ناهيك عن وجوب الاكتفاء بمستوى تعليمي بسيط، يسمح للنساء بقراءة القرآن الكريم والأذكار الصباحية والمسائية وبعض الكتيبات الدينية، فحسبهن أن يتفقهن في دينهن فيما تعلق بأموهن الخاصة جدا، كالطهارة مثلا، بعيدا عن السياسة والاقتصاد والمجتمع وحتى الصحة.

وضمن السياق الثقافي والعرف الاجتماعي، وبتسوية أحكام الدين الإسلامي، واتخاذ مصدرًا لتبرير شرعية الكثير من الاتجاهات السلوكية؛ منها ما هو منافي لقيم الإنسانية والعدالة الاجتماعية وقبلها منافي لقيم الإسلام نفسه؛ تبرز إلى الوجود ظاهرة التمييز بين الجنسين، تلك التي تصاحبها أحكام قيمة تسمح بمنح امتيازات متعلقة بالسلطة للذكور دون النساء، وتوسيع الفضاء الاجتماعي للمشاركة في الحياة العامة لصالح الذكور، في مقابل محاصرة وتضييق الخناق عليه وحصر نشاطاتها في البيت، ما يعني من جهة ممارسة الرجل الوصاية على المرأة، أما أو اختا أو زوجة أو بنتا، ويعني من جهة ثانية أن المرأة هي في أذهان المجتمع الرجولي لا تزيد عن كونها ملكية خاصة للرجل، له حق التصرف المطلق عليها وفيها، فهي ليست مساوية له، ولن تمثل ثلثه أو حتى ربعه، بل هي مجرد مخلوق، أهل لأن يكون تابعا، وهذا التصور ينسحب على أغلب الرجال مهما اختلفت مستوياتهم التعليمية أو انتماءاتهم الاجتماعية أو حتى اتجاهاتهم الأيديولوجية.

إلى درجة أن مصير المرأة من الناحية الصحية لا يزال موضع قرار الرجل الجزائري، فهو من يتخذ قرار متابعة علاجها، يأخذها إلى من يشاء من الأطباء خاصة من جنس الإناث، حتى وإن لم يُجدين نفعًا، وهو الذي يقرر ويختار وقت مباشرة العلاج، وهو من يحدد لها كيفية التصرف خارج البيت، ونوع اللباس الذي عليها أن ترتديه، والله تعالى يقول: "لا إكراه في الدين"، فالغريب أن أغلبهم، أي الأزواج، لا يلتزمون بتعاليم الدين في الوقت الذي يفرضون على المرأة بعضه، فما الذي يهيم الرجل ما يتعلق بإحساسه بممارسة الوصاية، وإشباع غريزة التملك، وإطفاء مشاعر الغيرة المجانبية للحدود المعقولة.

إذ نجد أن كثير من الأزواج لا يهتمون ما إذا كان نساؤهم يواظبن على فريضة الصّلاة أم لا، وما إذا كان ثمة اختلاط لزوجاتهم بالرجال من الأقارب من غير المحارم (خاصة إخوتهم الذكور) أو لا، وما إذا كنّ يلتزمن بالحجاب الشرعي أمام الإخوة والأقارب أم لا، وما إذا كن يتابعن برامج دينية واجتماعية وتربوية محترمة أم غيرها من المسلسلات والأغاني، فهذا كله غير مهم، حتى أنهم لا يتدخلون بالقدر ذاته في فرض صرامة الالتزام والاحتشام لدى بناتهم وهن في ريعان الشباب على غرار نسائهم.

حيث لاحظنا أن أغلبية مفردات عينة المقابلات الجماعية في قاعات الانتظار في العيادات الخاصة، كما في مستشفى الأم والطفل، يرتدين الجلباب (البرقع + نقاب)، وعند سؤالهن عن موقفهن منه (وبعضهن تحدثن دون أن نسأل)، أجبن بأن أزواجهن فرضنه عليهن كرها، وهن عنه معرضات (أي لسن راضين)، ولا يقصدن الرغبة في التبرج، بل يفضلن ارتداء حجاب ساتر شرعي وعصري من دون زينة.

فنحن قلما نجد النساء يرتدن المساجد، ويصلين صلاة العيدين، والصلوات الخمس، وصلاة التهجّد، إلا صلاة الجمعة والتراويح في السنوات الأخيرة فقط، فإذا قارنا نسبة الرجال إلى نسبة النساء؛ فإننا سنقف على مفارقة كبيرة جداً، كما أن أغلب المرتدات على المساجد هن من فئة متوسطات السن أو القواعد من النساء.

• من الناحية الصحية البيولوجية؛

يمكننا تحليل هذه النقطة بالارتكاز على ثلاثة مؤشرات، كل منه له أبعاده التي يمكن الوقوف عليها ويمكن عم ادراكها كما هو الحالي لدى أغلبية المواطنين ومنه نذكر:

المؤشر الأول: وضعية الصحة العامة في إطار علاقتها بالوضعية الأيكولوجية والطبيعية للمنطقة ككل:

رغم أن ولاية سطيف تنعم بالنظافة، وتحسب من بين الولايات الأولى الحائزة على لقب مدينة نظيفة في الجزائر، غير أن الزيادة السكانية نتيجة للهجرة والزيادة الطبيعية، صاحبه انتشار واسع لرمي الأوساخ والنفايات وقطع الشجيرات وفروع الأشجار، ناهيك عن القمامات الجوارية وما ينبعث عنها من روائح كريهة، كذلك انتشار الأحياء السكنية الفوضوية على حواف المدينة كان له أثره السيء ليس فقط على نظافة المدينة بل وعلى رونقها المورفولوجي الجمالي أيضاً، إضافة إلى انتشار مظاهر التخريب من قبل أبناء السكان، خاصة الوافدين (لكونها ولاية جذابة وشعبها متعايش)، هذا في ظل اندثار واحدة من أفضل الخصال وهي الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، والتربية الجماعية للأبناء ككل. دون أن يغيب عنا تلوث الهواء بفعل عدم معالجة القمامات العمومية بطريقة تقنية وعلمية صحيحة، وتلوث الماء الشروب بفعل عدم نظافة السدود وعدم توفير الحماية والرعاية الكاملة، حتى شاع في الأونة الأخيرة أن سبب ارتفاع حالات الإصابة بالسرطان هو تلوث الماء.

وفي النهاية لا نريد إلا أن ننوه الى خطر الوافدين من بعض البلدان المجاورة خاصة الإفريقية كالماليين مثلا، حيث أن تواجدهم منتشرين ومزروعين على حواف المدينة تسبب في خلق نقاط تلوث، إن صح التعبير، في المنطقة ككل، حيث يتسببون في نشر الأوساخ والفضلات في الطرقات وفي الأحياء السكنية، إضافة إلى أن الظروف الصعبة التي يعيشونها بوصفهم مغتربين ومهاجرين فقراء، لا يمتلكون المال ولا أي شيء يعرض صحتهم للخطر ويعرض سكان المدينة بعدوى الإصابة

بأمراضهم سواء تلك التي جلبوها معهم من بلدانهم، أو تلك التي أصيبوا بها كاسل ونزلات البرد أو الأنفلونزا، نتيجة لتعرضهم للبرد الشديد ليلا، حيث لا مأوى يأويهم، والجوع والعطش وسوء التغذية وغيرها حيث لا مطعم يطعمهم إلا ما جادت وطابت به نفوس ناس سطيف من تبرعات ومساعدات. ناهيك عن ثقافة العنف التي يتميزون بها، وبروز ثقافة التسول أمام ممرات ومفترقات الطرقات وفي وسط المدينة، وكذلك السرقة أحيانا مما يزعج السكان ويسيء إلى السلوك الحضاري للمدينة.

المؤشر الثاني: المنتجات المستهلكة وظروف إنتاجها وطريقة تسويقها:

لم يعد سرا أن نقول أن الصناعات الغذائية، عبر الطرق التي تنتهجها والوسائل التي تستخدمها والأهداف التي ترمي إليها، أضحت من ناحية أولى تخفف العبء والجهد لكثير من المحتاجين من المواطنين الجزائريين، حيث أصبحت الاسر تفضل اقتناء المواد الغذائية الجاهزة والمعلبة والمصبرة على القيام بتصنيعها ذاتيا بطرق تقليدية، كذلك صارت عبوات المشروبات من المواد الأساسية كالحليب والماء والعصائر من المادة البلاستيكية، حيث الإقبال على استهلاكها دون توقف.

كما لم يعد سرا كذلك معرفة أغلب السكان بخطورة مثل هذه المواد الكيماوية وأيضا خطر المواد البلاستيكية والالومنيوم ومع ذلك يتم استهلاكها في ظل غياب البدائل الطبيعية. دون أن نغفل الطابع التجاري السريع للمصنعين تحديدا، إذ لم يعد أحد يفكر في المصلحة العامة والصحة العمومية للناس، حيث نجد في بعض الأحيان انتشار ظاهرة الغش في احترام قواعد النظافة وأيضا اعتماد المعايير العلمية الدولية في الصناعات الغذائية، ناهيك عن تزوير تواريخ مدة الصلاحية والتلاعب بصحة المواطنين تحقيقا للربح السريع.

وبالعودة أيضا إلى الإنتاج الزراعي والثروة الحيوانية؛ فإن استخدام المواد غير الطبيعية كالأسمدة والمضيفات الكيماوية، وأيضا العلف الحيواني غير الطبيعي والمطعم بالهرمونات واعطاء الحيوانات المضادات الحيوية، إضافة إلى ظروف الرعاية غير اللائقة، كله يؤثر على الصحة العمومية ويؤدي إلى هتك فاعلية مناعتها، ناهيك عن التسبب لها في إصابة بأمراض؛ أضحت شائعة اليوم، كالجهاز الهضمي وداء السكري وداء السرطان والالتهابات المزمنة وغيرها ومنها انخفاض الخصوبة اللاإرادية للمرأة.

كما لا يجب غض الطرف عن تلك الأسواق المحاذية لمختلف الطرقات والشوارع، والتي تعرض المواد الغذائية مباشرة للشمس منذ طلوعها حتى غروبها، ولربما دفعت بعض التخفيضات المواطن البسيط لاقتنائها.

كما يمكن القول ان إنتاج الدواء في الجزائر وان كان يحترم معايير الجودة العلمية حسب تصريحات المسؤولين غير ان الاستهلاك لا يأتي بنتيجة مرجوة تماما مثلما هو الحال عند استهلاك دواء رفيع الجودة منشؤه من فرنسا او امريكا او المانيا على سبيل المثال.

إن نقص الأدوية الضرورية بفعل سياسة دعم الدولة للدواء، واستبدال الكثير منه بالدواء الجينيس من شأنه أن يعرض الصحة العمومية للسوء أكثر، فالحكمة ليست في تناول كم كبير من الادوية منخفضة التكلفة، ولكن الحكمة في انتقاء الدواء المناسب مهما كان سعره مرتفعا، وبالطبع هنا فإننا لا نقصد ادوية بعينها كأدوية السرطان التي تفوق القدرة الشرائية للمواطنين حتى من الأغنياء والطبقة الوسطى، ولكن المقصود هو الأدوية العادية لأكثر الأمراض انتشارا في وسط الجزائريين.

المؤشر الثالث: النظام الغذائي وثقافة الاستهلاك:

نسجل عدم توازن النظام الغذائي كنمط في الاستهلاك اليومي لأغلب الجزائريين؛ إذ أنه يرتبط ارتباطا عضويا بالمقدرة الشرائية التي تحددها الاسعار في السوق. ولذلك نجد أن أغلب مكوناته هي بالأساس من العجائن من الحبوب "السميد الابيض" وهي المصدر الرئيس للنشويات، تلك التي تُحفز على زيادة الوزن، وكذلك الشحوم الحيوانية والزيوت النباتية، المستخلصة من دوار الشمس أو الصوجا، وهي مصدر أساسي للدهون المُشبَّعة تلك التي تؤدي إلى رفع معدل الكوليسترول الضار في الدم، ناهيك عن مادة السكر المكرر "الأبيض"، حيث يفتقر النظام الغذائي اليومي للمواطن بمدينة سطيف في العموم إلى الكم الكافي من الخضر ما عدا البطاطا وبعض الخضروات منخفضة السعر (المحتوية على الألياف الذائبة في الماء وغير الذائبة)، والفيتامينات وكذلك الأملاح الأمينية الأساسية المفيدة لإيجاد وسط قلوي للتمثيل الغذائي يدعم المناعة ويمنع من تحول الخلايا والشقوق الحرة إلى حالة غير طبيعية، بدلا من الوسط الحمضي، الذي ييسر حدوث العكس.

هكذا نمط غذائي روتيني، تستلزمه القدرة الشرائية من جهة أولى، وقانون العرض والطلب في الأسواق من جهة ثانية، وغياب الوعي الصحي من جهة ثالثة لا محال أن يؤدي إلى تدهور الصحة العمومية وحدوث الأمراض المصاحبة للسمنة وقلة النشاط والحركة والقلق.

فإذا أضفنا اضطراب الهرمونات الجنسية بسبب حالات القلق والضغط والاحترق النفسي، مع تناول حبوب منع الحمل بالنسبة للنساء، وما يصاحبها من توتر نفسي بسبب تناول الحبوب أو بسبب الضغوط في الحياة الاجتماعية؛ فإن أمر الإصابة بالالتهابات الخاصة بالجهاز الهضمي (قرحة المعدة، القولون العصبي، الصداع النصفي (الشقيقة)) الحساسية الغذائية، الالتهابات المفصلية، وداء السرطان أو داء السكري أو ارتفاع الضغط الدموي قد يصبح واقعا محتوما.

المؤشر الرابع: الثقافة المجتمعية وأثرها على خصوبة المرأة؛

تلتزم الثقافة الجزائرية، على غرار الثقافة العربية، في النظر إلى الجنسين الذكور والإناث، وفي التعامل معهما بوصفهم الأبناء، بجملة من المعايير والمقاييس، كمحددات

لتنميط هو مقبول من السلوك وما هو مرفوض لكل جنس، هذا الأمر الذي يتكسر دوماً ويعاد انتاجه بر آليات التنشئة الاجتماعية عامة والتنشئة الأسرية خاصة. والمعروف في الثقافة الجزائرية انها تقوم على التمييز بين الجنسين بتفضيل الذكور على الإناث ، وفي اطار هذه النظرة القاصرة تهيكّل وتتبلور ملامح الشخصية لدى الرجال، على نحو يشجع النظرة الاستعلائية والفوقية على النساء، ويربط الموضوع بمحاور الدراسة الحالية نجد أن مفهوم الرجولة قد ينحصر في الشهامة والقوة والمرابطة والمروءة، ولكن يتجلى أكثر بما يجعله مرتبطاً بشكل عضوي والبعد البيولوجي، فالرجال يعتزون برجولتهم ويستلهمون مصدر قوتهم من القوة العضلية التي منحها الله لهم، ومن هذا المنطلق يقف الرجل مذهولاً ومحبطاً ان اصيبت قواع الجسدية في مقتل، لاسيما من الناجية الجنسية.

حيث يعتبر العجز أو الضعف الجنسي من الأسباب المباشرة لانخفاض الخصوبة ومع هذا يرفض اغلب الرجال الاعتراف به ومن ثم الامتناع عن المتابعة العلاجية الطبية، بل ويغيرون الطبييات المتابعات لنسائهم من واحدة لأخرى، بحثاً عن حل يسمح بالإنجاب بعيداً عن اتهام الرجل بالقصور. ولهذا تؤكد أغلب المبحوثات من خلال المناقشة الجماعية التي عمدنا إلى إثارة النقاش فيها، بوصفها مقابلة جماعية، في أكثر من قاعة انتظار لعيادات متعددة، ما يلي:

- . أن اصابتهم بالتهابات عنق الرحم وبطانته؛ مصدرها وجود ميكروبات وفيروسات لدى الرجل، وهذا تم اثباته من خلال مراجعة التحاليل الطبية التي تؤكد ذلك.
- . يعاني ازواج بعض مفردات العينة من نقص او سرعة حركة النطاف.
- . يعاني ازواج بعض مفردات العينة من العقم الكلي.

وبخصوص النقطة الاخيرة وفي ضوء ثقافة الرجل التي تحتقر الرجل الضعيف جنسياً فإن أكثر الرجال المصابين بالعقم يلجؤون الى إخفاء الأمر عن زوجاتهم، خوفاً من الفضيحة في الوسط القرابي والجيران، وتجنباً لعبارات الشفقة، وأيضاً خوفاً من طلب المرأة للطلاق.

من هنا يمكن أن نستنتج ان الثقافة الجزائرية المحفزة على كثرة الإنجاب، والتي تجعل منه مفخرة كل أسرة وتمنح من خلاله شرف الوسام للكثة، هي نفسها تلك التي تنظر باحتقار لكلا الجنسين، المعانين من العقم، وتحاصرهم بحالة من الدونية وقلة الشأن، قد تتجلى من خلال بعض العبارات مثل (منحوس(ة)، منقور(ة))..، من هنا فإن مثل هؤلاء، إن لم يتسلحوا بقوة الايمان بقضاء الله وقدره، قد يتعرضون للإحباط ولاختلالات نفسية وسوء توافق اجتماعي.

ذ. النتائج الجزئية العامة للتقنيات الكيفية للدراسة الميدانية:

- التعليق على بيانات المقابلات المقتنة:

الاستجابات العامة								
المحور 4		المحور 3		المحور 2		المحور 1		الطبيب(ة)
ت	لا	ت	لا	ت	لا	ت	لا	
/		/		/		/		(1)
/		/		/		/		(2)
/		/		/		/		(3)
/		/		/		/		(4)
/		/		/		/		(5)
/		/		/		/		(6)
/		/		/		/		(7)

الفرضية الأولى:

ينأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاقتصادية العامة:

أغلب الإجابات كانت ايجابية بشأن تأكيد عدم أثر الوضعية الاقتصادية على معدل الخصوبة إلا في حدود ضيقة جدا، كما تم التصريح لأكثر من واحد على أن معدل الخصوبة لا يزال مرتفعا، مع وجود اعتراف وهو اعرابهم عن دور الظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها البلاد والتي تنعكس سلبيا على القدرة الشرائية للمواطنين، والتي من الممكن أن تدفع العائل الجزائري الرجل خاصة بالتالي، وبصورة غير مباشرة، إلى تفضيل خيار تقليص حجم الإنجاب، تماشيا وحاجات الأولاد ومتطلباتهم الكثيرة والمكلفة، كما تم الاتفاق في العموم على أن خروج المرأة للعمل ساهم بدوره في تقليص معدل الخصوبة، بسبب كثرة الانشغالات وضيق الوقت وانخفاض المقدرة الذاتية وتدني الوضعية الصحية للمرأة العاملة مما تعيقها عن توفير الرعاية الكاملة التي يستحقها وتتطلبها تربية الأبناء، هذا رغم تحسن أوضاع أسرتها المادية نسبيا بسبب التعاون الاقتصادي بين الزوجين. فيما تنفرد إحدى الطبيبات بذهابها الى عكس ما اعتقده بقية الأطباء من كون خروج المرأة ليس سببا في تقليص الانجاب لديها، بل حالة القلق والضغط النفسي والإرهاق الذي تتعرض له في عملها هي من تتسبب مجتمعة في ذلك أي ضعف القدرة على الانجاب بشكل لا إرادي، يخفض، كما أجاب أغلبهم بدور الموروث الثقافي في اعاقه جهود الدولة الرامية الى تقليص معدل الخصوبة، حيث سيادة اعتقاد الناس بعدم وجود علاقة بين الفقر وبين كثرة الانجاب، وهذا مرده اعتقاد المجتمع بأن قتل النفس حرام وأن كل مولود يولد وله رزقه من الله، والدليل هو وجود أسر

جزائرية كثيرة لم يمنعها فقرها ولا حرمانها المدقع من الانجاب المستمر لعدد كبير من الأولاد.

نسجل اتفاق بشأن انتفاء أثر الظروف الاقتصادية العامة على تقليص معدل الخصوبة في المجتمع وهذا راجع إلى قوة قواعد الضبط الشرعية والعرفية كالمعتقدات الدينية والأعراف الاجتماعية؛ المحفزة على السلوك الإيجابي، من خلال الاعتبارات التي تمنحها له، والقيود والحدود الردعية التي تضعها للمخالفين، كما تم الاتفاق على أن خروج المرأة للعمل له أثر في تخفيض معدل الخصوبة سواء كان بصورة إرادية أو غير إرادية. **والنتيجة النهائية: الفرضية الأولى لم تتحقق بنسبة معتبرة.**

الفرضية الثانية:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاجتماعية العامة:

يتفق أغلب المبحوثين على أنه لا أثر بارز وواضح للوضعية الاجتماعية في مجال تقليص حجم الإنجاب، بل على العكس من ذلك، فإن واقع الناس يثبت إقبالهم على الإنجاب ومحببتهم له مهما كانت وضعيتهم الاجتماعية (فقراء، أغنياء)، ومهما بلغت مشاكلهم الأسرية (سعداء، تعساء)، وحتى إن كانوا فقراء، أو دون سكن (حالة الإيجار)، فالإنجاب في نظر المرأة الجزائرية يعد وسيلة للإبقاء على الرابطة الزوجية والمحافظة على الزوج، إذ تتوثق أكثر كلما ازداد انجابها لعدد أكبر من الأولاد، هذا ناهيك عما ارتبط به اجتماعيا وثقافيا من مكانة ومنزلتها في الأسرة، وهذا بدليل ارتفاع معدل الخصوبة في الجزائر على الدوام.

غير أن المحيط الاجتماعي من شأنه أن يؤثر على نفسية المرأة في حالات معينة كحالة العقم مثلا أو التأخر في الإنجاب أو إنجاب أحد الجنسين فحسب، مما قد ينعكس على نفسياتها ويحول في فعالية العلاج.

فيما تم التباين حول علاقة الأثر بين التنمية المحلية ومعدل الخصوبة، حيث نفي بعض مفردات العينة وجود علاقة بينهما بينما تبني البعض موقف يؤكد قوة العلاقة بين التنمية في المجتمع السطايفي وبين مستوى الصحة العامة، إذ أن الإصابة بالأمراض تؤدي إلى تعطل العمل والإنتاج وهذا يضر بالمصالح العمومية، وكذلك فإن تردي مستوى التنمية المحلية يؤدي بصورة غير مباشرة إلى إصابة المواطنين بالأمراض نتيجة للتلوث على سبيل المثال.

وعند مقارنة أثر الظروف الاجتماعية على معدل الخصوبة مع أثر الظروف الاقتصادية يكون لهذه الأخيرة الحظ الأوفر في مجال الأثر في تصور أغلب مفردات العينة لاسيما في الآونة الأخيرة .

بينما تفرد القلة منهم بكون الظروف الاجتماعية والاقتصادية نظرا لقوة الارتباط بينهما تؤثر في معدل الخصوبة وتدفع الوالدين نحو تبني سياسة التنظيم لاسيما في حالة وجود مشاكل أسرية، أو انعدام الدخل.

نسجل شبه إجماع حول أن الظروف الاجتماعية لا تؤدي إلى تقليص معدل الخصوبة بل العكس هو الشائع، حيث أنها تؤثر ايجابا في زيادة معدل الخصوبة في المجتمع بمدينة سطيف. ما يعني أن النتيجة النهائية هي : عدم تحقق الفرضية الثانية.

الفرضية الثالثة:

يتأثر معدل الخصوبة بالمجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الثقافية التعليمية العامة:

اتجهت غالبية مفردات العينة إلى الأخذ بموقف تركية العلاقة بين الوضعية التعليمية والثقافية في المجتمع المحلي بمدينة سطيف وبين معدل الخصوبة فيها بصفة عامة، حيث أن انتشار الوعي من خلال التعليم والتثقيف وكذلك خروج المرأة الجزائرية للعمل يؤدي إلى تخفيض معدل الخصوبة إليها حيث أن ظروف العمل تدفعها إلى تبني خيار تنظيم النسل.

فيما أشار البعض إلى أن انخفاض المستوى التعليمي وانعدام الوعي وكذلك سوء فهم جيد لأحكام الدين الاسلامي، من حيث عدم التفريق بين التنظيم والتحديد يصعب الأمور ويحول دون التزام المرضى بتوجيهات الطبيب، ويحد بالتالي من تخفيض النسل، هذا على غرار ما اذا كانت النساء على قدر من التعليم والثقافة والوعي.

ثمة شبه إجماع فيما يتعلق بأثر الوضعية الثقافية في معدل الخصوبة في المجتمع، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي والثقافي للمرأة على وجه الخصوص كلما انخفض بالمقابل معدل خصوبتها، والنتيجة هي تحقق الفرضية الثالثة بنسبة معتبرة جدا.

الفرضية الرابعة:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

• فيما يتعلق بوضعية المراكز الصحية بسطيف والمقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص:

نسجل شبه اتفاق عام لدى أغلب المبحوثين حول تأكيد حقيقة ضعف السياسة الصحية المعتمدة في الجزائر في العموم وفي مجال الوقاية من انتشار الأمراض، وعدم التوازن في تعميم ونشر القطاعات الصحية في الجزائر، وإن تحسنت فهي تتحسن ببطء شديد، كما اتجه أغلبهم إلى اعتبار أن القطاع الخاص أفضل من القطاع الصحي العام، وأشاروا إلى بعض السلبيات الموجودة في القطاع الصحي العمومي، والتي دفعت بمغادرة معظم الأطباء والتحاقهم بالقطاع الخاص أو الهجرة إلى الخارج ومنها نذكر:

- . قلة الهياكل والتجهيزات الطبية اللازمة
- . عدم التنظيم وسوء التسيير واللامبالاة
- . قلة الاطارات المتخصصة وذات الكفاءة العالية وعدم فتح مناصب أمام أطباء جدد.
- . عدم تقييم المستحقات المالية للأطباء أي الموازنة بين الجهد والراتب الشهري.
- . كثرة الضغوطات بسبب قلة الإطارات وكثرة المرضى.
- . تكرار الأخطاء الطبية.
- . فقدان الثقة في الأطباء.

- فيما يتعلق بأثر الوضعية الصحية على معدل الخصوبة
- فيما يتعلق بأسباب ارتفاع وانتشار الأمراض في المجتمع الجزائري:
- أكثر العوامل أثرا على صحة المواطنين حسب درجة الخطورة:
 - ✓ النظام الغذائي المعتمد دائما (الأكل) غير صحي.
 - ✓ نقص الحركة والنشاط البدني وانعدام ثقافة ممارسة الرياضة.
 - ✓ استخدام الأسمدة الكيميائية والمضافات الكيميائية والمواد الحافظ للمواد الغذائية.
 - ✓ انتشار ظاهرة الادمان على التدخين.
 - ✓ ترك القمامات دون معالجة فورية أو ردم تقني.
 - ✓ ضعف التغطية الصحية للمواطنين.
 - ✓ تدهور الأوضاع المعيشية وانخفاض القدرة الشرائية.
 - ✓ انتشار القمامات العمومية بجوار السكنات والأحياء.
 - ✓ استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر.
 - ✓ ترك المواد الغذائية معرضة للشمس.
 - ✓ تلوث الهواء وخاصة بالقرب من المصانع.
 - ✓ تلوث الماء.
 - ✓ انعدام المساحات الخضراء.
- أكثر الأمراض أثرا على معدل الخصوبة:
 - ✓ تكيس المبايض
 - ✓ الالتهابات الداخلية
 - ✓ داء السكري
 - ✓ داء السرطان
 - ✓ تقارب في الولادات القيصرية.
- العقم النفسي والولادة القيصرية:

- ✓ العقم النفسي؛ لم يتوصل الطب الى غاية الآن إلى حل للمشكلة، وهي مسألة وقت وعلاج وقدرة الهيئة.
- ✓ الولادة القيصرية؛ رغبة المرأة في ذلك تجنباً للشعور بالألم.
- ✓ الولادة القيصرية لأول مولود:
 - . عدم تحمل لألم الولادة.
 - . انقطاع الغلاف الذي يوجد به الجنين نقص الماء الموجود داخله
 - . التموقع غير الطبيعي للمشيمة والخواتم
 - . الوضعية غير الطبيعية للجنين
 - . حوض المرأة الضيق.

نسجل إجماع حول تدهور السياسة الصحية في الجزائر، والتفاوت الكبير من حيث مستوى الخدمات الصحية بين القطاع العمومي والقطاع الخاص، كذلك توصف العلاقة بينهما بأنها علاقة تعاون إلى حد ما، لكن يطغى عليها الطابع المادي في العموم، أن ثمة عددا كبيرا من العوامل الطبيعية والاجتماعية تؤثر على الصحة العمومية وقد ورد ترتيبها بناء على درجة الخطر أعلاه، ومنها ما يؤثر على معدل الخصوبة بصورة مباشرة. والنتيجة النهائية تحقق الفرضية الرابعة بنسبة معتبرة جدا جدا.

ر. النتائج الجزئية النهائية لبيانات التقنيات الكيفية (الملاحظة والمقابلة):

توصلت الدراسة الحالية إلى رصد النتائج العامة الآتية:

■ عدم تحقق الفرضية الأولى بدرجة معتبرة؛

حيث ثبت أن العامل الاقتصادي وان مهما وله بعض الأثر غير أنه لم يؤثر بدرجة واضحة على انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف، وهذا راجع الى قوة النسق الديني الذي يفرض قواعد الضبط على أتباعه من المؤمنين ويمارس دوره بقوة على النسق الاسري، حيث أن الاسلام يفصل تماما بين عدد الأولاد ومسألة الرزق. فالرزق من الله وكل مولود قبل أن يولد يوجد له رزقه، مصداقا لقوله تعالى: (ولا تقتلوا أولادكم حثية إملاق، نحن نرزقكم وإيآهم)، هذا من جهة أولى ومن جهة ثانية فإن اعتبار مسألة تحديد النسل أو تنظيمه لفترات متباعدة تتجاوز السنتين (مدة الرضاع الطبيعية) دونما مبرر شرعي، يجعل أصحابه متورطون بارتكاب كبيرة من الكبائر (والكبيرة هي التي وضع لها الشرع حد في الإسلام، أي عقوبة دنيوية)، فقتل النفس يعد أمرا مشينا ومن الموبقات السبع. هذا الأمر الذي منع ويمنع اقبال الناس على تخفيض نسلهم مهما كانت وضعيتهم الاقتصادية متدهورة وقدرتهم الشرائية منخفضة.

■ عدم تحقق الفرضية الثانية بدرجة معتبرة؛

بالطبع للظروف الاجتماعية الصعبة أثرا على حياة الأسرة الجزائرية من نواحي عديدة لاسيما النفسية، غير أن النتائج أثبتت أنها لا تؤثر إلا في حدود ضيقة جدا على تخفيض معدل الخصوبة بالمجتمع الدراسة، ذلك لأن المخيال الاجتماعي والثقافي في المجتمع الجزائري ينظر إلى السلوك الانجابي - الخصوبة- باحترام كبير، ويرفع قدره ليجعله من دواعي الاعتزاز والمفخرة الاجتماعية، كما يحتفي بالعدد الأكبر من الأولاد لاسيما الذكور منهم؛ زيادة على ذلك فمكانة المرأة في الاسرة الجزائرية على غرار المجتمع العربي ككل، تجعل مكانة المرأة ومنزلتها العلية مرهونة بعدد ومقدار ونوع انجابها، ناهيك عن أن كثرة الانجاب في تصور النساء الجزائريات هو الأساس في الحفاظ على الرابطة الزوجية بل إنه سبب سيطرة النساء على الرجال لاحقا وتحكمهن في زمام الأمور، ولذا تسعى أغليبتهن بعد الزواج، وبعد فترة قصيرة جدا (سنة أشهر)، لبداية متابعة العلاج للتعجيل بالإنجاب خشية وقوع الطلاق وما شابهه رغم أن هذا التأخر في الإنجاب من الناحية طبية يعتبر أمرا عاديا لمدة سنتين على الأقل.

■ تحقق الفرضية الثالثة بدرجة كبيرة جدا؛

أثبتت نتائج الدراسة أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بمجتمع الدراسة، ومزاولتها للعمل خارج المنزل له أثره الكبير جدا في دفعها، عن إرادة وعن غير إرادة، نحو سياسة تنظيم النسل وتخفيضه. إذ من الناحية الارادية فان الضغوطات التي تواجهها النساء العاملات سواء في المنزل من خلال القيام بالالتزامات العائلية الكثيرة تجاه الزوج والأبناء والبيت ككل أو في مكان العمل، لا تسمح لهن بالإنجاب المستمر بطريقة طبيعية، ولهذا يلجأن إلى تبني سياسة تنظيم النسل، أما من الناحية الا ارادية، فإن كثرة الضغوط والتوترات والقلق والاحترق النفسي و... الممارسة عليهن داخل البيت وداخل مكان العمل وفي المجتمع ككل، تتسبب لهن في حدوث اضطرابات نفس- فيزيولوجية وتحول تواليا دون الانجاب بصورة طبيعية "العقم النفسي"، ما يدفعهن لمزاولة العلاج طلبا للإنجاب. كما تقرر حسب النتائج أن وعي المرأة، بفعل مستواها التعليمي على غرار النساء الأميات، يجعلها أكثر إقبالا على سياسة تنظيم النسل، وأيضا، لدى البعض، تبني سياسة تحديد النسل تبعا لخطورة وضعهن الصحي من خلال اتباع توجيهها الاطباء المتابعون لحالتهم.

■ تحقق الفرضية الرابعة بدرجة كبيرة جدا؛

سجلت أعلى معدل من نسبة التحقق، حيث أن النتائج أكدت فعالية أثر الوضعية الصحية العامة في المجتمع المحلي على معدل الخصوبة، حيث أن الرعاية والوقاية الصحية لا يمكن أن تكون ناجعة إلا باعتماد استراتيجية سياسة

صحية وطنية ناجعة، تستهدف تحقيق التنمية الصحية المحلية بما فيها خلق الشروط الصحية المناسبة لتحقيق الرعاية الصحية والوقاية الصحية للمواطنين، وفق مبادئ المساواة والشفافية والعدالة الاجتماعية، لاسيما فيما تعلق بنمط الاستهلاك الغذائي والتكفل الطبي على سبيل المثال لا الحصر، ونشر الثقافة الصحية عبر حملات التوعية والتحسيس من خلال وسائل الاعلام المحلية والوطنية والمدرسية، إلى جانب توفير الاطارات والكفاءات الطبية الجزائرية كما وكيفا، وخلق أجواء ملائمة لانتعاش روح المنافسة الشريفة والانسانية بين القطاعين العمومي والخاص.

لكن افتقار المجتمع الجزائري، كمنسق عام، لتوفير كل أولئك؛ يعني أن النتائج حتما ستكون، على غير ما نرغب، سلبية، حيث تلوث الماء والهواء، وانتشار الأحياء الفوضوية، والقمامات ورمي الأوساخ في الأماكن العامة، والتدخين في كل الفضاءات، وتعرض المنتوجات الغذائية للشمس، وانتشار الباعة المتجولون (الخضارة خاصة) وحتى الحلويات والتوابل وغيرها لاسيما في فترة المناسبات، زيادة على انتشار محلات بيع البييتزا والأكل السريع والمشروبات الغازية، ناهيك عن ضعف الرقابة الممارسة على التجار، وإنتاج الصناعات الغذائية في شروط بيئة لا تحترم معايير الجودة، والغش في تواريخ الصلاحية، ناهيك عن تلك المتعلقة بالمواد الحافظة والكيميائيات في مواد التنظيف، إلى جانب خطر الاشعاعات النووية عبر ادمان الاستخدام للأجهزة الالكترونية كالهواتف والطابلات والانترنت وغيرها، كلها تؤذي شر أذى الصحة العمومية وتؤثر تدريجيا الى تدهور الجهاز المناعي، ومنه امكانية الإصابة بأمراض كداء السكري وداء السرطان وأمراض القلب والالتهابات المختلفة.

فإذا أضفنا تلك الظروف غير الموضوعية، كتدخل النسق غير الرسمي لبنية العلاقات الانسانية في المجتمع، حيث تطغى العاطفة ومراعاة القرابة والجيرة، وغيرها، يكون لها ابلغ الأثر في انتشار وشيوع مثل هذه الثقافة، من خلال توظيف الوساطة والرشوة والعلاقات المصلحية، والمحسوبية، ناهيك عما ورثته سيادة ثقافة الايديولوجية الاشتراكية وترسخها في سلوك الجزائريين مسيرين ومواطنين، من الاتكالية، واللامبالاة، والمساواة المنافية لقيم العدالة الاجتماعية، والملكية الجماعية وضعف الانتماء والولاء المؤسساتي، وانخفاض روح المسؤولية، وانخفاض، تواليا، مستوى المواطنة (ولا نقصد الوطنية)، وما ترتب عنه من الخمول وواد الشفافية من خلال نشر ثقافة التعطيم والتستر على التجاوزات من الرشوة وغيرها.

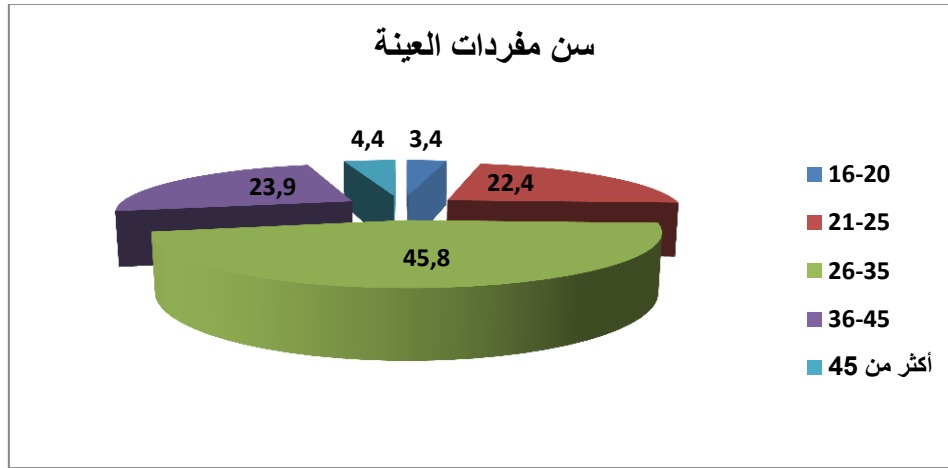
2) المعالجة السوسيو- كمية لبيانات تقنية استثمار الاستبيان

لم يكن من اليسير على أعضاء فريق البحث جلب البيانات الميدانية باعتماد هذه التقنية بالطريقة الشائعة، حيث أثر الباحثين تنفيذ استثمار مقابلة مع كل مبحوث على مدى بصفة شخصية ومباشرة، ضمانا لدرجة صدق المعلومة، وحرصا على استيفاء وتحقيق أهداف البحث، ومنه تم تطبيق 600 استثمار، وحصد 589 منها، وإلغاء 11 منها، وفيما يلي سنعرض إلى عرض مجمل هذه البيانات بعد تحويلها إلى معلومات قابلة للاستنتاج الكمي والكيفي، نردفها بتحليل سوسولوجي جامع لكل محور؛ ثم نختم بمناقشة مأكرة وميكرو - سوسولوجية مع مقارنتها مع المنطق الاستدلالي للتشريع الإسلامي.

أ. عرض وتحليل بيانات تقنية استثمار الاستبيان: (استثمار المقابلة):

المحور الأول - البيانات الشخصية

شكل رقم (1): يمثل سن مفردات عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يبين الشكل الحالي سن مفردات عينة الصدفة، وهو يبدأ من سن السادسة عشرة وينتهي بسن أكثر من خمسة وأربعون سنة، وهذا شيء طبيعي لأن خصوبة المرأة على العموم محصورة بين 15 و49 سنة، أما عن عينتنا، فهي مقسمة إلى خمس فئات، حيث نجد الفئة الأولى من 16 - 20 سنة، وقد مثلت نسبة صغيرة جدا وهي 3.4%، ويرجع السبب في ذلك أن الفتاة في هذه المرحلة تكون منشغلة بالتعليم، أما وجود هذه العينة من المتزوجات فيمكن أن نفسره على أن هناك فئة من الفتيات قد تسربت مدرسيا أو تيّمت وبالتالي تجد الفتاة ليس أمامها سوى الزواج.

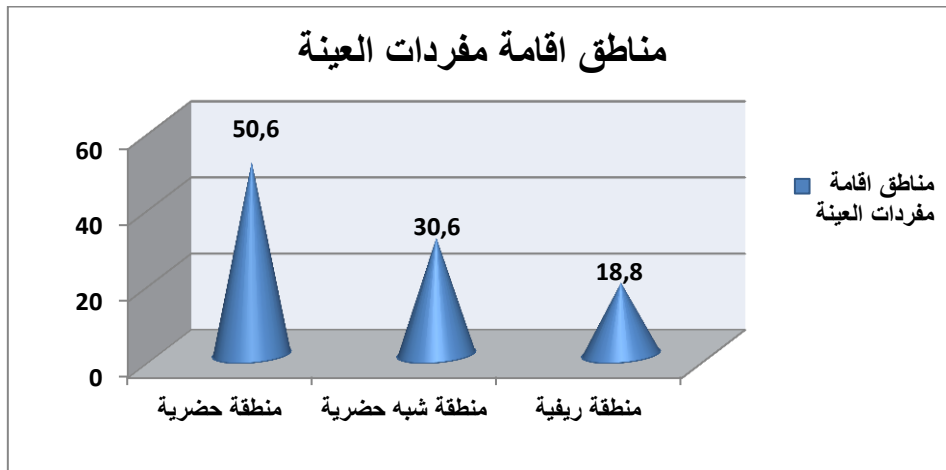
بالنسبة للفئة الثانية والتي سنها ما بين 21-25، فنجدها تمثل نسبة 22.4%، وهو العمر المناسب للزواج حيث أن أغلب هذه الفئة تكون قد أتم دراستها، كما تكون قادرة

نسبياً على تحمل مسؤولية إنشاء أسرة جديدة، أما الفئة الثالثة وهي التي تتراوح بين 26-35 سنة والتي تمثل أعلى نسبة في دراستنا هذه والتي بلغت نسبتها 45.8٪، ونعتبرها الفئة الأكثر نضجا والأقدر على تحمل مسؤولية إنشاء أسرة، كما أنه من المنطقي أن نجد أن أغلبية العينة محصورة عند هذه النسبة لأن المرحلة حرجة في سن المرأة، إذ تبدأ مخاوف المرأة على خصوبتها فمن الضروري أن تكون في هذه المرحلة متزوجة، كي يتسنى لها إنجاب الأطفال.

الفئة الرابعة والمحصورة بين سن 35-45 سنة والتي تمثل نسبة 23.9٪، وهي تقابلها مرحلة الكهولة إذ تراجعت نسبة هذه الفئة بالمقارنة مع الفئة التي سبقتها وهذا شيء منطقي ويتوافق مع هرم الأعمار للمجتمع الجزائري، أما الفئة الخامسة من هذه العينة والتي تمثل نسبة 4.4٪، فهي الفئة التي سنها أكثر من 45 سنة، وهي ربما الفئة التي لم يتسنى لها الزواج مبكراً، وعليه نجدها تحاول إنجاب عدد إضافي من الأولاد، أو اللواتي أنجبن جنس واحد من الأطفال، أو اللواتي يحاولن تعويض ما فقدنه من الولادات الميتة أو الأبناء المتوفين.

النتيجة ومن خلال معطيات الشكل رقم واحد يتضح جلياً أن سن مفردات البحث يتراوح بين 16 وأكثر من 45 سنة بمعنى يمكن أن يصل حتى سن 49 أو 50 سنة، وهو شيء طبيعي ومنطقي، لأن بحثنا يركز على المرأة المتزوجة والمنجبة أو في سن الإنجاب، وهذا ما تؤكدته كل الكتابات الخاصة بالديموغرافية والتي تقر بأن المرأة في فترة الخصوبة، هي المرأة التي يتراوح سنها بين 15-49 سنة.

شكل رقم (2): يوضح مكان إقامة مفردات عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

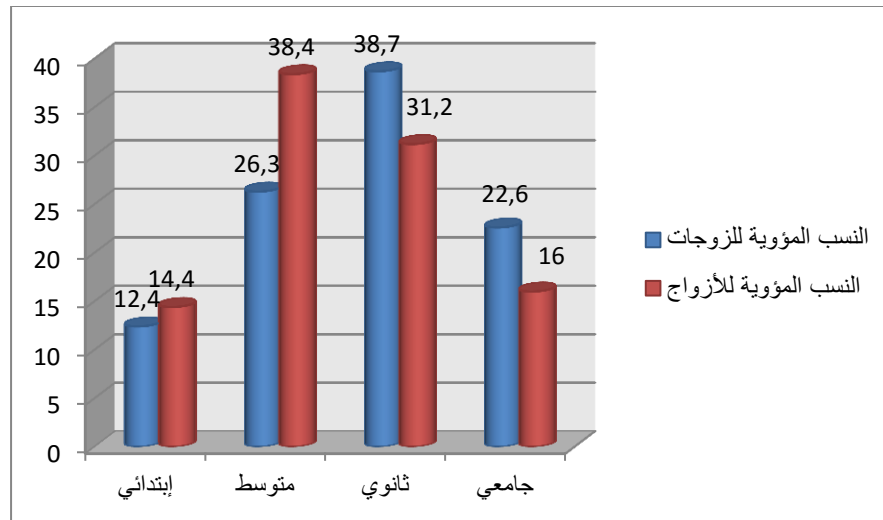
يمثل الشكل أعلاه مناطق توزع مفردات عينة الدراسة، حيث نجد أن أغلب مفردات العينة يعيشن في المناطق الحضرية ويمثلن 50.6٪، والشيء الذي يمكن أن نقوله أن أغلبية الناس يحبذون العيش بالمناطق الحضرية لتوفر هذه الأخيرة على ضروريات

الحياة، مثل التعليم، الصحة، الترفيهية والخدمات المتنوعة، وبما أن دراستنا التي تمت بمستشفى الأم والطفل بالباز (سطيف)، و ببعض العيادات المتخصصة في طب النساء منتشرة بمناطق حضرية، فإننا نجد أن أغلب الوافدات على هذه المؤسسات تقطن بالمناطق الحضرية، فالمرأة دائما تبحث عن الطبيب الكفاء ثم المؤسسة الاستشفائية أو العيادة القريبة من منزلها.

أما بالنسبة للنساء اللواتي يقطن بالمناطق الشبه حضرية والمناطق الريفية، فيمثلن على التوالي 30.6% و 18.8%، وهذا لأنه كلما انتقلنا من المناطق الحضرية إلى المناطق الشبه حضرية وصولا إلى المناطق الريفية، كلما قلت ونقصت الكثافة السكانية.

ومنه نتوصل الدراسة أن مفردات العينة يتوزع على ثلاث مناطق رئيسية، وهي المنطقة الحضرية، الشبه حضرية والمنطقة الريفية، ومن بيانات الشكل رقم 2 نجد أنه كلما انتقلنا من المناطق الحضرية إلى المناطق الريفية مرورا بالمناطق الشبه حضرية، كلما قلت الكثافة السكانية لعينة الدراسة، وهذا ما يتوافق والتوجه العام لتركز السكان وتمركز سكان الجزائر على الخصوص، فكما انتقلنا من المراكز الحضرية كلما قلت الكثافة السكانية، فالناس يتمركزون في المناطق التي تتوفر فيها فرص الحياة، مثل الصحة والتعليم، العمل والترفيه...بالإضافة إلى ما شهده المجتمع الجزائري بعد الاستقلال أي بعد (1962) من نزوح ريفي لأفراد المجتمع وإقامتهم بالمدن، إضافة إلى إنشاء الدولة عدة مدن جديد ساهمت في التوسع العمراني داخل بعض الولايات منها مدينة سيدي عبد الله بالجزائر، على منجلي بقسنطينة والهضاب بسطيف...).

الشكل رقم (3): يوضح المستوى التعليمي لعينة الدراسة ومستوى أزواجهن:



التعليق والتحليل:

يوضح هذا الشكل يوضح المستوى التعليمي لمفردات عينة الدراسة وأزواجهن، حيث نلاحظ ومن خلال الشكل أن نسب التعليم متقاربة نوعا ما بين الإناث والذكور، كما أن الشيء الملفت للانتباه أن نسبة الذكور في التمدن خلال التعليم الابتدائي والمتوسط

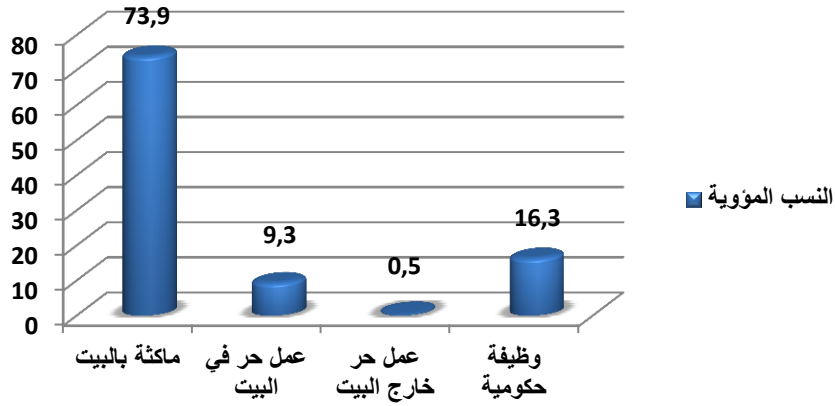
أعلى من نسبة الإناث، بعد ذلك، ينعكس الأمر لتصبح نسب التعليم أعلى بالنسبة للإناث في المرحلة الثانوية والجامعية. نجد أن نسبة مفردات العينة اللواتي مستواهن ابتدائي يمثلن نسبة 12.4٪، ونسبة الأزواج الذين مستواهم ابتدائي كذلك 14.4٪، وهي نسب متقاربة لإجبارية التعليم ومجانيتها في المجتمع الجزائري.

بالنسبة للمرحلة المتوسطة نجد أن مفردات العينة يمثل نسبة 26.3٪، أما الأزواج فيمثلون نسبة 38.4٪، أما عن المرحلة الثانوية فنجد أن مفردات العينة يمثلن نسبة 38.7٪، في حين الأزواج يمثلون نسبة 31.2٪، وخلال هذه المرحلة التعليمية نلاحظ أن المستوى التعليمي للنساء مرتفع بالمقارنة مع نسبة الذكور ويرجع ذلك أن خلال هذه المرحلة يصبح التعليم ليس إجبارياً، كما نجد أن الذكور الأكثر تسرباً، بالإضافة إلى الأوضاع الاقتصادية التي يعيشها المجتمع، فعادة ما يحاول الرجل أن يحس مستواه الاقتصادي من خلال إيجاد عمل في مرحلة مبكرة من حياته. بالنسبة للمستوى الجامعي، فنجد كذلك أن نسبة النساء الجامعيات أعلى من نسبة الرجال، حيث شكلت النسوة نسبة 22.6٪، أما الأزواج فيمثلون نسبة 16٪، وهذا راجع أن الأنثى دائماً تهدف إلى إتمام دراستها الجامعية، كما أنها ليست مسئولة مادية على إعالة أسرتها، الشيء الذي يسمح لها من إنهاء تعليمها الجامعي.

وعليه يمكننا أن نصل إلى نتيجة مؤداها أن المستوى التعليمي لمفردات عينة الدراسة وأزواجهن يتضح أنه في طور الابتدائي والمتوسط أن نسبة الذكور أعلى نوعاً ما من نسبة الإناث، وهذا راجع للسياسة التعليمية التي تنتهجها الدولة وهي إلزامية ومجانية التعليم، إلى أن هذه الوضعية تأخذ منحاً مغايراً عند التعليم الثانوي والتعليم الجامعي حيث نجد أن نسب الإناث في هذا النوع من التعليم أعلى من نسب الذكور، ويرجع السبب في ذلك أن الذكور في هذه المرحلة يبدوون في التسرب من المدارس وذلك لأسباب متعددة ومختلفة من بينها الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعيشها المجتمع الجزائري، حيث يبدأ الشاب في هاتين المرحلتين بالتفكير في كيفية الحصول على العمل قصد تلبية متطلباته ومتطلبات العائلة المستقبلية، وهذا ما أكدته وزيرة التربية نورية بن غبريت عند انعقاد اليوم الدراسي تحت عنوان: "المتسربون: مسارات دراسية ومآلات سوسيو- مهنية" بتاريخ: 2016/07/16 حيث قالت: "إن التخلي عن الدراسة أكبر لدى الذكور منه لدى الإناث"¹.

¹ المصدر: الخبر أولابن.

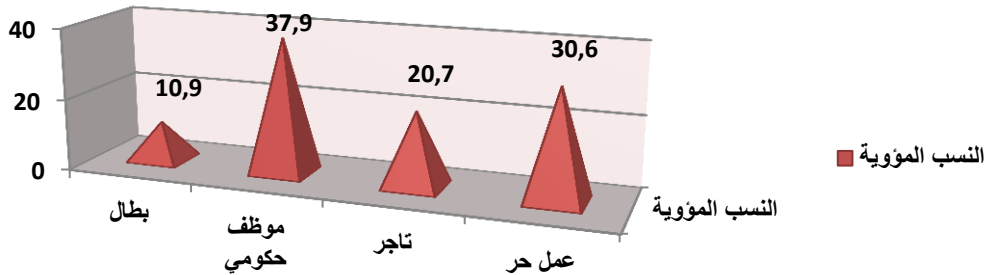
الشكل رقم (4): يبين طبيعة ونوع عمل مفردات عينة الدراسة



التعليق والتحليل:

يبين هذا الشكل طبيعة ونوع العمل الذي تمارسه مفردات عينة الدراسة، إذ نجد أن أغلبية مفردات العينة هن ربّات بيوت ولا يزاولن أي عمل مأجور، حيث يمثلن نسبة 73.9%، وهذا راجع أن مسؤولية الإعالة الاقتصادية للأسرة هي من مسؤولية الرجل بالدرجة الأولى، بعدها نجد نسبة 16.3% يشغلن وظيفة حكومية، وهذا لأن البعض من مفردات العينة لهن مستوى تعليمي لا بأس به (ثانوي أو جامعي) الشيء الذي سمح لهن بشغل وظائف حكومية. أما بالنسبة للواتي يزاولن أعمال حرة داخل المنزل فيمثلن نسبة 9.3%، وهن النسوة اللواتي لا يكفيهن راتب الزوج فيعمدن إلى مساعدته من خلال ممارسة بعض الحرف التي تتم داخل المنزل ثم يبعنها خارجه، أما عن اللواتي يمارسن أعمال حرة خارج المنزل فإن نسبتهن ضئيلة جدا إذ يمثلن نسبة 0.5%، ويرجع السبب في ذلك أن المرأة الجزائرية مكفولة من طرف الرجل، كما أن الولوج المرأة لقطاع المقاوالاتية مازال حديثا، وفي كثير من الأحيان مرفوض من طرف الرجل، وذلك راجع لخصوصية تقسيم الادوار حسب الجنس في المجتمع الجزائري.

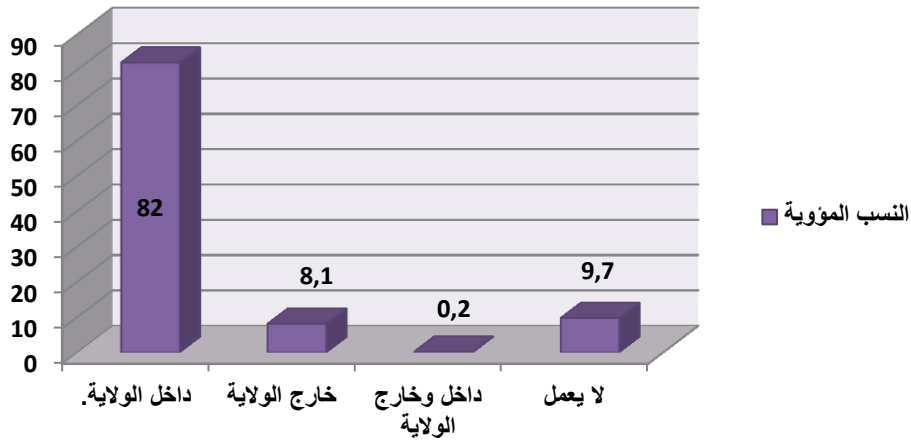
الشكل رقم (5): يبين نوع عمل أزواج مفردات عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يوضح الشكل رقم 5 نوع عمل أزواج مفردات العينة، حيث نجد أن نسبة 37.9%، يشغلون مناصب حكومية، ونسبة 30.6% يزاولون أعمال حرة، بينما 20.7% تجار أما نسبة 10.9%، فهم بطالون. ومنه لو يتم جمع نسب المشتغلين بالأعمال الحرة والتجار والبطالين لوجدتها 62.2%، أي أعلى من عدد المشتغلين بوظائف حكومية ويرجع السبب في ذلك أن المستوى التعليمي للكثير من أزواج مفردات الدراسة دون الثانوي، وعليه لا يمكنهم الظفر بوظيفة حكومية التي تتطلب مستوى تعليمي لا بأس به.

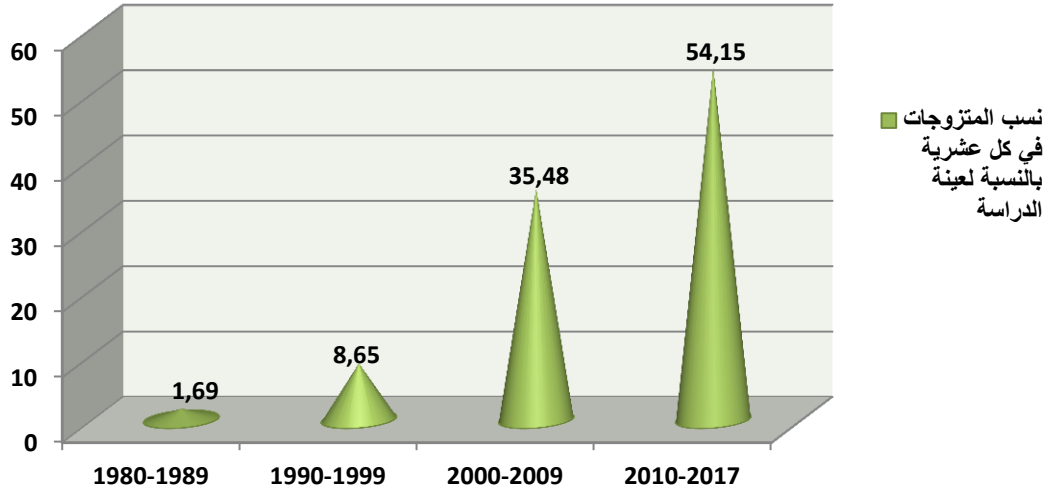
الشكل رقم (6): يوضح مكان عمل أزواج مفردات عينة البحث:



التعليق والتحليل:

يمثل الشكل أعلاه مكان عمل أزواج مفردات العينة، حيث نجد أن أغلب الأزواج يمارسون عملهم داخل الولاية، حيث تمثل نسبته 82%، بينما نجد نسبة 8.1% يمارسون أعمالهم خارج الولاية، ويرجع السبب ربما لصعوبة الحصول على فرصة عمل داخل الولاية، أو لطبيعة العمل الممارس، بينما نجد نسبة 9.7% فهم لا يعملون وهذا ما أكدته بيانات الشكل 5، أما نسبة 0.2%، فهم يعملون داخل وخارج الولاية، بمعنى كلما توفر العمل لهم، يعملون دون النظر لمكان العمل.

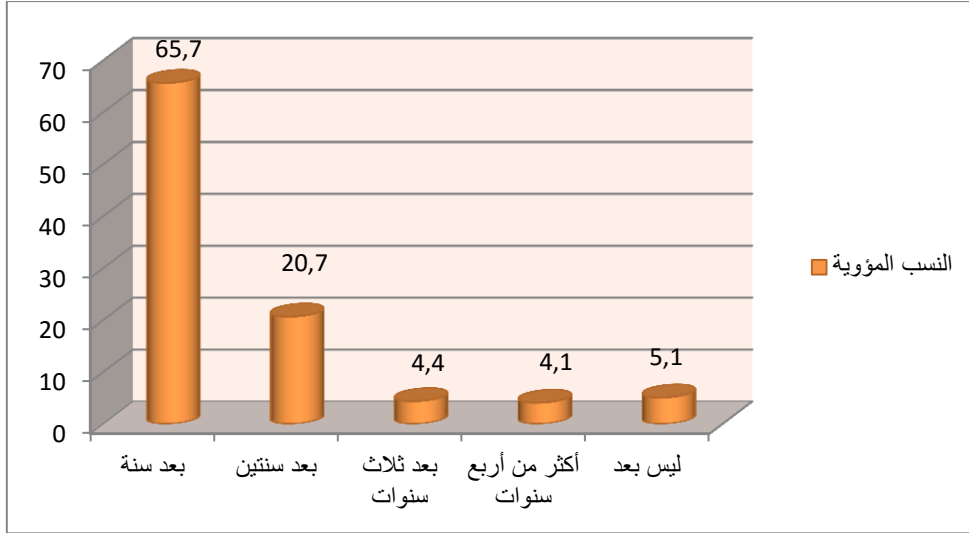
الشكل رقم (7): يوضح تاريخ زواج مفردات العينة وفقا لكل عشرية:



التعليق والتحليل:

يمثل الشكل أعلاه تاريخ زواج مفردات عينة الدراسة وفقا لكل عشرية، حيث نلاحظ ومن خلال الشكل أنه كلما انتقلنا من الزمن الماضي إلى الزمن الحاضر كلما زاد عدد المتزوجات من مفردات عينة الدراسة، وهذا شيء طبيعي ومتوقع، لأنه ووفقا لأعمار عينة الدراسة، فإن اللواتي تزوجن بين 1989-1980، يكن في الوقت الحالي قد انهين خصوبتهن أو لا خصوبة لديهن، وإنما أقبلن على زيارة طبيب النساء من أجل العلاج فقط، وليس من أجل الحمل والإنجاب وعلى هذا الأساس نجدهن يمثلن نسبة 1.69% فقط، تأتي بعد ذلك المتزوجات خلال العشرية 1999-1990، واللواتي يمثلن نسبة 6.65%، تلي هذه النسبة نسبة المتزوجات خلال العشرية 2009-2000 والتي تقدر بـ 35.48%، أما أعلى نسبة فقد كانت من نصيب المتزوجات بين سنتي 2017-2010 وتقدر بـ 54.15%، والشيء الذي يمكن أن نستنتجه هو أن عدد المتزوجات المقبلات على طب النساء يتوافق طردا مع سنهن ومع خصوبتهن، بمعنى من المنطقي أن نجد المترددات على طب النساء هن النسوة اللاتي في سن الإنجاب والخصوبة، وكلما زاد عمر المرأة وتقدمت في السن كلما انخفض عدد النساء المقبلات على طبيب النساء.

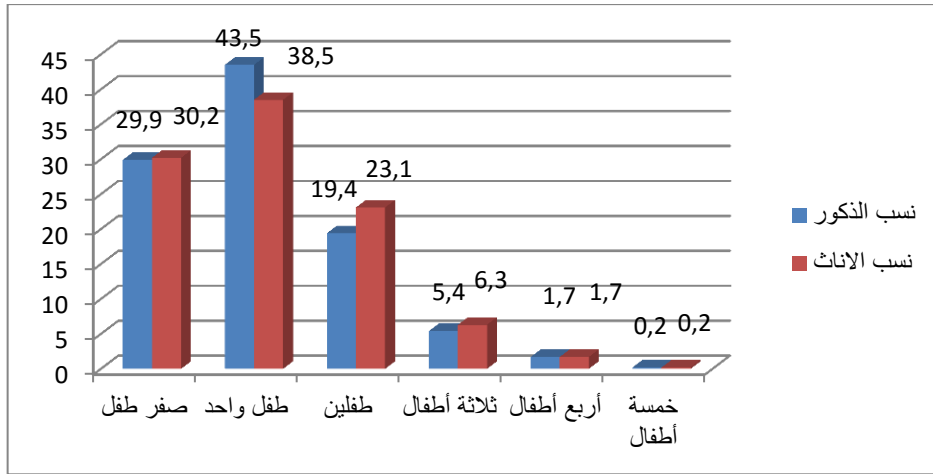
الشكل رقم (8) يبين تاريخ أول إنجاب لمفردات عينة البحث:



التعليق والتحليل:

يبين الشكل تاريخ أول إنجاب لكل مفردة من مفردات الدراسة، حيث نجد أن نسبة 65.7%، قد حملت وأنجبت في أول سنة من زواجها، وهي تمثل نسبة عالية مما يدل على أن المرأة الجزائرية امرأة ولود، كما أنها تسارع لإنجاب الأولاد مباشرة بعد الزواج بقصد توطيد العلاقة الزوجية واستقرارها، ومحاولة منها إنجاب الأحفاد للعائلة الكبيرة، كما نستدل من خلال هذه النسبة على الخصوبة المرتفعة للمرأة الجزائرية، بعدها تأتي نسبة 20.7% من مفردات عينة الدراسة قد أنجبن بعد السنتين، وذلك ربما راجع لظروف المرأة الصحية تمكنت بعدها من معالجتها من خلال تردها على العيادات المتخصصة في طب النساء، بينما اللواتي أنجبن بعد السنة الثالثة والرابعة من الزواج، فإن نسبتهن ضئيلة جدا، إذ تمثل 4.4% و 4.1% على التوالي، بينما نجد نسبة 5.1% لم تنجب بعد، وذلك بسبب أنهن من المتزوجات حديثا أو قد حدثت لهن عملية إجهاض من قبل أو إلى حد الآن لم يرزقن بالخلفة.

الشكل رقم (9): يوضح عدد الإناث والذكور المنجبين لعينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يوضح الشكل أعلاه عدد الإناث والذكور المنجبين لعينة الدراسة، من الملاحظ على الشكل أن النسب بين الإناث والذكور في الأسرة الجزائرية نوعا متقارب، وهذه نعمة من الله أنه قد منح الكثير من العوائل الجزائرية الجنسين معا الإناث والذكور، كما تؤكد صحة هذه الإحصائية النسب المتقاربة بين الذكور والإناث تعدد سكان المجتمع الجزائري، وهرمه السكاني.

كما نلاحظ ومن خلال الشكل أن الأسرة الجزائرية قد تغير سلوكها الإنجابي، وذلك موضح من خلال الشكل أن الأسرة التي بها خمس بنات أو خمس ذكور مثلا لا تمثل سوى 0.2% على حد سواء، وكذلك الأسر التي بها أربع أطفال من البنين أو البنات فهي لا تمثل إلا 1.7% على حد سواء، أما بالنسبة للأسرة التي بها ثلاث أطفال من البنات فقد أخذت نسبة 6.3%، بينما الذكور فيمثلون نسبة 5.4%، أما بالنسبة للأسرة التي تحتوي على طفلين من جنس الإناث فتمثل نسبة 23.1%، أما الأسر التي بها طفلين من جنس الذكور فتمثل 19.4%، أما الأسر التي تحتوي على بنت واحد فتمثل في عينة الدراسة نسبة 38.5%، أما الأسر التي لديها ابن واحد ذكر فتمثل نسبة 43.5%، أما الأسر التي ليس لديها أبناء في عينة الدراسة سواء الإناث أو الذكور فهي تمثل نسبتي 30.2% و29.9%. وهذا شيء طبيعي فقد أجابت العديد من مفردات عينة الدراسة أنهم لم ينجبن بعد.

المحور الثاني - يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة ايجابا بالوضعية الاقتصادية العامة

الجدول رقم (1): يوضح طبيعة السكن لمفردات عينة الدراسة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
ملكية خاصة	265	45	45
سكن مؤجر	61	10.4	55.3
سكن عائلي	236	44.7	100,0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يوضح الجدول أعلاه طبيعة المسكن الذي تعيش فيه مفردات عينة الدراسة، إذ نجد أن نسبة 45% يعيش في مساكنهم الخاصة، أما نسبة 44.7%، فهن يعشن مع العائلة الكبيرة، وهي نسبة قريبة جدا لنسبة الفئة الأولى، فنحن نجد المجتمع الجزائري، وخاصة السطايفي مازال يحافظ على تركيبة العائلة الممتدة، وما زالت الكنة تعيش في كنف العائلة الكبيرة، أما نسبة 10.4% من مفردات عينة الدراسة، فهي تعيش في مساكن مؤجرة، وهذا راجع ربما لضيق مسكن العائلة الكبيرة، أو لبعد مكان عمل الزوج عن مسكن العائلة الكبيرة، أو لتجنب مختلف المشاكل والشجارات التي تحدث في بعض الأحيان بين أفراد الأسرة الصغيرة والعائلة الكبيرة أي بين (الكنة وأحد أفراد العائلة).

الجدول رقم (2): يوضح نوع السكن لمفردات عينة الدراسة:

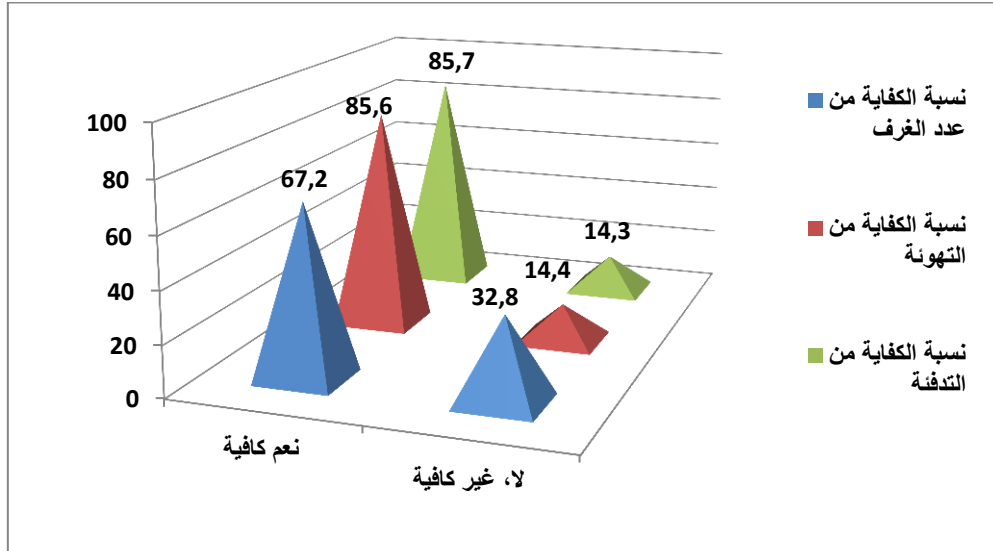
الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
سكن فردي	210	35.7	35.7
سكن جماعي	201	34.1	69.8
شقة	90	15.3	85.1
بيت تقليدي	59	10	95.1
فيلا	29	4.9	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يوضح هذا الجدول نوع المساكن التي تقطن بها مفردات عينة الدراسة، حيث نجد أن نسبة 35.7% يعيشن بمساكن فردية، بالمقابل نجد نسبة 34.1%، يعيشن بمساكن جماعية، أي مع العائلة الكبيرة وهذا ما أكدته معطيات الجدول رقم 1، أما نسبة 15.3%، فهن يعيشن في شقق ويمكن أن نعتبر هذا كذلك بمثابة سكنات فردية، بينما نجد نسبة 10% يعيشن في فيلا، وهي نسبة ضئيلة مقارنة مع النسب السابقة، لأنه ونظر للأوضاع الاقتصادية التي يعيشها المجتمع الجزائري من الصّعب إنشاء سكنات فخمة من طرف الطبقة المتوسطة أو الهشة في المجتمع، وحتى اللواتي

صرحن بأنهن يقطن في فللا فإنه من المرجح ليس ملكا لأزواجهن وإنما هي ملك لأب الزوج أو جده.

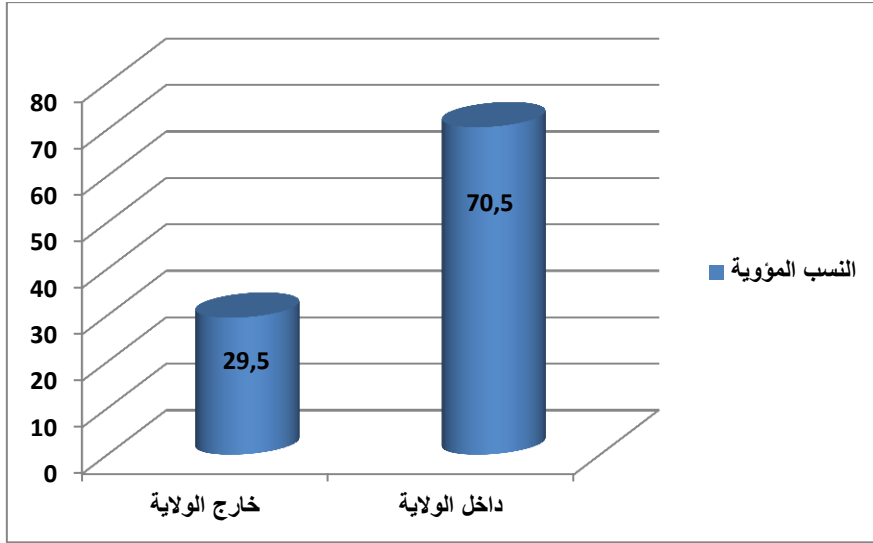
الشكل رقم (10): يبين مدى ملائمة المحيط الفيزيقي للعيش:



التعليق والتحليل:

يوضح هذا الشكل مدى ملائمة المحيط الفيزيقي للعيش أولاً بالنسبة لمفردات عينة الدراسة، وقد حدد هذه الملائمة من خلال مدى كفاية المساحة المخصصة للعيش وكذلك مدى كفاية التهوية والتدفئة، لأن مجموعة الدراسة تعتقد أنها مؤشرات مهمة بإمكانها أن تؤثر على الصحة العامة للمرأة والطفل كذلك، ونلاحظ من خلال الشكل أعلاه أن جل مفردات العينة قد أجبن بأن المحيط ملائم للعيش، سواء من حيث التهوية، إذ أجابت نسبة 67.2% من البحوثات بأن المساحة المخصصة للسكن كافية للعيش، وأن نسبة 85.6% منهن أجبن بأن منازلهن تتوفر على التهوية اللازمة، كما أن نسبة 85.7% من مفردات عينة الدراسة أجبن بأن بيوتهن تتوفر على التدفئة المطلوبة، بالمقابل نجد نسبة 32.8% ترى بأن المساحة التي تعيش فيها (المنزل) غير كافية، وكذلك بالنسبة للتهوية نجد نسبة 14.4% من مفردات عينة الدراسة قد صرحن بأن منازلهن لا تتوفر على التهوية اللازمة، وكذلك نسبة 14.3% أكدن بأن منازلهن لا تتوفر على التدفئة اللازمة.

الشكل رقم (11): يبين مكان عمل أزواج مفردات عينة البحث:



التعليق والتحليل:

يوضح الشكل أعلاه مكان عمل أزواج مفردات عينة البحث، حيث نجد أن أغلبية الأزواج يعملون داخل ولاية سطيف ويمثلون نسبة 70.5٪، الشيء الذي يجعلنا نعتقد أن أسر مفردات العينة تعيش حالة من الاستقرار المكاني والاقتصادي، بالمقابل نجد نسبة 29.5٪ يعملون خارج الولاية وهم الأزواج الذين لم تتوفر لهم فرصة عمل داخل الولاية وعليه قرروا ترك الولاية من أجل البحث عن فرصة عمل أفضل، أو لأن الحرف التي يمتلكونها أو المهارات التي بحوزتهم تمكنهم من العمل خارج الولاية.

الجدول رقم (3): يوضح مدة بقاء أزواج عينة الدراسة للعمل خارج الولاية:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
أسبوع	32	5.4	8.5
شهر	38	6.5	14.9
أكثر من شهر	3	0.5	15.4
لا يغيب	466	79.1	94.6
أقل من أسبوع	32	5.4	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

كما قلنا سابقا فبرغم من أن نسبة 29.5٪ من أزواج مفردات عينة الدراسة يعملون خارج الولاية إلا أننا نجد أن نسبة 10.8٪ فقط تغيب عن المنزل مدة أسبوع أو أقل من ذلك، وأن نسبة 7٪ تتغيب عن المنزل مدة شهر أو تفوق ذلك بقليل، أما نسبة 79.1٪، من أزواج مفردات عينة البحث فهم لا يتغيبون عن المنزل بسبب العمل، وهذا ما تؤكد معطيات الجدول السابق.

الجدول رقم (4): يوضح مدى كفاية الراتب أو لا حسب مفردات عينة الدراسة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
كاف	372	63.2	63.2
غير كاف	211	35.8	99.0
أخرى	6	1	100,0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يبين هذا الجدول مدى كفاية الراتب الشهري بالنسبة لمفردات عينة البحث، أولاً، حيث نجد أن نسبة 63.2% من مفردات عينة الدراسة ترى أن الراتب يكفيها لتشتري به مستلزمات البيت مدة شهر كامل، في حين نجد نسبة 35.8% من مفردات العينة يرون أن الراتب لا يكفي، وهذا راجع لقلته وبالتالي لا يكفي لشراء كل المستلزمات، أو لأن الأسرة كبيرة نوعاً ما، وهناك نسبة 1% فقط عبرت أنه يكفي أثناء أشهر معينة ولا يكفي في أشهر أخرى، خاصة مثلاً في فصل الصيف موسم الأعراس، وفترة الأعياد أو الدخول المدرسي أين يزيد الإنفاق.

الجدول رقم (5): يوضح من يقوم بتولي مصاريف الإنفاق على الأسرة:

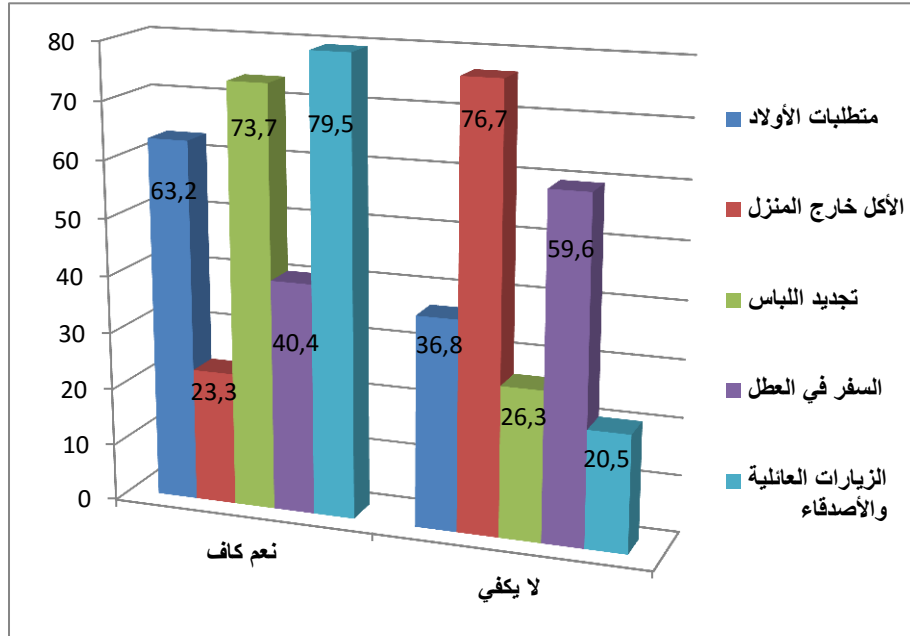
الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
الزوج	478	81.2	81.2
الزوجة	18	3.1	84.2
الاثنين معا	91	15.4	99.7
الأقارب	2	0.3	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يتضح المسؤول الرئيسي عن الإنفاق في الأسرة الجزائرية وبخاصة السطائية، يتضح من خلال معطياته أن نسبة 81.2% من مفردات العينة قد صرحن بأن الزوج هو المسؤول الأول عن الإنفاق على أسرته، وهذا راجع أن أغلب مفردات عينة الدراسة لا تزاوئن أي عمل مأجور، وقد وضحنا ذلك سابقاً وفقاً لمعطيات الشكل 4، أما نسبة 3.1% من مفردات العينة قد صرحت بأنها هي المسؤولة عن الإنفاق داخل الأسرة وذلك بسبب عدم عمل الزوج أو مرضه، أما نسبة 15.4% فقد صرحن بأنهن يتعاونن مع أزواجهن قصد تلبية كل متطلبات البيت، وهذا راجع كونهن عاملات وعليه فإنهن بطبيعة الحال ينفقن على أنفسهن وأولادهن، بينما نجد نسبة قليلة جداً من مفردات العينة والتي تمثل 0.3% قد صرحن بأن من يتولى الإنفاق على أسرهن هم الأقارب،

ويرجع السبب في ذلك أنهن عاطلات عن العمل، وكذلك أزواجهن، وبالتالي ليس لديهن دخل معين وإن وجد أحيانا فإنه غير كاف.

الشكل رقم (12): يوضح مدى كفاية الراتب تلبية بعض احتياجات الأسرة لمفردات عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يوضح الشكل الحالي، مدى كفاية الراتب وتلبيته لبعض احتياجات الأسرة بالنسبة لمفردات عينة الدراسة. ومن بين هذه المتطلبات التي حددتها مجموعة البحث، احتياجات الأولاد بصفة عامة، الأكل خارج المنزل، تجديد اللباس، السفر في العطل والزيارات العائلية وزيارة الأصدقاء، وعليه فقد أجابت عينة الدراسة بأن الراتب يكفي لتلبية متطلبات الأولاد وكان ذلك بنسبة 63.2%، أما اللواتي صرحن بأن الراتب لا يكفي لتلبية متطلبات الأولاد فيمثلن نسبة 36.8%، أما عن الأكل خارج المنزل فإن نسبة 76.7% من مفردات العينة لا تخرج للأكل خارج المنزل وهذا بطبيعة الحال شيء منطقي لأن أغلب مفردات العينة ماكنات بالبيت ولا يعملن، وعليه ليس لديهن دخل إضافي كي يستطعن الأكل خارج المنزل، لأن هذا الأخير يتطلب دخل إضافي، وعليه فإذا أكلن خارج المنزل فهذا يشكل عبء اقتصادي على الأسرة، بالمقابل نجد نسبة 23.3% من مفردات العينة صرحن بأنهن يأكلن خارج المنزل وهذا راجع كونهن عاملات أو أن أزواجهن لديهن دخل لا بأس به.

أما عن تجديد اللباس فإن نسبة 73.7% قد صرحن بأن جزء من دخل الأسرة يصرف في تجديد اللباس حيث يعتبر من الضروريات، فكسوة الأطفال خاصة تتم في مناسبات وأوقات مختلفة منها الأعياد، الدخول المدرسي، أثناء فصل الشتاء وحتى في موسم الأعراس، بالمقابل نجد نسبة 26.3% تصرح بأنه من النادر تجديد اللباس، وأن دخل

الأسرة لا يكفي لذلك، وذلك بسبب قلة الدخل وعدم كفايته أو بسبب بطالة الزوجين أو أحدهما.

بالنسبة للسفر والاستمتاع بأوقات الفراغ والترفيه، فإن نسبة 40.4% فقط من مفردات العينة قد صرحن بأنهن يسافرن في العطل، وخاصة في فصل الصيف، خاصة خارج الولاية قاصدين المدن الساحلية، بالمقابل نجد نسبة 59.6% من مفردات العينة قد صرحن بأنهن لا يسافرن لأن الظروف الاقتصادية لأسرهن لا تسمح بذلك.

بالنسبة للزيارات العائلية وزيارة الأصدقاء، فإن نسبة 79.5% من مفردات العينة قد صرحن بأنهن يقمن بزيارة العائلة، وبصفة أقل زيارة الأصدقاء، وهذا شيء طبيعي بالنسبة للمجتمع الجزائري بصفة عامة والمجتمع السطايفي بصفة خاصة، فهو من المجتمعات المترابطة الأواصر والتواصل بين أفراد الأسر مستمد من الديانة الإسلامية التي تحث على توطيد واستمرارية الروابط والعلاقات العائلية والقربانية وصلة الرحم، والفرد الجزائري يحرص على ذلك دائما وخاصة أثناء المناسبات الدينية والاجتماعية، بالمقابل نجد أن نسبة 20.5% فقط من مفردات العينة قد صرحن بأنهن لا يقمن بزيارة الأهل أو الأصدقاء وربما يرجع السبب لوجود بعض المشاكل الأسرية أو للظرف المادية الصعبة التي تعاني منها بعض الأسر، وبالتالي لا يستطعن التواصل مع كل أفراد العائلة الكبيرة أو الأصدقاء.

الجدول رقم (6): يوضح رأي مفردات العينة حول إمكانية التعاون الاقتصادي بين الزوجين أو عدمه:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
نعم نتعاون اقتصاديا	182	30.9	30.9
لا نتعاون اقتصاديا	427	69.1	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 6 انه توجد نسبة 30.9 % من إجمالي مفردات العينة ممن صرحن برغبة شديدة عن تفاهم الزوجين المستمر والدائم على التعاون الاقتصادي فيما بينهما، وذلك بهدف تلبية كل احتياجات أسرتهما من مأكّل وملبس وأدوية وتسديد مستحقات المنزل وتوفير كل ما تتطلبه المعيشة في ظروف حسنة مع مراعاة المستوى الاقتصادي لأسرتهما دون تمييز، في حين وجدت نسبة 69.1 % ممن صرحن عن عدم إمكانية إعانة الزوج في مصاريف المنزل وذلك يرجع إلى عدم اشتغالهن في الغالب أو أن أزواجهن ليسوا بحاجة إلى إعانة مالية من طرف زوجاتهن أي أن دخل الأزواج كافي وأحيانا بعض الزوجات لا يرغبن في إعانة أزواجهن بسبب اقتناعهن بفكرة أن الرجل هو المسؤول الأول على الإنفاق على أسرته ويتحمل كل مسؤولياته اتجاهها.

الجدول رقم (7): يوضح أثر الظروف الاقتصادية للزوجين على تقليص حجم الإنجاب:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
نعم تؤثر	181	30.7	30.7
لا يؤثر	408	69.3	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 7 أنه توجد نسبة 30.7% من إجمالي مفردات العينة ممن صرحن بأن تدهور الظروف الاقتصادية لأسرهن له تأثير على إقناع الزوجين بإنجاب عدد أقل من الأطفال عبر فترات متباعدة، وذلك للحفاظ على مستوى معيشي متوسط وحتى يستطيع الزوجين توفير كل مستلزمات هذا العدد القليل، في حين وجدت نسبة 69.3% ممن صرحن عن عدم تأثير الظروف الاقتصادية المتدنية على تقليص عدد الأطفال وذلك بدليل أن أغلبية الأسر الجزائرية رغم تدهور ظروفهم الاقتصادية إلا أنهم ينجبون عددا كبيرا من الأطفال وذلك يرجع إلى تمسك بعض الأسر بعادات وتقاليد معينة كالافتخار بإنجاب عدد أكبر وأيضا أن الذكر يحمل اسم العائلة، إضافة إلى أن بعض الزوجات ينجبن بنات على التوالي وهذا ما يجعلهن يفكرن في إنجاب الذكر، وبهذا يزداد عدد الأطفال لتصبح أسر ذات حجم أكبر.

الجدول رقم (8): يوضح طبيعة وظروف العيش في المدينة محل الإقامة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
ظروف معقولة	403	68.4	68.4
ظروف صعبة	182	30.9	99.3
ظروف متوسطة	4	0.7	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 8 أنه توجد نسبة 68.4% من إجمالي مفردات العينة ممن صرحن بأن ظروف العيش في المدينة حسب رأيهن هي ظروف معقولة، وتوجد نسبة 30.9% ممن صرحن عن أنهن يعشن ظروف صعبة بسبب غلاء المعيشة وعدم حصولهم على سكنات أو السكن عند أهل الزوج أو أهل الزوجة وتسديد الثمن الباهظ للكراء وبعدهم عن مقر عملهم وأحيانا دخل الزوج غير كافي لتلبية كل متطلبات أسرته وخاصة في حالة مرض أحد أفراد أسرته بمرض خطير يتطلب متابعة مستمرة وتكاليف الأدوية الباهظة أو إجراء عملية جراحية كما توجد نسبة 0.7% ممن صرحن بأن ظروف عيشهن في المدينة التي يقطن بها هي ظروف متوسطة أي أنهن على قناعة تامة بما قسمه الله لهن إلى أن تفرج عليهن.

المحور الثالث - يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة ايجابا بالوضعية الاجتماعية العامة

الجدول رقم (9): يوضح مدى تدخل أهل مفردات عينة الدراسة في قرار الإنجاب:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
لا يتدخلون	447	75.9	75.9
الزوج هو الذي يقرر	117	19.9	95.8
العائلة	25	4.2	100.0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (9) أنه توجد نسبة 75.9 % من إجمالي مفردات العينة ممن صرحن بأن الأهل لا يتدخلون في قرار الإنجاب، وذلك لأنه قرار الزوجين وحدهما، وتوجد نسبة 19.9 % من صرحن بأن القرار يرجع إلى الزوج وحده وذلك بسبب تسلط بعض الأزواج وفرض رأيهم على زوجاتهم دون أخذ رأيهن في ذلك وحتى لو كان على حساب تدهور صحتهم، في حين توجد نسبة 4.2 % من صرحن بأن عائلاتهن يتدخلن في قرار الإنجاب لديهن وخاصة للأسر التي تقطن بالريف، أو سيادة فكرة أن إنجاب عدد كبير من الأطفال سيمسك بالرجل ولا يدعه يذهب إلى امرأة أخرى وهي فكرة خاطئة.

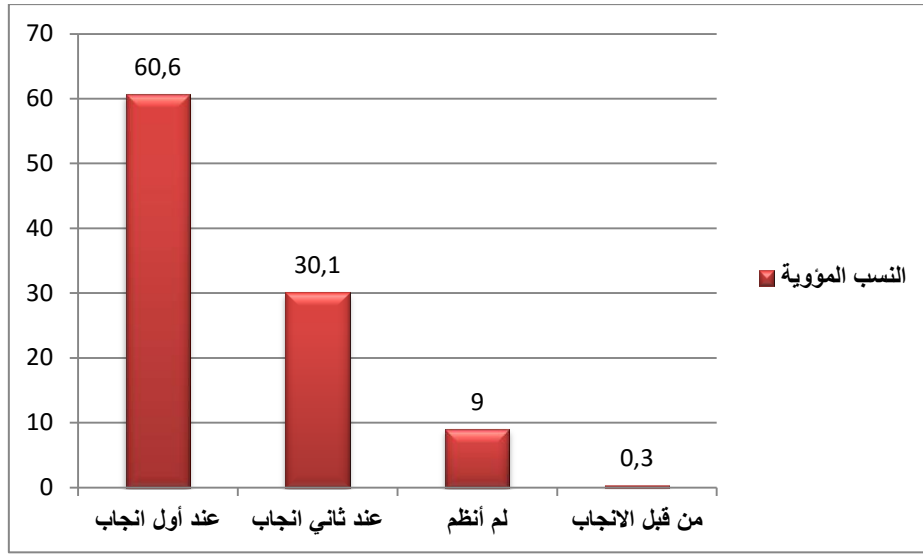
الجدول رقم (10): يوضح موقف مفردات العينة من عملية تنظيم النسل:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
القبول	472	80.1	80.1
الرفض	117	19.9	100.0
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم 10 أنه توجد نسبة 80.1 % من إجمالي مفردات العينة من صرحن بالقبول لعملية تنظيم النسل وذلك بعد احتكاكهن ببعض النساء اللاتي قد أصبن بأمراض عديدة ومضاعفات حمل خطيرة نتيجة الإنجاب المتكرر كل سنة، وارتفاع الوعي الصحي لديهن بإنجاب عدد أقل عبر فترات متباعدة حفاظا على صحة الأم والطفل، وتوجد نسبة 19.9 % من أجبن بالرفض لفكرة تنظيم النسل وذلك لاعتقادهن أنه حرام وسوف يقضي على الإنجاب مستقبلا وأن إنجاب عدد أكبر من الأطفال هو افتخار وسلاح للمرأة للتمسك بزوجها.

الشكل رقم (13): يوضح بداية ممارسة تنظيم النسل بحسب مفردات عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل رقم 11 أنه توجد نسبة 60.6% من إجمالي مفردات العينة من صرحن عن بداية تطبيقهن لفكرة تنظيم النسل عند أول إنجاب، وذلك بعد التفاهم بين الزوجين حتى تتحسن ظروفهم المعيشية وخاصة في حالة الكراء أو السكن مع الأهل في غرفة واحدة، أو تسديد ديون الشقة التي هي في طور الإنجاز، أو أن الولادة الأولى تمت بالعملية القيصرية الصعبة، وتوجد نسبة 30.1% من صرحن بأنهن بدأن تطبيق فكرة تنظيم النسل عند إنجاب الطفل الثاني وذلك بعد إنجاب ذكر وأنثى وهو عدد كافي للزوجين، أو أن الحالة الصحية للمرأة لا تسمح لها بالإنجاب مرة أخرى، كما نجد نسبة 9% قد صرحن بأنهن لم يقمن أبدا بعملية التنظيم وهذا راجع كونهن متزوجات حديثا أي سنة أو سنتين فقط أو ليس لديهن أولاد بعد أولديهن ولد واحد فقط، كما نجد نسبة 0.3% وهي نسبة ضئيلة جدا قد صرحن بأنها قد بدأت في عملية تنظيم النسل حتى قبل أن ترزق بأولاد، ونلاحظ هنا أن هذه الفئة أنها من النساء المنشغلات جدا بعملهن أو من اللواتي أردن أن يستمتعن بحياتهن الزوجية أولا.

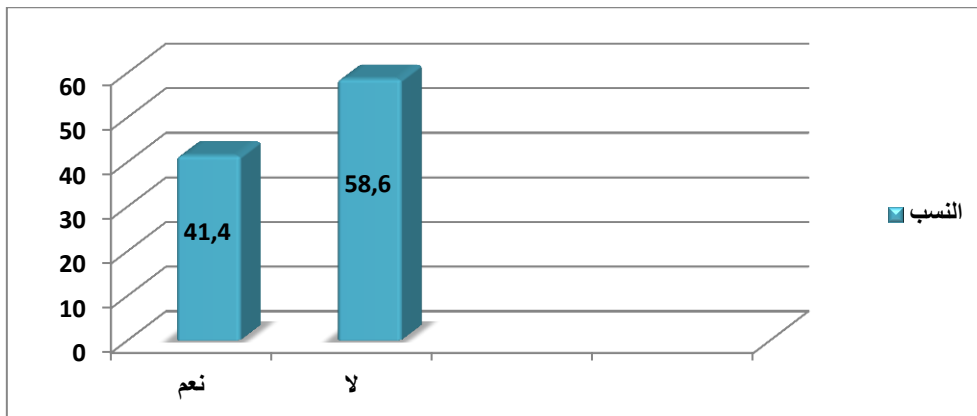
الجدول رقم (11): يوضح مدة انتظام الإنجاب بين ولادتين لدى عينة الدراسة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
سنتين	150	25.5	25.5
ثلاث سنوات	216	36.7	62.1
أربع سنوات	131	22.2	84.4
خمس سنوات	83	14.1	98.5
غير منتظمة	9	1.5	100.0
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

يوضح الجدول رقم(11) أنه توجد نسبة 25.5% من إجمالي مفردات العينة من صرحن بأن المدة الفاصلة بين كل ولادتين هي سنتين وذلك لإتباعهن طريقة الرضاعة الطبيعية أو طريقة الحساب، وتوجد نسبة 36.7% من صرحن بأن مدة المباشرة كانت 3 سنوات وذلك حتى يكبر الطفل الأول أو عدم توفر الوقت الكافي لرعاية طفلين خاصة في حالة عمل الزوجة، أو أن الولادة الأولى تمت بالعملية القيصرية، وتوجد نسبة 22.2% من صرحن أن المدة الفاصلة بين الولادتين كانت 4 سنوات وذلك حتى يتحسن وضعهما الاقتصادي وحصولهما على سكن خاص، وتوجد نسبة 14.1% من صرحن بأن مدة المباشرة بين الولادتين كانت 5 سنوات وذلك بسبب أن الإنجاب لن يتم إلا بعد المتابعة الطبية للزوجة "ضنايتها عزيزة" حسب رأي بعض النساء، وتوجد نسبة 1.5% من صرحن عن عدم المباشرة بين الولادتين أي أن معظمهن ولادتهن كانت متتالية وهذا سوف يؤثر على صحتهن مستقبلا ناهيك عن الضغط النفسي وتدهور ظروف المعيشة وعدم تلبية كل متطلبات العدد الكبير من الأطفال في بعض الأسر.

الشكل رقم (14): يوضح فيما إذا كانت المرأة تتبع الطريقة الطبيعية في تنظيم نسلها:

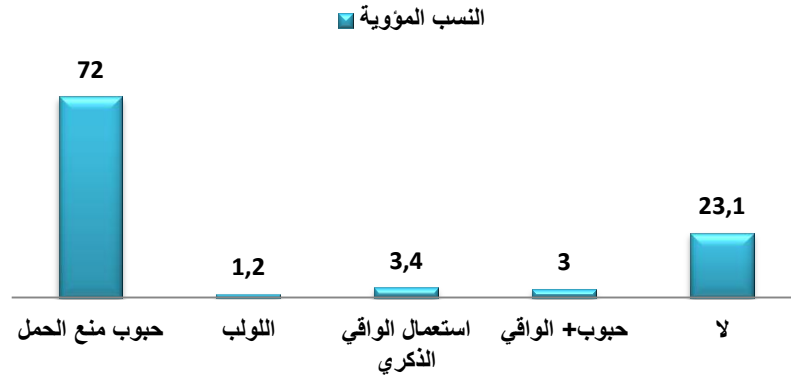


التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل رقم (13) أنه توجد نسبة 41.4% من إجمالي مفردات العينة من صرحن عن تطبيقهن للطريقة الطبيعية وذلك لأن الزوجين على تفاهم

ودراية تامة بتطبيقها "طريقة الحساب" وهي ناجحة حسب رأيهم إلا في حالات خاصة في حال مرض الزوجة وتناولها لبعض الأدوية التي تتسبب في حملها، وتوجد نسبة 58.6% من صرحن عن عدم تطبيقهن للطريقة الطبيعية بسبب رفض الزوج لذلك أو التخوف من الحمل مرة أخرى.

الشكل رقم (15): يوضح فيما إذا كانت المرأة تتبع الطريقة الطبية في تنظيم نسلها



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل رقم (14) أنه توجد نسبة 72.0% من إجمالي مفردات عينة من صرحن عن استخدامهن لحبوب منع الحمل وذلك لأنها سهلة الاستخدام ونتائجها مضمونة، في حين وجدت نسبة 1.2% من يستعملن اللؤلؤ وذلك لأن استخدامه له آثار سلبية كالنزيف الذي يصيب الزوجة جراء استخدامه، وتوجد نسبة 20% من يستخدم أزواجهن الواقي الذكري وذلك حتى لا يتم الانجاب إلى أن تتحسن ظروفهما الاقتصادية والاجتماعية، وتوجد نسبة 2% من يستخدمن الحبوب + الواقي أحياناً وذلك بعد تفاهم الزوجين حسب ظروف خاصة بينهما، وتوجد نسبة 23.1% من صرحن عن عدم اتباعهن للطريقة الطبية وذلك للتخوف من آثارها المستقبلية على صحة المرأة.

الجدول رقم (12): يوضح مدة التباعد بين الولادات لدى مفردات عينة الدراسة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
ثابتة	302	51.3	51.3
غير ثابتة	287	48.7	100.0
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (12) أنه توجد نسبة 51.3% من إجمالي مفردات العينة من صرحن بأن مدة التباعد بين ولاداتهن ثابتة، وذلك هو أنسب لهن لأنهن مقتنعات بإيجاب عدد معين من الأطفال بعد تفاهم الزوجين من البداية أو تحت ضغط من أهل الزوج أو للافتخار خاصة بالنسبة للزوجين من أصول ريفية، وتوجد نسبة 48.7% من صرحن بأنها غير ثابتة وذلك حسب مشيئة الله أو نتيجة استخدامهن لوسائل منع الحمل أو بسبب ظروف خاصة كمرض الزوجة، أو مشاكل مع أهل الزوج أحياناً.

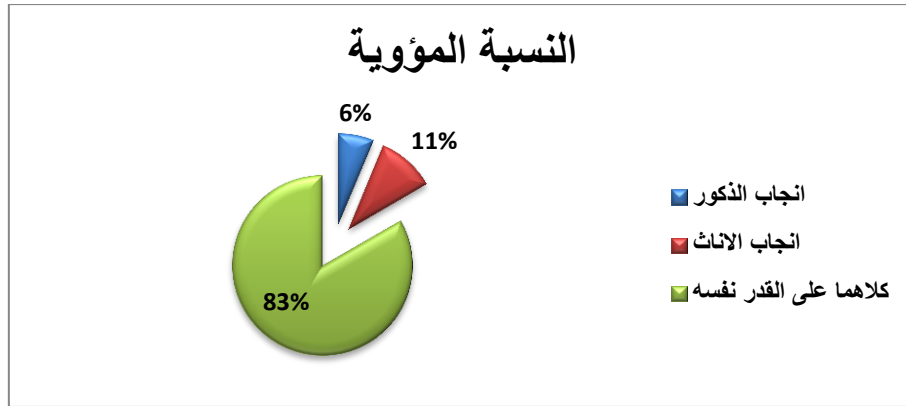
الجدول رقم (13): يوضح أسباب ودواعي الانجاب لدى مفردات العينة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
تسلية وانس	166	28.2	28.2
الحفاظ على استقرار الرابطة الزوجية	131	22.2	50.4
الرعاية عند الكبر وتقدم السن	112	19.0	69.4
عبء اقتصادي	3	5	69.9
افتخار اجتماعي	12	2.0	72.0
جميعاً	82	13.9	85.9
سنة الحياة	2	3	86.2
تسلية+ الحفاظ على الاستقرار	81	13.8	100.0
المجموع	589	100.0	

التعليق والتحليل:

من خلال معطيات الجدول رقم (13) يتبين لنا أنه توجد نسبة 28.2% من إجمالي مفردات العينة من صرحن بأن إنجابهن للأطفال من أجل التسلية والأنس، ونسبة 22.2% من أجل الحفاظ على الرابطة الزوجية، ونسبة 19.0% من أجل الرعاية عند الكبر وتقدم السن، في حين وجدت نسبة 0.5% من يعتبرن إنجاب الأطفال هو عبء اقتصادي إضافي للأسرة، وتوجد نسبة 2.0% من صرحن أن إنجاب الأطفال هو افتخار اجتماعي أمام أهل الزوج، ونسبة 13.8% من أجبن بجميع الاختيارات السابقة، وتوجد نسبة 3 بالمئة من أجبن بأن إنجاب الأطفال هي سنة الحياة، وتوجد نسبة 13.8% من كانت رغبتهن في الانجاب من أجل التسلية والحفاظ على الاستقرار الأسري.

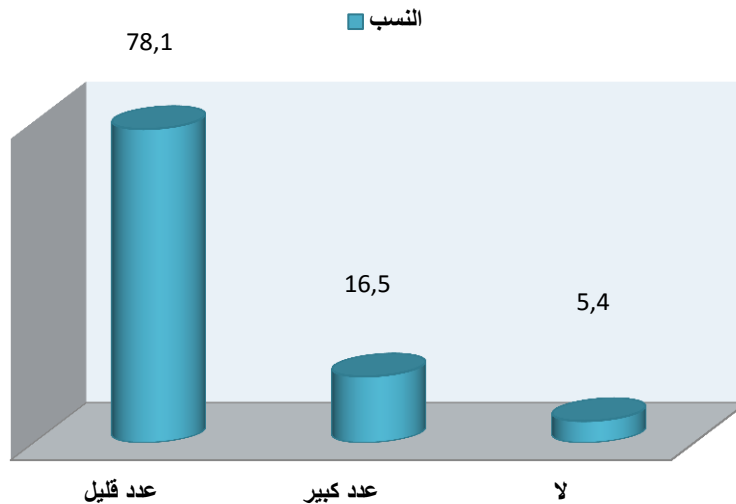
الشكل رقم (16): يوضح أسس تفضيل جنس المولود لدى عينة الدراسة:



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات هذا الشكل أن أكبر نسبة قدرت بـ 83 بالمائة مثلت النظرة المتساوية والمتكافئة للجنسين من الأبناء، وهذا مؤشر عن التغير القيمي في المجتمع الجزائري المعاصر لاسيما لدى الجيل الجديد، باعتبار أن أغلب مفردات العينة هن في مرحلة الشباب، كما توجد نسبة 6.3% من إجمالي مفردات العينة من يفضلن إنجاب الذكور وخاصة في الأسر التي تفضل الذكر لحمل اسم العائلة وأن الذكر هو فخر للزوج، وتوجد نسبة 10.4% من يفضلن إنجاب الإناث وخاصة الام لسيادة فكرة ان الفتاة تساعد أمها عند الكبر وأن إنجاب الإناث أفضل من إنجاب الذكور لأنهن بركة في الاسرة وتربية البنات أسهل من الذكور والمنزل التي به بنات فيه رزق وبركة.

الشكل رقم (17): يوضح الرغبة في إنجاب عدد معين من الأولاد:

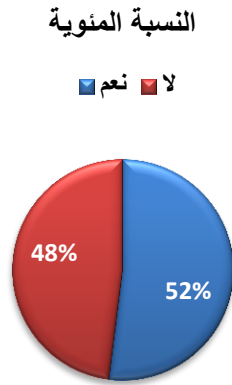


التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل رقم (17) أنه توجد نسبة 78.1% من إجمالي مفردات العينة من ليهن رغبة شديدة في انجاب عدد قليل من الاطفال وذلك يرجع إلى ارتفاع مستوى تعليمهن وعدم توفر الوقت الكافي لرعاية طفلين أو ثلاثة، أو أيضا بسبب

تدهور الظروف الاقتصادية أو الاجتماعية للأسرة مما يحتم على الزوجين إنجاب عدد أقل، أو بسبب تدهور الظروف الصحية للزوجة، في حين توجد نسبة 16.5% من لديهن رغبة في إنجاب عدد كبير من الأطفال وهذا في حالة توفر ظروف اقتصادية واجتماعية وصحية جيدة للزوجين وتوفير الوقت الكافي لرعاية ذلك العدد الأكبر وخاصة بالنسبة للمرأة الماكثة بالمنزل ووجود من يساعدها في التربية، أما نسبة 5.4% أجبن بلا أي ليست لديهن الرغبة الكافية لانجاب المزيد من الأطفال وذلك أنهن قد أنجبن عدد كافي من قبل أو ربما ظروفهن الصحية المتدهورة لا تسمح لهن بالإنجاب مرة أخرى.

الشكل رقم (18): يوضح رأي عينة الدراسة حول أثر عمل الزوجة خارج المنزل على سياسة الإنجاب في الأسرة:



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل اعلاه أنه توجد نسبة 52.0% من إجمالي مفردات العينة من صرحن بأن خروجهن للعمل له تأثير على سلوكهن الانجابي مما يحتم عليهن إنجاب عدد قليل من الأطفال عبر فترات متباعدة بسبب عدم توفر الوقت الكافي لرعاية الاطفال وخاصة للعاملات بالإدارة وايضا لمساعدة الزوج في مصاريف المنزل وتلبية احتياجات الأطفال وتسديد ديون الشقة الذي ستمنح لهما، في حين توجد 48.0% من صرحن بان خروجهن للعمل لا يؤثر على سلوكهن الإنجابي وهذا بالنسبة لبعض الأستاذات واللواتي يعملن نصف يوم كمستشارات التوجيه أي لديهن الوقت الكافي لرعاية أطفالهن وأيضا توفر من يساعدهن في التربية من أهل الزوج أو الزوجة مع توفر روضات للأطفال تتكفل بذلك مقابل أجر.

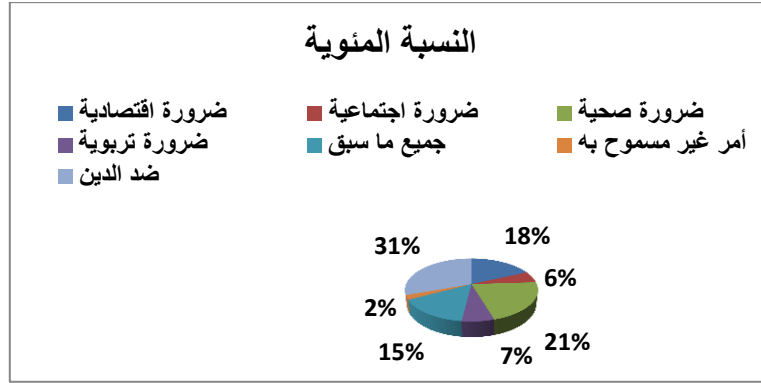
الجدول رقم (14): يوضح العدد المفضل من الأبناء لدى عينة الدراسة:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
0	3	0.5	0,5
1	9	1.5	2.0
2	84	14.3	16.3
3	181	30.7	47.0
4	214	36.3	83.4
5	67	11.4	94.7
6	19	3.2	98.0
7	8	1.4	99.3
8	1	0.2	99.5
10	1	0.2	99.7
12	1	0.2	99,8
14	1	0.2	100
المجموع	589	100.0	

التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (14) أنه توجد نسبة 36.3% و 30.7% على التوالي من إجمالي مفردات العينة من كان لديهم العدد المفضل من الأبناء بين 4 إلى 3 أطفال وهو عدد كافي لديهم، وتوجد نسبة 14.3% من كان عددهن المفضل هو 2 أي انه عدد كافي بسبب غلاء المعيشة وحفاظا على صحة الأم، وبنسبة 11.4% من كان العدد المفضل لديهم هو 5 أطفال، في حين توجد نسبة 3.2% و 2% و 1.5% على التوالي ممن كان العدد المفضل لديهم هو من 6 إلى 14 طفل هو عدد كبير جدا سوف يؤثر سلبا على تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة وخاصة تأثيره على تدهور صحة الزوجة.

الشكل رقم (19): يوضح نظرة عينة الدراسة إلى تحديد النسل:



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل رقم (19) أنه توجد نسبة 30.6% من إجمالي مفردات العينة من كانت نظرتهم لتحديد النسل ضد الدين، وتوجد نسبة 21.4% يعتبرن تحديد النسل لضرورة صحية في حال إصابة الأم بمرض لا يسمح لها بالإنجاب، وبنسبة 18.2% لضرورة اقتصادية بسبب تدهور الظروف الاقتصادية للأسرة وتسديد الثمن الباهظ للكراء، وبنسبة 6.6 و 5.8% على التوالي لضرورة تربية واجتماعية، في حين توجد نسبة 2.2% من يعتبرن تحديد النسل غير مسموح به خاصة في البلدان المسلمة لأنه قتل للنفس البشرية ومحرم وضد مبادئ الشريعة الإسلامية.

الجدول رقم (15): يوضح مدى أهمية ومنافع كثرة الإنجاب لدى عينة الدراسة:

النسبة التراكمية	%	التكرارات	الاحتمالات
29.5	29.5	174	نعم
100.0	70.5	415	لا
	100	589	المجموع

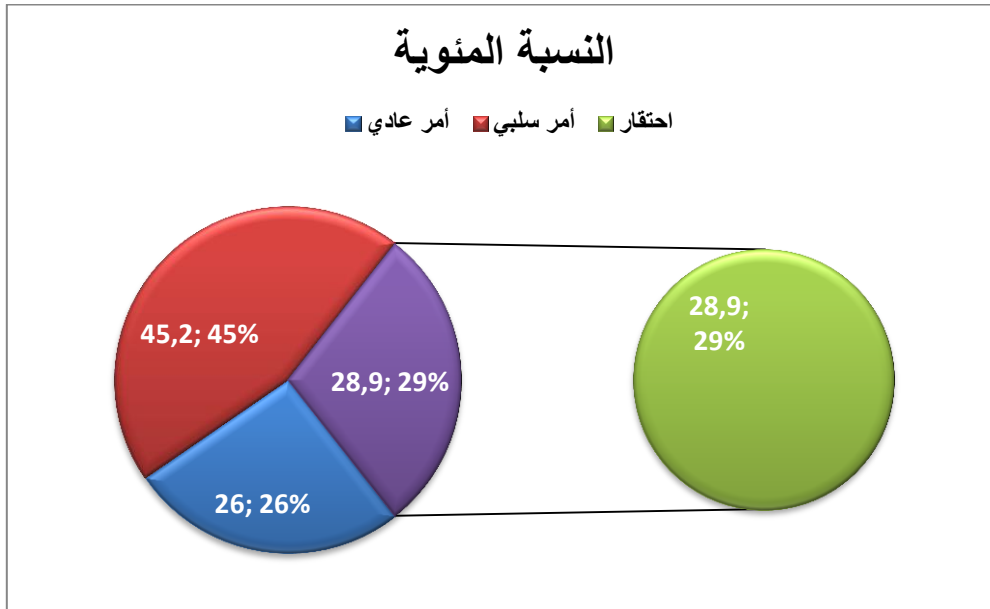
التعليق والتحليل:

يتبين من خلال هذه المعطيات أنه توجد نسبة 70.5% من إجمالي مفردات العينة من يوضحن عدم أهمية ومنافع كثرة إنجاب الأطفال، من حيث مجمل الأدوار التي يقوم بها جيل الأبناء في هذا الوقت، والتي لا تنحصر إلا في خدمة الأغراض الفردية وتصب في المصلحة الشخصية على الصعيد الفردي، وحتى أن الكثير منهم من يبقى عالمة على الآباء إلى غاية موتهم نتيجة للاتكالية والبطالة، والاتجاهات السلبية وانخفاض روح المسؤولية، على غرار البقية؛ حيث يجعلن منه مسألة افتخار الأسر وتباهي الأمم بكثرة عدد أطفالها خاصة في مختلف الأوساط، إضافة إلى منافعها المادية والمعنوية ومساعدة آبائهم مستقبلاً من حيث توفير يد عاملة إضافية للأسرة، وإعالة الآباء والأجداد ورعايتهم عند الكبر.... إلخ، أما نسبة 29.5% لديهن رأي مخالف حيث يعتبرن كثرة الأطفال يشكل عبء اقتصادي للأسرة لاسيما في ظل الظروف المادية المتدنية، كما قد يؤثر سلباً، بالنسبة للبعض، على مواصلة المرأة تعليمها وعملها خارج المنزل وتدهور صحتها في الغالب.

المحور الرابع - يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية التعليمية الثقافية العامة

الجدول رقم (16): يوضح رأي مفردات عينة الدراسة حول نظرة المجتمع للزوجين غير القادرين على الإنجاب:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
أمر عادي	153	26.0	26.0
أمر سلبي	266	45.2	71.1
احتقار	170	28.9	100.0
المجموع	586	100.0	



التعليق والتحليل:

يتبين من خلال معطيات الشكل الحالي؛ إنه توجد نسبة 45.2 % من إجمالي مفردات العينة صرحت بأن نظرة المجتمع للزوجين غير القادرين على الإنجاب هو أمر سلبي وخاصة في مختلف الأوساط، وتوجد نسبة 28.9% من صرحت بأن نظرة المجتمع هي نظرة احتقار للزوجين غير القادرين على الإنجاب، وتوجد نسبة 26.0% من صرحت بأن نظرة المجتمع هي نظرة عادية للزوجين غير القادرين على الإنجاب وذلك حسب مشيئة الله.

وإذا حاولنا التمعن في هذه المعطيات يمكن أن نرى أن أعلى نسبة تكاد تقترب من المتوسط؛ تعكس تمسك المجتمع بتصوراته وتمثلاته للشخص العقيم، امرأة كانت أو رجل، مع العلم أن قهر المرأة وإذلالها يعلو من حيث مستواه قهر الرجل وإذلاله. في

الوقت الذي تكون المرأة قد تعودت على هذا القهر واعتبرته جزءا من الحقيقة لكونها تعتقد بأنها أدنى من الرجل من حيث الدرجة والمنزلة، ما قد يجعلها تتقبل الأمر وترضى به، خوفا من طلاق زوجها لها، إذ أنه وصمة عار أقبح، وفرصة لتناول عرضها بالسوء واتهامها بفساد أخلاقها، أن خرجت أو عملت أو...، على غرار الرجل، الذي لا يكاد يفرق بين مفهوم الرجولة ومفهوم الانجاب كتعبير على المقدرة والصحة الجنسية، وهذا من منطلق التنشئة الاجتماعية، التي تؤسس لها دلالات سوسيو- ثقافية للجنسين منذ الطفولة، وتنتقل عبر ممارسات الأجيال، وقد أشار إليها عدي الهواري في كتابه تحولات الأسرة الجزائرية المعاصرة، وكذلك بيير بورديو في دراسته الميدانية عن بلاد القبائل الكبرى اثناء تواجده بالجزائر، حول الهيمنة الذكورية.

وكنتيجة منطقية وحتمية؛ فقد تقبل المرأة بوجود ضرة، وحتى أنها تشارك، على غير رغبة، في مراسيم زواج زوجها بامرأة أخرى، بينما الرجل؛ إذا ثبتت إصابته بالعمم فهي تعني له إصابته في مقتل، حيث رجولته تصير مهددة، ويضطر معها إلى إخفاء الأمر طول حياته، أو تلبس التهمة "العمم" لزوجته، وهي تضطر لتستره لأنه الأنسب لها.

ولهذا لا يجد الرجال في المجتمع الجزائري بدا من الحفاظ على مثل هذه الأسرار التي تنقص من قدرهم ومكانتهم ومنزلتهم في عيون الآخرين سواء داخل النسق القرابي أو المحيط الاجتماعي والثقافي العام، وكأنه " عيب وعيار " وجب إخفاؤه حيث يتشاركه أقرب المقربون كالزوجة والوالدين والأخوة، إذ تدعم هذا الاعتقاد النسبة التراكمية لكل من "سيء" و"احتقار" حيث تشكل النسبة الغالبة مقدرة ب74 بالمادية ما يعادلها ب 436 مبحوث من مفردات عينة الدراسة، بينما يخفت ضياء هذه النظرة السلبية، إلى حد ما يمكن اعتباره بوضوح واحد من مؤشرات مظاهر التغيير في مجال القيم الاجتماعية والعادات والتقاليد والأعراف الثقافية حتى ولو بشكل نسبي، والتي تترجمها مثلها النسبة الأقل والمقدرة ب 26 بالمائة وما يعادلها ب 153 مبحوث من مجموع مفردات العينة، لكن في نظرنا كسوسيولوجيين فإن تحول في التصورات الاجتماعية ونموا فكريا نحو النضج والوعي، هذا قد يعزو إلى موقف فئة المتعلمين من ذوي المستوى الجامعي.

جدول رقم (17) يوضح موقف الإسلام من تحديد النسل من وجهة نظر مفردات عينة البحث بخصوص المتابعة الطبية:

الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
القبول	156	26,5	26,5
الرفض	263	44,7	71,1
التحفظ	170	28,9	100,0
المجموع	589	100	100

التعليق والتحليل:

لفهم موقف مفردات عينة الدراسة الرئيسية، من موقف الإسلام من تحديد النسل، أن نستحضر بعض العوامل؛ التي في إطارها يمكننا تحليل تباين المواقف، وتصنيف الاستجابات، حيث سجلنا أكبر نسبة قدرت بـ 44,7 بالمائة من الاستجابات لـ 263 مبحوث، عبرت عن رفضها لموقف التحديد الذي أمر به الإسلام، حيث أبدت تأييدها لهذا الاجراء، لاعتبارات قد تتعلق بالبعد الاقتصادي أو الصحي أو الاجتماعي والتربوي وغيرها.

وفي الحقيقة فإنّ هكذا موقف يعد أمراً مخيفاً، إن عكس الجهل بالحكمة والغاية من تحريم التحديد؛ فإنه ينم بالأساس عن حالة الجهل العام في الفكر وافتقاد القدرة على المساءلة المنطقية، بسبب تدني مستويات التعليم لاسيما في أوساط النساء الجزائريات. في حين نجد ما يقترب من 29 بالمائة من الاستجابات لـ 170 مبحوث، يُبدون موقف التحفظ، إذ لم يظهر أي تأييد ولا أي رفض في الوقت ذاته، وهذا مرده، ربما، إلى حالة الارتباك بين منطقتي الواقع، الذي يحث على تبني سياسة التحديد، بدافع الفقر وانخفاض القدرة الشرائية وأزمة السكن، وارتفاع متطلبات تربية الأولاد ورعايتهم وتعليمهم ومتابعتهم، وبين موقف الإسلام كدين وجب إتباع تعاليمه حرفياً ودونما مناقشة دون معرفة الحكمة منه، تصديقا لقوله تعالى: "قل تعالوا أتل ما حرّم ربكم عليكم، ألاّ تشركوا به شيئا، وبالوالدين إحسانا، ولا تقتلوا أولادكم من إملاق، نحن نرزقكم وإياهم، ولا تقربوا الفواحش ما ظهر منها وما بطن، ولا تقتلوا النفس التي حرّم الله إلاّ بالحق ذلكم وصّاكم به لعلكم تعقلون".¹

فيما أبدت النسبة الأقل موقف تحديد الذي أتى به الإسلام، حيث قدرت بـ 26,5 ما يقابلها 156 استجابة، ينم عن الاطلاع والمعرفة بأحكام الشرع. وكننتيجة فإنه يمكن أن يعتبر المستوى التعليمي والاقتصادي والثقافة الدينية والايمان الديني، المحك الأساس في تصنيف هذه المواقف.

¹ القرآن الكريم، سورة الأنعام، الآية 151.

الجدول رقم (18): يوضح دلالات كثرة الانجاب في ثقافة المجتمع في تصور مفردات عينة البحث:

تعتبر كثرة الانجاب أمرا محمودا	التكرارات	%
نعم	148	25,1
لا	441	74,9
المجموع	589	100

تعتبر كثرة الانجاب أمرا عادي	التكرارات	%
نعم	215	36,5
لا	374	63,5
المجموع	589	100

تعتبر كثرة الانجاب أمرا سيئا	التكرارات	%
نعم	257	43,6
لا	332	56,4
المجموع		

التعليق والتحليل:

لمعرفة دلالات كثرة الإنجاب في مخيال المجتمع الجزائري، من منطلق الموجهات الثقافية والأعراف السلوكية؛ عمدنا قصدا إلى طرح هذا التساؤل على هذا النحو المضلل، لغرض استخلاص تصنيف للاستجابات، من منطلق القناعات الذاتية المطعمة بأشكال معينة في مجال الممارسة، حيث كانت المفاجأة بأن سجلت أكبر نسبة مقدر ب 75 بالمائة مثلت أغلب مفردات العينة والمقدرة ب441 استجابة، تعتبر كثرة الإنجاب أمر غير محمود، ما يعني الاتجاه السلبي والمعاكس لما درب عليه الأسلاف بوصفه سلوكا مرغوبا فيه.

وفي السياق ذاته؛ تروم نسبة معتبرة تقدر ب63,5 بالمائة من مجموع مفردات العينة تشمل 374 مبحوث، نحو تبني موقف الوسطية، من حيث اعتباره سلوكا عادي لا يستدعي الإنكار، طالما منبعه الوازع الديني والعرف الاجتماعي. فيما اعتبره أمرا سيئا بقية مفردات البحث والمقدر عددهم ب 332 مبحوث، ما يشكل نسبة تتجاوز المتوسط 56,4 بالمائة.

وبمراجعة مبررات مفردات العينة؛ فإن الوضعيات المختلفة التي قد تشغلها الأسرة الجزائرية من النواحي الفكرية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية والثقافية؛ قد يكون لها واسع الصدى على تنميط مواقفهم إزاء موضوع كثرة الإنجاب. حيث أن ظروف الحياة الحالية مغايرة لما كان عليه حالها فيما سبق، فالحياة الآن تتسم بالقساوة والصعوبة وكثرة التحديات التي على الأسرة مواجهتها، كما أن متطلبات التنشئة الاجتماعية للأبناء، قد

ارتفعت وتيرتها في مجال الإنفاق تحديداً، ناهيك عن تهاطل الضغوط الخارجية من كل صوب وحذب وفي كل حين.

وفي الاختبار المقابل؛ وتماشياً مع ما تم عرضه فيما ذكره؛ فإن أكبر نسبة قدرت ب 43,6 ما يقترب من 44 بالمائة، وما يمثل 257 مبحوث من مجموع مفردات العينة، تعتبره أمراً سيئاً، وهذا قد يتطابق، من حيث التحليل ما تم تناوله أعلاه، مع استحضار متغير الثقافة العامة والصحية على وجه الخصوص، وكذلك درجة التفقه في المجال الديني، ومعرفة الأحكام الشرعية عن كثب وفهم واستيعاب الحكمة من ورائها، دون أن نغفل دور المستوى التعليمي للآباء، إذ أن أغلبهم دون المستوى المطلوب، بالإضافة إلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية، حيث يرغب الكثير من الآباء في التعاون الاقتصادي بين الزوجين، تلبية لمتطلبات الحياة العصرية.

فيما تم تسجيل نسبة ضعيفة نسبياً، قدرت ب 25,1 بالمائة شملت 148 استجابة لمفردات العينة، أكدت موقفها المؤيد لكثرة الإنجاب، واعتباره بالأمر المريح والمرغوب فيه، نظراً لكثرة الإيجابيات التي قد تترتب عنه، كتحقيق الرعاية والخدمة وتوفير الأمان للآباء في مرحلة تقدم العمر، ناهيك عن المفخرة الاجتماعية وخلود اسم العائلة. ثم تلتها نسبة أقل من المتوسط قدرت ب 36,5 بالمائة، من مجموع 215 مبحوث، اعتبرته تصرفاً عادياً، طالما أنه غير مستحدث، وأن تجارب الأولين لم تثبت فراغه من الجدوى والمنفعة العامة.

الجدول رقم (19): يوضح علاقة وسائل الإعلام بالإنجاب عدد معين من الأولاد لدى مفردات عينة البحث:

%	التكرارات		الاحتمالات
	%	ت	
80,6	16,8	99	نعم
87,3	6,6	39	
94,6	7,3	43	
99,8	5,3	31	
/	36	212	
			المجموع
63,8	63,8	376	لا
/	0,2	1	كلها
100	100	589	المجموع الكلي

التعليق والتحليل:

ليس من الغريب في شيء أن نشهد تأخراً وهشاشة في دور وسائل الإعلام المحلية في أي بلد ينتسب إلى مجموعة العالم- ثالثي. وبناء عليه فقد لوحظ أن أكبر نسبة تُعد معتبرة، قدرت بما يقترب من 64 بالمائة تشمل 376 مبحوث من مجموع مفردات العينة، قد

أنكرت وجود أية علاقة بين وسائل الإعلام وبين سلوكها الانجابي، فليس لوسائل الإعلام أي أثر في حجم الانجاب لديها. فيما اجابت نسبة أقل من المتوسط قدرت ب36 بالمائة مثلت 212 مبحوث من مجموع مفردات العينة، مؤكدة أن ثمة علاقة بينهما، حيث تم ترتيب أهم الخيارات المتعلقة بنوع البرامج التي كان لها صدى على سلوكها الإيجابي من حيث الكم والكيف، حيث نسجل أكبر نسبة تنسب لدور البرامج الدينية في مختلف القنوات التلفزيونية (8,16%)، ثم تليها بنسبة أقل البرامج الصحية (3,7%)، تليها البرامج العلمية (6,6%) وأخيرا البرامج الثقافية (3,5%).

يمكننا أن نستوعب نزوع المبحوثين نحو متابعة البرامج الدينية بحكم الفطرة وبحكم دور وفعالية الأداء لبعض القنوات الرسالية في نشر الوعي الديني بصفة عامة، ونظرا لارتباط موضوع الصحة بواقع الحياة الأسرية تصبح البرامج الصحية والعلمية، هي بدورها تستقطب اهتمام المبحوثين، هذا على غرار البرامج العلمية العامة والبرامج الثقافية، حيث يبقى موضوع الدين "الإسلام"، والصحة العامة، مطلبان أساسيان ليس لهما جنس ولا وطن، بينما يوجه العلم والثقافة الى جمهور محدد وخاص.

الجدول رقم (20): يوضح أسس تفضيل جنس المولود لدى مفردات العينة:

%	التكرارات		الاحتمالات
	%	ت	
6,3	6,3	37	إنجاب الذكور أفضل
16,6	10,4	61	انجاب الاناث أفضل
100	83,4	491	كلاهما على القدر نفسه من الأفضلية
100	100	589	المجموع الكلي

التعليق والتحليل:

بالطبع فإن هذا الجدول تم استدعاؤه مرة ثانية لأهميته وعلاقته بمضمون الفرضية الثالثة، حيث أن المستوى التعليمي قد يكون له بعد اعرق فيما يتعلق بتقييم أسس تفضيل احد الجنسين على الآخر في خضم مرحلة زمنية أصبحت تعرف بكثير من التغيرات على صعيد النسق القيمي، إذ لا نستغرب طغيان النظرة المتساوية للجنسين الذكور والاناث، رغم سيادة نمط الأسرة الأبوية في المجتمع الجزائري، وذلك قد يكون راجعا للقيمة الذي يبورها الدور الاجتماعي لكلا الجنسين بالنسبة للأباء وللأسرة ككل، حيث تبدو القيم الفردانية أكثر طغيانا وتجليا في أوسط الذكور منه لدى الإناث، كما تبدو الجدية وروح المسؤولية تجاه الأسرة لدى الإناث أكثر من الذكور، ولعل المستوى التعليمي للأبناء وحتى لأبائهم، يقرر صناعة هذا الفرق، حيث أن البنات يستكملن دراستهن دون الذكور، وهذا ينطبق على رغبة الأمهات في تدريس بناتهن ومواصلة دراستهم العليا والبحث عن العمل لتحقيق الاستقرار الاقتصادي وتحقيق حياة أفضل.

الجدول رقم (21): يوضح الرغبة في انجاب عدد معين من الأولاد:

%	التكرارات		الاحتمالات
	%	ت	
78,1	78,1	460	عدد قليل
94,6	16,5	97	عدد كبير
100	5,4	32	لا
100	100	589	المجموع الكلي

التعليق والتحليل:

الأمر سيان بالنسبة لهذا الجدول، الذي يكشف عن رغبة مفردات عينة الدراسة في انجاب عدد كبير أو قليل من الأبناء، وبالنظر إلى المعطيات، وبمراجعة استجابات أخرى لصيقة بهذا المطلب (المنفعة من الأبناء) تكشف عن وجود رغبتين متناقضتين، فمن جهة الرغبة في الانجاب يدفعها التفكير العميق في حاضر ومستقبل الآباء، بوصف الأبناء تسليية حاضرا ورعاية وتكفل مستقبلا، ومن جهة ثانية؛ تلك الظروف الاقتصادية والاجتماعية وأكثر منها تلك الظروف الصحية التي أضحت تؤرق الآباء، وتفلس جيوبهم، جراء متابعة العلاج والتنقل من طبيب إلى طبيب. سواء لمعالجة أنفسهم أو معالجة الأبناء، الذين يولدون في غالب الأحيان مرضى ويعانون من مشكلات صحية في غالب الظن تكون وراثية بسبب النظام الغذائي والأمراض الوراثية. دون أن ننسى ان الاستثمار في الأبناء حاليا بات مفلسا بسبب التفكك وسيادة ثقافة القيم الفردانية والأنانية والأسرة الفندقية وغيرها.

الجدول رقم(22): يوضح العدد المفضل من الأبناء لدى عينة الدراسة:

النسبة التراكمية	%	التكرارات	الاحتمالات
0,5	0.5	3	0
2.0	1.5	9	1
16.3	14.3	84	2
47.0	30.7	181	3
83.4	36.3	214	4
94.7	11.4	67	5
98.0	3.2	19	6
99.3	1.4	8	7
99.5	0.2	1	8
99.7	0.2	1	10
99,8	0.2	1	12
100	0.2	1	14
	100.0	589	المجموع

التعليق والتحليل:

ما يثبت ما سبق وإن أشرنا إليه من حالة التناقض بين الرغبة في الانجاب والاحجام عنه كرها (بسبب المشاكل الصحية المتدهورة، وانخفاض روح المسؤولية)، وطواعية وبدرجة أقل (بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية)، حيث يميل الأغلبية أي اتخاذ ثلاث الى أربع أطفال، وهو عدد كبير بالنسبة للغرب، فلربما أن طلح احدهم كان البقية صالحون، وهكذا دواليك . وهنا نستنتج أن المستوى التعليمي المتوسط والضعيف للأباء يكمن خلف هذا التناقض، فغياب الوعي بمسؤولية التربية وبناء الإنسان في زمن اصبح يتفق كل شيء فيه على تمزيقه يدعو أصحاب العقول الواعية إلى التريث والحكمة في اختيار الوقت المناسب والظروف المناسبة وأساليب التربية المناسبة مع مراعاة القدرة الذاتية ايضا على المتابعة.

والذي يثبت أثر انخفاض المستوى التعليمي لأغلب مفردات عينة الدراسة إنما هو اختلال المواقف التي تم رصدها لأغلب مفردات العينة، والمتعلقة بموقفهم تجاه سياسة تنظيم النسل وكذلك تحديد النسل، فمن جهة نجدهم يدعمون سياسة التنظيم وانجاب عدد قليل من الأبناء، وفي المقابل وعلى النقيض نجدهم يسعون لمتابعة العلاج لغرض الانجاب منذ عامهم الأول بعدا الزواج، وكذلك يتمنون إنجاب عدد متوسط بين (3 إلى 4) مع أن ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية منخفضة ولا تفي بغرض مسؤولية تربية الأبناء.

الجدول رقم (23): يوضح مدى أهمية ومنافع كثرة الإنجاب لدى عينة الدراسة:

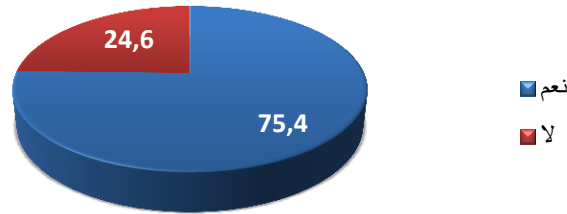
الاحتمالات	التكرارات	%	النسبة التراكمية
نعم	174	29.5	29.5
لا	415	70.5	100.0
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

هذا الذي يشكل وجها آخر لغياب الوعي الصحي لدى أغلب مفردات عينة الدراسة، حيث أن اغلبهم يعترفون بعدم جدوى كثرة انجاب الأبناء، لكنهم في سياق آخر، حين تتناول دلالات كثرة الانجاب في ثقافة المجتمع الجزائري، حيث وقفنا على تناقض في سؤالين جعلناهما متناقضين قصدا، عندما أردنا معرفة موقفهم من دلالات كثرة الانجاب ما إذا كانت أمرا محمودا أم أمرا سيئا فكانت الإجابة لدى الأغلبية متناقضة، حيث أجاب أغلبهم بانها ليست أمرا محمودا، وهذا ما يخالف واقع الثقافة الجزائرية، كما أجابوا بأنها لا تعتبر أمرا سيئا بنسبة الأغلبية. وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على غياب الوعي نتيجة لضعف المستوى التعليمي ومحدودية الثقافة العامة لديهن.

المحور الخامس: يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية العامة:

الشكل رقم (20): يوضح ما إذا تم الزواج في سن مبكرة لدى مفردات عينة البحث (الصدفة):



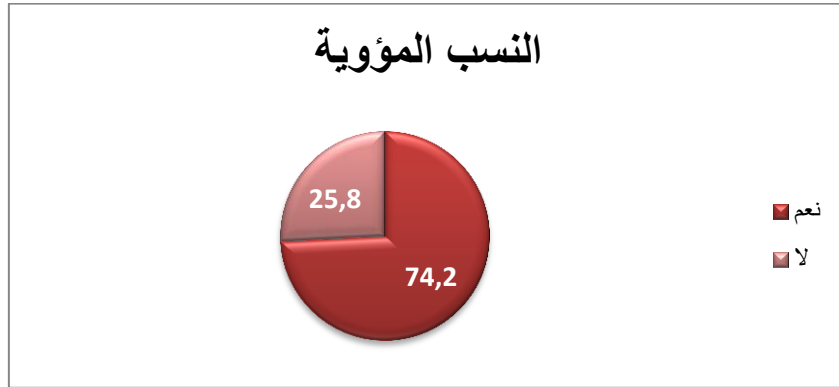
التعليق والتحليل:

يروم الشكل أعلاه إلى معرفة عمر الزوجين عند الزواج، حيث تم تسجيل نسبة كبيرة قدرت ب 75,4 بالمائة مثلت 444 مبحوث من مجموع مفردات العينة المقدرة ب 589 امرأة، حيث أكدن زواجهن في سن مبكرة، في مقابل 24,6 بالمائة، شملت 145 مبحوث، أنكرت زواجهن مبكراً، ما يعني التأخر في الزواج.

وبالعودة إلى متغير المستوى التعليمي للأمهات وكذلك عدد مرات الانجاب والمتابعة الطبية؛ فإننا سنقف على عوامل ساهمت في تأييد اتجاه الأسر الجزائرية نحو تزويج بناتها في سن مبكرة، حيث يعتبر التسرب المدرسي واحداً من أكبر العوامل الدافعة نحو خيار الاستقرار الأسري بالنسبة للفتاة، وهذا بالطبع يتماشى مع الثقافة الجزائرية والثقافة المحلية لولاية سطيف، حيث يجب على الفتاة أن تتزوج وأن تستقر وأن تؤسس لها أسرة، طالما أن الزواج هو المستقبل بالنسبة لها وأن الزوج هو العالم الخاص والمختزل للمرأة الماكثة في البيت. هذا ما يدفع بالكثير من الأسر والفتيات، إن لم يسعفن الحظ في استكمال الدراسة في مستوى التعليم المتوسط أو الثانوي أن يفكرن في الزواج كمشروع يعد من أولويات الحياة.

هذا على غرار القلة التي فُدرت نسبتها بأقل من المتوسط أي 24,6 بالمائة ومثلت 145 مبحوث من مجموع مفردات العينة، إذ تم تسجيل تأخر في زواجهن، بسبب مواصلة التعليم بالدرجة الأولى ولأسباب أخرى سنأتي إلى شرحها لاحقاً، متعلقة بتأخر قدوم الخاطب كأكثر أسباب التأخر وأيضاً مواصلة التعليم والعمل.

الشكل رقم (21) يوضح ما إذا ساعد الزواج في سن مبكرة على سرعة الانجاب لدى مفردات عينة البحث:



التعليق والتحليل:

يصل مستوى الخصوبة لدى المرأة أوج قمته في فترة العشرينات تقريبا، لاسيما من سن 20 إلى 25 سنة، يحث يفترض أن تتمكن المرأة من الانجاب دون عوائق. وتنخفض هذه النسبة بالتدرج كلما تقدم بها العمر؛ لتضطدم مع بعض العراقيل البيولوجية والنفسية، التي قد تقلل من فرص الانجاب وتتسبب في حدوث بعض المضاعفات أو التعقيدات، وبالتالي تجعل التدخل الطبي أمرا أكثر من ضروري، في هذا الجدول نتبين ما يؤكد هذا التصور العلمي والطبي، حيث سجلنا أكبر نسبة قدرت ب74,2 بالمائة، تمثل عدد كبير جدا من المبحوثين يقدر ب437 مبحوث من مجموع مفردات العينة، اثبتوا أنه كلما كان الزواج في مرحلة مبكرة من العمر كلما كانت عملية الانجاب أسرع، وهذا نظرا للبنية الفيزيولوجية للمرأة المهيئة، خلال هذه المرحلة مرحلة الشباب والعافية، لعملية الانجاب.

هذا يدعمه أيضا تاريخ جداتنا وأمهاتنا، اللواتي تزوجن في سن مبكرة جدا، في غالب الأحيان تكون حتى قبل موعد العادة الشهرية أو حينها، حيث تتمكن، ودونما متابعة طبية، من انجاب عدد كبير من الأولاد قد يتجاوز عشرة أولاد دون انقطاع، كما تسانده أيضا الزيجات الحديثة في هذا العصر، من محيط الأقارب، والتي تزوجت في مرحلة ما قبل السن القانونية، وتمكن من الانجاب قبل السن 19 سنة دون أن تعترضها أي مشاكل. بينما يلاحظ أن النسبة الأقل، والتي اقتربت من نسبة 26 بالمائة، ومثلت 152 مبحوث؛ اتجهت نحو الموقف المخالف، إذ تنفي وجود أي أثر للزواج في سن مبكرة بسرعة الانجاب. وبالطبع قد يكون هذا صحيحا إلى حد ما في حالة وجود صعوبات صحية تواجهها الفتاة حتى قبل الزواج كالالتهابات أو تكيس المبايض مثلا وتركها دون علاج، حيث تشهد كثير من العيادات الطبية النسوية ورود النساء صغيرات السن وعند أول زواج على المتابعة العلاجية، وتأخر انجابهن من ثلاث سنوات إلى أربع وخمس سنوات.

الجدول رقم (24) يوضح عمر مفردات عينة البحث عند الزواج في حالة التأخر:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
25-20	394	66,9	66,9
30-26	108	18,3	85,2
35-31	20	3,4	88,6
40-36	10	1,7	90,3
أقل من 20	57	9,7	100
المجموع	589		100

الاستنتاج والتحليل:

إثباتاً لما تم ورد أنفاً من مواقف المبحوثين تجاه علاقة الزواج في سن مبكرة والتمكن من سرعة الانجاب دون مشاكل تعترض سبيله؛ طرحنا السؤال المتضمن في الجدول الحالي، حيث أردنا معرفة ما اذا كانت مواقفهم مؤسسة على تجاربهم الشخصية أم أنها مجرد انطباع.

إذ تبين نتائج الدراسة أن النسبة الأكبر، والمقدرة بـ67 بالمائة، والممثلة لـ394 مبحوث من مجموع 589 مفردات عينة البحث، قد تزوجوا في مرحلة مبكرة، ممتدة من 20 إلى 25 سنة، وهي المرحلة التي تصل فيها نسبة الخصوبة لدى المرأة قمته. في حين تلتها نسبة كبيرة إلى حد ما، قدرت بـ18,3 بالمائة وتمثل 108 مبحوث من مجموع مفردات العينة، تزوجوا أيضاً في مرحلة عمرية تعتبر أيضاً فتية، أي ممتدة من 26 إلى غاية 30 سنة من العمر، وتعزز هذا بزواج القاصر، أقل من سن العشرين، والمقدرة بـ9,7 بالمائة، تضمنت 57 امرأة شابة في مقتبل العمر.

بينما بدأت تتناقص نسبة الخصوبة للنسب المتبقية، والتي ضمت فئتين متتاليتين من العمر ممتدة من 31-35 سنة و36-40 سنة، حيث ستشهد صعوبات في الانجاب بسبب انخفاض القدرة على الانجاب.

وبمراجعة النسبة التراكمية نجد أن 5,1 بالمائة لتمثيل وضعية التأخر في الزواج، في مقابل نسبة 94,9 بالمائة لتمثيل وضعية الزواج في السن العادية. ما يعني افتراض أن تكون الخصوبة مرتفعة بمدينة سطيف.

الجدول رقم (25): يوضح أسباب تأخر سن الزواج لدى مفردات عينة البحث:

الاحتمالات		التكرارات	%	% تراكمي
تأخر سن الزواج	الإقبال الكبير على مواصلة التعليم	57	9,7	9,7
	أولوية العمل	13	2,2	11,9
	وجود أخوات أكبر	15	2,5	14,4
	رفض الوالد	8	1,4	15,8
	تأخر الخاطب المناسب في القدوم	59	10,0	25,8
	كلها مجتمعة	6	1,0	26,8
	أسباب أخرى تذكر	1	0,2	27,0
	المجموع		26,9	
لم يتأخر سن الزواج		430	73,0	100
المجموع الكلي		589		100

التعليق والتحليل:

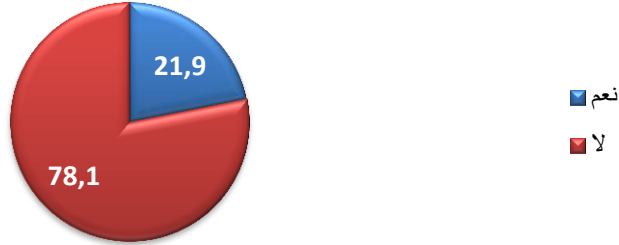
إنّ اللافت للانتباه، عند قراءة الجدول أعلاه، هو توافق نتائج مع تم إردافه فيما سبق، إذ يعزز مصداقية ما أشير إليه من نتائج، من حيث الزواج في المرحلة العمرية الأكثر ملائمة للإنجاب، سجلنا أكبر نسبة قدرت ب 73 بالمائة، تمثل 430 مبحوث من مجموع مفردات العينة، تؤكد عدم تأخرها في سن الزواج، فيما تعتبر نسبة الذين أجابوا بتأخر سن زواجهم ضعيفة جدا، حيث تشكل ما يقرب من 27 بالمائة يعاها 159 مبحوث من مجموع مفردات عينة الدراسة. ما يؤكد نزوع الأسرة الجزائرية والأسرة السطايفية تحديدا إلى تكوين أسرة كأولوية في الحياة.

بالنسبة للمتأخرين في الزواج فإنّ مبرراتهم متعددة لكن متفاوتة من حيث درجة العلة، حيث تتقدم نسبة 10 بالمائة لتشير إلى تأخر الخاطب في القدوم، وتمثلها 59 استجابة من مجموع مفردات العينة، فيما تتناقص باستمرار النسب المتبقية في ارتباطها بما ذكر من المبررات في متن الجدول، من حيث الإقبال على مواصلة التعليم، ثم وجود أخوات أكبر سنا دون زواج، ثم أولوية البحث عن العمل، ثم أخيرا رفض الأولياء.

ويمكن أن نستخلص أن الأسرة بمدينة سطيف لا تزال محافظة، ومتشعبة بالقيم الاجتماعية، إذ تولي أهمية كبرى للزواج والانجاب واحترام وجود اخوات بالبيت وأيضا احترام موقف الآباء.

الشكل رقم(22): يوضح ما إذا كان لتأخر سن الزواج أثر بارز على القدرة على الإنجاب لدى مفردات عينة البحث:

النسبة المئوية



التعليق والتحليل:

على غرار التفسيرات الطبية التي تعززها نتائج التجارب المخبرية ووفق الشروط والقواعد العلمية، والتي تقول بأن معدل الخصوبة في تناقص مستمر كلما تقدمت المرأة في العمر، وعلى غرار ما تعززه أيضا تجارب وخبرات مفردات العينة نفسها فيما سبق، تتجه أغلب مفردات العينة بنسبة لمقدرة ب78,1 بالمائة وما يعادلها ب 460 مبحوث من مجموع 589، تتجه نحو تبني موقف إنكار ما إذا كان لتأخر سن الزواج أثر بارزا في تقليص أو إضعاف القدرة الانجابية، ما قد ينم من جهة أولى على سيادة وسلطان المعتقدات الدينية والاجتماعية، إذ أن إنجاب الأولاد يعتبر رزق من الله، والرزق ممدود وليس محدود، لا يعترف بالقواعد العلمية والأسانيد المنطقية، كما قد يعزو هذا الموقف أيضا إلى انخفاض المستوى التعليمي لأغلب مفردات العينة.

فيما اتخذت النسبة الأقل والمقتربة من 22 بالمائة وما يعادلها من 129 مبحوث من مجموع مفردات العينة، سبيلا معاكسا، حيث أكدت أن ثمة عقة بينهما، فكلما كانت تزوجت المرأة في سن مبكرة كلما كانت فرص الإنجاب عندها أكبر، ما لم تعترض سبيله مشكلات صحية مرتبطة بالوراثة كداء السكري، أو الإصابة بأمراض معينة، كتكيس المبايض والالتهابات والعقم الطبيعي.

الجدول رقم(26): يوضح وضعية الزواج لدى مفردات عينة البحث:

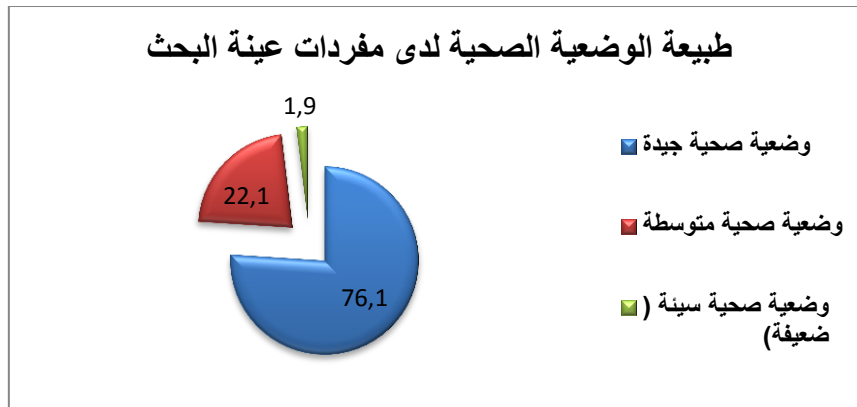
الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
الزواج لمرة واحدة فقط	578	98.1	98,1
الزواج للمرة الثانية	6	1,0	99,2
الزواج الثاني	5	0,8	100
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

تتجه الأسرة الجزائرية نحو تبني القيم التي تدعم الاستقلالية وتنحو باتجاه الأسرة النووية، تلك التي تتميز بتقليص الوظائف وتقليص الانجاب، ناهيك عن انحصار شبكة العلاقات الاجتماعية للنسق القربي ضمن حدود الأصول دون الفروع، وفي ضوء ذلك، نتبين من خلال معطيات الجدول الحالي، أن أغلب مفردات العينة تتمثل نمط الزواج الأحادي، ليس فقط للأسباب التي أتينا على ذكرها، بل أيضا إلى جانبها، فهناك القيود القانونية والضغوط الاقتصادية المادية، التي كان ولا يزال صداها بالغ في تقرير نمطية الزواج في المجتمع الجزائري.

بالنظر إلى تلك المعطيات نقف على أكبر نسبة مقدرة بـ 98,1 يعادلها 578 مبحوث، تزوجوا لأول مرة، في مقابل نسبة ضعيفة جدا مقدرة بـ 1,8 بالمائة لأولئك الذين تزوجوا مرة ومرتين، والذين يشكلون 11 مبحوث فقط.

الشكل رقم(23): يوضح طبيعة الوضعية الصحية لدى مفردات عينة البحث:



التعليق والتحليل:

لا نتفاجأ كثيرا إن مال الناس إلى إظهار ما يُبديهم، في عيون الملاحظين لاسيما أمام الغرباء، على أفضل حال، إذ أن إبداء ملامح الغبطة والكمال والقوة والعافية والهناء، تعد من خصال الجزائريين، كما أن النجاح في إخفاء المرض والتستر عليه، يعد واحدة من الصفات المحمودة لدى صاحبها من الجنسين، كما يعز أيضا من علامات ومؤشرات

الصبر والتحمل، هذه الصفة التي طالما شكلت المقياس والمعيار الأساس في اختيار المرأة الصالحة كزوجة وككنة في الأسرة الجزائرية التقليدية. فلا ريب أن للتقاليد ومنظومة الأعراف والقيم استمرار في حاضر الموجودين من الناس، ومهما تطور المجتمع، ومهما كان مقدار استهلاكه لما هو مخالف لما هو أصيل من الأعراف والقيم والعادات المنمطة للفكر والاتجاهات السلوك؛ فإن الأصالة تظل تمارس سحرها لتبقى شامخة أمام تحديات التغيير، وفي ضوء ذلك؛ يتبين أن اغلب مفردات العينة، ربما، يعتمدون الظهور أمام الباحثين بمظهر يعتقن بأفضليته، وهذا مجرد أمر محتمل، إذ تبقى الحقيقة، تتوارى خلف أسباب ودوافع المتابعة العلاجية بالتحديد.

نسجل أكبر نسبة تعد معتبرة جدا قدرت ب76,1 بالمائة تمثل 448 مبحوث، تفر بأن وضعيتها الصحية في أحسن حال، تليها نسبة ضعيفة قدرت ب22,1 وتمثل 130 مبحوث، تشكو نوعا من الاعتلال الصحي، فيما سجلت النسبة الأضعف، والمقدرة بما يقارب 2 بالمائة لتمثيل 11 مبحوث، الوضعية الصحية المتردية لهؤلاء. لقد سبق تحليل هذه النقطة في ضوء عدد من الأبعاد والمؤشرات، كخصائص العمر، والمستوى التعليمي، والوعي الصحي، والبعد الثقافي، وعلاقتهم القسرية في رسم الصورة والانطباع لأي موضوع لدى أي فئة اجتماعية، ومن ثم فإن تناول الوضعية الصحية تناولا سوسولوجيا عميقا لا يجب أن يستبعد الأبعاد والظروف السابقة.

الجدول رقم(27): يوضح طبيعة المشاكل الصحية لدى مفردات عينة البحث:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
أمراض القلب والضغط الدموي	15	2,5	2,5
داء السكري	17	2,9	5,4
أمراض الجهاز الهضمي	66	11,2	16,6
القلق والعصبية	69	11,7	28,4
الضعف الجنسي	4	0,7	29,0
العجز الجنسي	1	0,2	29,2
أمراض أخرى تذكر	8	1,4	30,6
المجموع	180	30,6	
لا يعاني من أي مرض	409		69,4
المجموع الكلي	589		100

التعليق والتحليل:

بالنظر إلى الفئات العمرية للمبحوثين، والتي تنحصر أغلبها بين سن (16-20) و(21-25 سنة) و(26-35 سنة)، وتقدر نسبتها التراكمية ب71,6 بالمائة، أي نسبة معتبرة جدا؛

فقد كان من المنتظر أن تمتع أغلب مفرداتها بصحة وعافية، حيث قدرت نسبة من أكدن أنهم لا يعانون من أي مشاكل صحية محددة، ما يقارب 70 بالمائة ويعادل 409 مبحوث من مجموع 589 من مفردات عينة الدراسة، إذ لوحظ أن تواجههم في العيادات الخاصة أو مستشفى "الأم والطفل" إنما هو في غالب الأحيان لغرض متابعة وضعية الحمل كإجراء عادي، أو لغرض عملية الوضع أي الولادة الطبيعية.

بينما في المقابل نسجل نسبة منخفضة، تحت المتوسط، قدرت ب30,6 بالمائة، يعادلها 180 مبحوث من مجموع مفردات مجتمع الدراسة، تكشف عن معانتها من بعض المشاكل الصحية، في أغلبها يمكن إدراجها ضمن نطاق الأمراض المزمنة، كأمراض القلب والضغط الدموي، والجهاز الهضمي والعصبي، وداء السكري، ولربما مثلت هذه مجمل الاستجابات لدى الفئة العمرية الممتدة من سن (36-45 سنة) فما فوق.

من هنا تعتبر المتابعة العلاجية والخضوع للإشراف الطبي؛ يعد أمرا أكثر من ضروري، نظرا لأن الحمل والولادة في هذه المرحلة العمرية من جهة أولى، و/ أو الإصابة بأحد هذه الأمراض، المتضمنة في متن الجدول أعلاه، قد تشكل خطرا محتوما على صحة الأم أو الجنين لاسيما مرض القلب والشرابيين وداء السكري وايضا داء السرطان، فيما يمكن اعتبار يقل خطر بقية الأمراض كالقلق والعصبية واضطرابات الجهاز الهضمي على الأم والطفل، وهذا لا يعني نفي وجود أي أثر.

الجدول رقم(28): يوضح طبيعة الوضعية الصحية لدى مفردات عينة البحث:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
سيئة	15	2,5	2,5
متوسطة	114	19,4	21,9
حسنة	135	22,9	44,8
جيدة	252	42,8	87,6
ممتازة	73	12,4	100
المجموع	589	100	

التعليق والتحليل:

تواليا؛ تعد نعمة الصحة والعافية من أفضل ما يصبو إليه الإنسان والمجتمع والهيئات والمنظمات، حيث أن الصحة العامة تعد مقياسا لدرجة تقدم المجتمع ونجاحه، عبر سلسلة من الإجراءات والتدابير، في توفير أفضل الظروف الملائمة لتحسين مستوياتها، وهنا وحسب معطيات الجدول الحالي، وأيضا بالاستناد إلى النتائج الجزئية السابقة لأكثر من مؤشر، يتضح أن الوضعية الصحية لأغلب مفردات العينة تعتبر جيدة في العموم، حيث أن النسبة التراكمية لصفة (ممتازة، جيدة وحسنة) تمثل النسبة الأكبر تقدر ب 75,6 بالمائة مقابل 24,4 بالمائة، كنسبة تراكمية لمؤشر الوضعية السيئة والمتوسطة، وهذا

يعني بلغة العدد أن 460 مبحوث مقابل 129 مبحوث من مجموع 589 مفردات مجتمع الدراسة.

وهنا لا مناص من التدقيق في التفيفة العمرية، والمستوى التعليمي، والظروف الاقتصادية، فلربما يشكو قد البعض من بعض الأعراض الظاهرة والعامة والمشاركة، كالصداع والحمى مثلا، ناهيك عن الأعراض الصامتة، كداء السرطان مثلا، لكن عدم وضوح الإصابة بالمرض في وقت مبكر، قد تقنع صاحبها بعدم الإصابة بأي مرض، خاصة إذا كان عملنا أن تدني المستوى التعليمي وانخفاض الوعي الصحي والبيئي، يعتبر من الوصمات البارزة التي طبعت أغلب مفردات مجتمع الدراسة، وفي الوقت ذاته يعتبر من الأسباب التي تؤدي الى تفاقم المرض وتطور درجاته. وهنا قد يكون من الضروري مراجعة الملفات الطبية، التي هي بحوزة الأطباء لمطابقتها واستجابات المبحوثين، غير أنه الأمر المتعذر نظرا للسرية بوصفها من اخلاقيات مهنة الطب، التي يجب على الأطباء الالتزام بها كوفاء لقسم التخرج.

الجدول رقم (29): يوضح ما إذا كان أفراد عينة البحث يعانون من أمراض ومشاكل صحية:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
اضطرابات هضمية	50	8,5	67,1
اضطرابات هرمونية والتهابات	32	5,4	72,5
القلق والتوتر والصداع الدائم	64	10,9	83,4
داء السكري	11	1,9	85,2
داء الروماتيزم والروماتويد	4	0,7	85,9
فقر الدم	55	9,3	95,2
انخفاض/ارتفاع الضغط الدموي	22	3,7	99
أمراض القلب والشرايين	1	0,2	99,2
داء السرطان	2	0,3	99,5
حساسية	1	0,2	99,7
داء الربو	1	0,2	99,8
أمراض الكلى	1	0,2	100
المجموع	244	41,4	
لا	345	58,6	58,6
المجموع الكلي	589		100

التعليق والتحليل:

بغض النظر عن تداعيات ارتفاع نسبة أولئك الذين لا يشكون من أي أمراض من المبحوثين، والمقدر عددهم بـ 345 مبحوث وبنسبة تقارب 59 بالمائة، وهي نسبة معتبرة تتجاوز المتوسط بغير كثير، فإنها تعكس فتوة الصبا والشباب، ومرحلة ما قبل مباغثة الأمراض لأصحابها، خاصة في ظل غياب المتابعة الطبية الدورية، كشكل من أشكال

انعكاسية الوعي الصحي، هذا ما تم التعرض إليه بإطناب في شرح المعطيات ضمن الجداول السابقة.

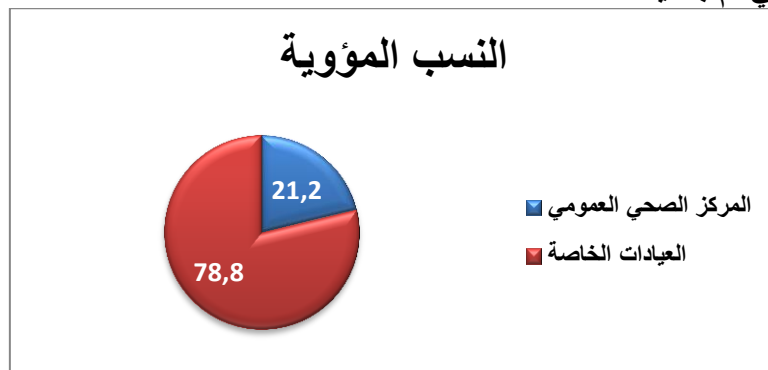
فيما يتعلق بالفئة الثانية، التي تجزم باعتلال وضعيتها الصحية، والتي تكاد تقترب، هي الأخرى، من درجة المتوسط، حيث يبلغ عددهم 244 في مقابل نسبة معتبرة أيضا تقدر بـ 41,4 بالمائة، فإنها تمثل بحق واقع الصّحة العمومية في المجتمع الجزائري ككل، إذ قد تنسحب ليس على فئة بشرية ذات مواصفات معينة، كالسنّ والوضعية الصحية الوراثية مثلا، بل تنسحب على جميع فئات المجتمع، من الطفولة إلى الشيخوخة مرورا بالشباب والكهولة.

لاشك أن وصمة العصر هي القلق غير الطبيعي والعصبية الزائدة والانفعال المرضي، ولذلك أضحى القرن الحالي ينعت بعصر السرعة والقلق، ولا شك أيضا في أن درجة التشابك والتعقيد في بنية الارتباط بين متغير القلق والسرعة ليست عبثية، فهي لا ترتع إلا في فضاءات استلزمها حضور متغيرات معينة، دولية ووطنية ومحلية.

كما تعكس الإصابة بمرض فقر الدم، في المقام الأول، نقص و/أو سوء التغذية؛ فالأسرة الجزائرية، من منطلق ثقافتها المحلية وما طُبعته منظومتها الغذائية من أطباق عائلية خاصة تعرف بها بشكل عام؛ قد لا تحترم متطلبات الصحة ولا تخدمها بشكل مباشر، بل على العكس من ذلك، قد تأتي النتيجة بعكسها، خاصة في ظل الانتشار الواسع لأمراض عديدة تتعلق بالجهاز الهضمي على وجه التحديد ومنه القولون، والصداع، والقرحة المعدية والمرارة وداء السكري وداء السرطان وأمراض القلب والشرابين وحتى الحساسية والروماتيزم والروماتويد.

ومنه، نجد أن أغلب ما يشكو منه أفراد مجتمع الدراسة من المبحوثين؛ إنما هو القلق والتوتر والصداع الدائم، حيث ترتفع نسبة إصابة 64 مبحوث لتصل إلى ما يقارب 11 بالمائة، يليها الإصابة بفقر الدم لـ 55 مبحوث بنسبة قدرت بـ 9,3 بالمائة، ثم تليها إصابة 50 مبحوث بالاضطرابات الهضمية بنسبة تقدر بـ 8,5 بالمائة؛ لتنتهي بإصابة 22 منهم بمرض الضغط الدموي بنسبة تقارب 4 بالمائة، فيما تتناقص بقية النسب لبقية المرضى بشكل قد لا يكون ملفتا للاهتمام الشديد.

الشكل رقم (24): يوضح ما إذا كانت مفردات عينة البحث تفضل متابعة العلاج بالمركز الصحي العمومي ام بالعيادات الخاصة:

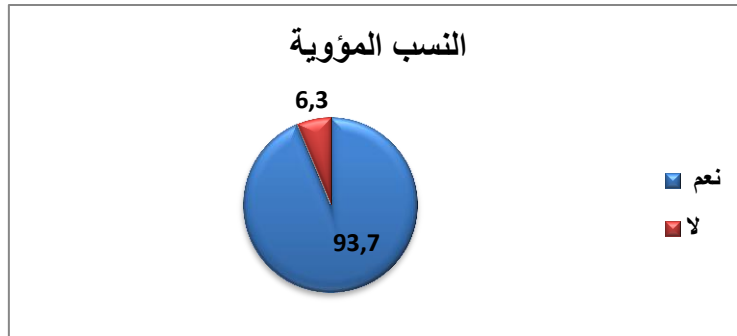


التعليق والتحليل:

من الفطري أن تبعث الحوامل عن أفضل مكان لوضع أطفالهن، ومن الطبيعي؛ فإن هكذا حلم، قد تعترض تحقيقه بعض الصعوبات، لاسيما تلك المعوقات المادية، خاصة مع ارتفاع تكاليف الإقامة في المصحات التابعة للقطاع الخاص بمدينة سطيف، إذ قد تكلف تكلفة الليلة والليلتان في مصحة منصف ومصحة محابي ومصحة شوقي وأشواق مثلا، راتب الزوج الشهري بأكمله (تقريبا 300 ألف دج)، هذا برغم الأسعار التفاضلية، ناهيك عن تكاليف العمليات الجراحية في الولادة القيصرية، والتي قد تزيد في الحالات العادية عن 600 ألف دينار جزائري.

وبالرغم من ذلك، فإن اتجاه أغلب المبحوثات يعكس تفضيلهم المتابعة العلاجية في العيادات التابعة للقطاع الخاص، في مقابل تفضيل أن تكون عملية الولادة (الوضع) في المستشفى الأم والطفل التابع للقطاع العمومي، بسبب تدني القدرة المالية، وبالطبع فإن هذا ما يتم تثمينه، وما يجد مسلكه في التوافق مع الكثير من الملاحظات الميدانية لأعضاء فريق البحث؛ والتي قمنا بها خلال زيارتنا الميدانية، وأيضا المقابلات الحرة، الفردية والجماعية المباشرة.

الشكل رقم (25): يوضح مدى شعور مفردات عينة البحث بالتحسن بعد المتابعة العلاجية:



التعليق والتحليل:

يقال أن 50 بالمائة من شكاوي النساء الصّحية؛ تنتهي بمجرد زيارتهن للطبيب، والحقيقة، أن هذه المقولة الشعبية قد تصدق في الواقع، ذلك لأنّ إيجاد من يصغي إلى مشاكلنا كنساء، ويتفهم تداعيات ألامنا وأوجاعنا المعقدة قد يكون الجرعة التي تأتي بكل خير. فالمعروف علميا أن الانسان كتلة معقدة بين المادة والروح كحقيقتان مجسمتان، وما يفرزانه بعد اتحادهما من عقل ونفس كحقيقتان غير مجسمتان، ومن ثم تتشابك الأعراض المرضية، لتعبر عن اكثر من مشكل صحي قد يكون منشؤه نفسي أو عقلي أو اجتماعي، أين يتبلور في تلك الكتلة البيولوجية؛ بوصفها الوعاء المادي المحتوي لبقية مكونات وأبعاد الانسان، من هنا فلا نجد غرابة، في أن التعبير عن الضعف، والعجز والخوف، قد يخفف من تداعياته وعوارضه.

من هذا المنطلق؛ نجد أن ما يشمل كل مفردات عينة البحث إلا النزر القليل مقدره ب(552 من مجموع 589) مبحوث يستشعرن حالة التحسن عند المتابعة العلاجية، كما أن تعاطي العقاقير الطبية، التي تحفز على عملية الحمل، يكون لها أوسع صدى في التأثير على الاستقرار النفسي للمرتدات على العلاج، حيث من شأنها أن تخفف من درجة قلقهن بشأن عدم الانجاب. ومن ثم يمكن أن نفهم ونستنتج حدود العلاقة بين القلق النفسي على سبيل المثال، الذي قد يكون مرده تلك الضغوط الاجتماعية، لاسيما الممارسة من طرف النسق القرابي للزوجين، وبين تفاقم الشعور بالمرض والحاجة إلى العلاج ومن ثم دور الطبيب(ة) في تسوية هذه المشكلة.

الجدول رقم(30): يوضح تقييم طرق وأساليب المتابعة الطبية لمفردات عينة البحث:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
سيئة	10	1,7	1,7
متوسطة	53	9,0	10,7
حسنة	141	23,9	34,6
جيدة	385	65,4	100
المجموع	589		100

الاستنتاج والتعليق:

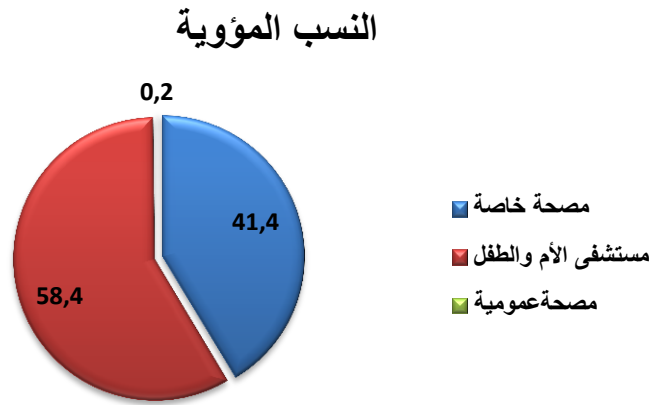
طالما أن الأغلبية الساحقة من مفردات عينة الدراسة تفضل المتابعة العلاجية في العيادات الطبية التابعة للقطاع الخاص، فيكون من المنطقي جدا، عندئذ، توفر بعض أساليب ووسائل التكفل الطبي، خاصة للحالات الصحية الصعبة والشاذة مرضيا، كذلك الفئة التي تعاني أمراضا مزمنة كداء السكري أو داء السرطان مثلا، وحتى تلك التي تشكو صعوبة في الحمل كالنساء المتقدمات في العمر (الفئة العمرية الواقعة بين 36-45 سنة) على سبيل المثال لا الحصر.

هذا الذي تم الوقوف عليه تحديدا؛ عند تنفيذ المقابلات المقننة مع عينة من الأطباء المختصين، الذين أفصحوا على وجود فروق شاسعة بين القطاع الصحي الخاص والقطاع الصحي العام، من حيث درجة توفر التجهيزات والهيكل الطبية، وكذلك الكفاءة والخبرة العميقة لدى الموارد البشرية المؤهلة من أطباء وممرضين وقابلات وحتى مسيرين إداريين.

إن؛ إن اختلاف ظروف التكفل الطبي بالمرضى أو العاديات تعد أولوية في مجال التقييم وإبداء الأحكام، حتى وإن أدرك هؤلاء تلك الفروق في مجال التكاليف التي يدفعونها للقطاع الخاص، والتي يعترفن بأنها تثقل كاهلهم وكاهل أزواجهن، حتى أن بعضهن صرحن بانهن يلجأن إلى بيع حليهن، أو الاستدانة من الأقارب، أو مزاوله عمل داخل المنزل أو اللجوء للأهل، لأجل متابعة العلاج، حتى وإن كانت مستحقات العلاج

باهظة الثمن، هذا كله لقاء الحصول على حمل سليم؛ ينتهي بإنجاب مولود، يعزز استقرار علاقتهن بأزواجهن وبعائلتهن الجديدة. وهذا ما دعا إلى إقرار التقييم الإيجابي من قبل أغلب مفردات عينة الدراسة، والتي قدرت نسبتها التراكمية 89,3 بالمائة المتضمنة (الاستجابات الجيدة والحسنة مجمعة) في مقابل نسبة تراكمية مقدرة ب 10,7 بالمائة لنظيرتها من الاستجابات (المتوسطة والسيئة) التي عبّرت عن تقييمها السلبي.

الشكل رقم(26): يوضح خيار مفردات عينة البحث بخصوص عملية الولادة:



النتائج والتحليل:

بالرغم من اعتراف وإقرار معظم مفردات الدراسة الحالية بتلك النقائص التي يعاني منها القطاع الصحي العام لاسيما في مستشفى الأم والطفل، غير أنه يعتبر الخيار الأفضل لهن للجوء إليه أثناء الولادة، حيث سجل ما يساوي 344 مبحوث من مفردات عينة البحث، وما يعادل نسبة 58,4 بالمائة، كتمثيل للفئة العمرية ذات المقدرة على الاخصاب والانجاب؛ تتجه نحو المستشفى لوضع جنينها، في مقابل ما يساوي 244 مبحوث من مفردات العينة، بنسبة تقدر ب 41,4، وهي نسبة، وإن كانت اقل من المتوسط، لكنها معتبرة، يفضلن وضع جنينهن في مصحات خاصة.

وقد يكون دافعها هو ارتفاع المستوى الاقتصادي أو وجود مصادر متعددة لدخل الزوج، أو مزاوله بعض الأمهات أنفسهن لعمل ما، أو وجود علاقات شخصية، انسانية، قرابية ومهنية ببعض الاطارات الطبية ذات الثقة المتواجدة بهذه المصحات.

وقد يكون الدافع لدى الفئة الغالبة إنما هو الظروف المادية المتدنية والتي لا تسمح بالإقامة في أحد المصحات التابعة للقطاع الخاص، كما أسلفنا الذكر، نظرا لان القطاع العمومي في الجزائر لا يزال يستفيد من دعم الدولة، ومجاني، ولا تدفع فيه إلا مبالغ رمزية (حوالي 100 دج لليلة الواحدة) فقط حسب ما أذكر، ما يمكن اعتبارها في متناول الجميع.

هذا من جهة أولى، ومن جهة ثانية سيادة بعض الأفكار، غير الصحيحة من وجهة نظر عينة الأطباء المعتمدين في هذه الدراسة، وهي أن للمستشفى تجهيزات ومعدات وكفاءات يفقدها القطاع الخاص، هذا من ناحية التجهيزات، أما من الناحية القانونية فإن سيادة الاعتقاد بأن المستشفى يتحمل المسؤولية القانونية للمرضى الوافدين إليه، لا سيما في حالة حدوث اخطاء طبية، على غرار القطاع الخاص، الذي يملص من المسؤولية بجعل المريض أو من ينوب عنه من ولي يوقع استمارة تحمل المسؤولية، وبسيادة هذه القناعات فإنه يكون الدافع الأكبر لاختياره.

بينما صرحت عينة الأطباء وذهبت إلى تأكيد أفضلية العمل في عيادات ومؤسسات القطاع الخاص، نظرا لما تحظى به من وسائل طبية جديدة تقنتيها وتستوردها فور اكتشافها، كما وتحمل المسؤولية، لأن القطاع الخاص هو بالدرجة الأولى قطاع يمكن اعتباره ذو طابع تجاري، أين تكون للسمعة مكانتها ودورها للترويج لخدماته وكسب زبائن دائمون، ناهيك عن تلك القيود والمراقبة التي تمارسها السلطات عليه.

وبالنظر إلى الوقائع وواقع القطاع العام والخاص، فإنه يمكننا القول أن ليس كل ما ذكر بصحيح من الجانبين وأيضا ليس بخطأ، حيث قد تتوثق علاقة العام بالخاص لخدمة أغراض ومصالح شخصية مشتركة، ذات طابع تجاري بالدرجة الأولى، هذا ما صرحت به إحدى الطبيبات، حينما أجابت عن سبب قلة الأطباء في مستشفى الأم والطفل بالباز، وعن سبب عدم تنظيم دورات تدريبية لهم من قبل إدارات جزائرية عالية المستوى؟، حيث أجابت بأن السبب يكمن في اتفاق بعض الأطراف من أطباء ومسؤولين إداريين هنا وهناك، لخدمة أغراض ومصالح ذات طابع فردي وتجاري.

الجدول رقم (31): يوضح موقف مفردات عينة البحث من ظروف التكفل للفريق الطبي أثناء عملية الولادة:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
ظروف سيئة جدا	85	14,4	14,4
ظروف سيئة	110	18,7	33,1
ظروف مقبولة	333	56,5	89,6
ظروف جيدة جدا	61	10,4	100
المجموع	589		100

التعليق والتحليل:

وفي ضوء القراءة السابقة؛ فإن تقييم مفردات عينة مجتمع الدراسة لمستوى وظروف التكفل الطبي من قبل الفريق الطبي، ممثلا في الطبيب والقابلة والممرضة والمسؤول الإداري المباشر والاختصاصي النفساني (إن وجد) وحتى أعوان الأمن، تبقى رهينة مشاعر الامتعاض والسخط مقابل مشاعر الرضا والارتياح التي يولدها شكل الاستقبال ونوعية المعاملة، حيث لا يمكن انكار البرودة في التعامل ناهيك عن الإهمال

والتسيب، وقلة النظافة والتهوية، دون أن ننسى افتقار الطباق الغذائي إلى النوعية والكافية، لكن هذا قد لا يكون أكثر أهمية لدى مفردات العينة من حسن المعاملة واللباقة والابتسام العريضة وإبداء الاحترام والاهتمام بالمريض. حيث نسجل اغلب نسبة تراكمية تقارب 67 بالمائة تمثل 394 تتدرج تنازليا من حيث درجة التقييم (مقبولة، ثم جيدة جدا) لتشييد بظروف التكفل الصحي للفريق الطبي، وقد تقصد المصحات الخاصة على غرار القطاع العام، أين يجبر الموظفون، أطباء كانوا أو ممرضات أو أعوان أو غيرهم بحسن استقبال والتعامل مع الزبائن، وهذا بدافع المحافظة على سمعتهم، مكانتهم، وعلى استقطابهم لزبائن دائمين.

في حين نجد النسبة التراكمية لتقييم الظروف على النحو السلبي وفق تدرج (ظروف سيئة وسيئة جدا) تقدر ب33,1 بالمائة وهي نسبة تحت المتوسط عموما، ولكنها ليست ضعيفة جدا، إذ تمثل 195 مبحوث من مجموع مفردات عينة الدراسة، وهي ربما تلك التي تجبرها ظروفها المادية على الإقامة في المستشفى لغرض الولادة، وقد تقصد، فعلا، بعض المصحات، حيث تشترك في بعض الصفات السلبية وتتقاسمها مع القطاع العام. طالما أن ذهنية التسيير هي نفسها، وأن التنشئة الاجتماعية لأفراد المجتمع هي واحدة أيضا، وعليه فإن الذي يزاوئ عملا بالقطاع العام وعملا آخر بالقطاع الخاص يدرك تماما، أنه لا فرق واسع بينهما من حيث سيادة العلاقات الشخصية والمحسوبة وغيرها، إلا كسب المال وزجر المسؤولين وردع السارقين.

الجدول رقم (32): يوضح ما إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما لدى مفردات عينة البحث مصاب بأحد هذه الأمراض:

الاحتمالات	التكرارات	%	% تراكمي
داء السكري	147	25	80
الضغط الدموي	102	17,3	97,3
فقر الدم	1	0,2	97,5
مرض القلب	15	2,5	100
المجموع	265		
لا	324	55	55
المجموع الكلي	589		100

التعليق والتحليل:

قد لا يكون من المناسب مخاطبة المبحوث ومعرفة أسرار لا يريد كشفها لاسيما تلك المتعلقة بأهله وعائلته أو ما يمكن وأن يعتبره أسراراً شخصية، غير أن أهمية الموضوع تطلبت منا طرح هذا السؤال لمعرفة اثر الامراض المتوارثة والمعدية على واقع الصحة والخصوبة لدى مفردات عينة الدراسة. وفي ضوء النتائج المتحصل عليها، ثبت أن أغلب مفردات العينة والبالغ عددهم 324 مبحوث ونسبتهم 55 بالمائة، صرحن بإنكار إصابة

أقاربهم بالأمراض التي أصبن بها، وعلى العكس من ذلك صرح ما يقترب أيضا من نصف عدد مفردات العينة مقدرين بـ265 مبحوث ونسبة تكاد تقترب من المتوسط قدرت بـ45 بالمائة، أن أمراضهم يمكن أن تكون وراثية، نظرا لمعاناة أهاليهم بنفس الأمراض، حيث تتقدن نسبة الإصابة في أوساطهن بمرض داء السكري، تليها الإصابة بداء ارتفاع الضغط الدموي، ثم تليها بنسبة أقل الإصابة بمرض القلب وأخيرا فقر الدم. وإذ نلاحظ تقاربا بين النسبتين، فإننا نؤكد دور الوضعيات المختلفة التي تشغلها هذه العائلات وعلاقتها بتقهقر الصحة العامة، خاصة وأن أغلب هذه الأمراض يصنف طبيا في خانة الأمراض الاجتماعية، نظرا لأن مسبباتها تكون اجتماعية واقتصادية؛ تنتج القلق والخوف والتوتر، وتنتهي بإضعاف الجهاز المناعي، ومن ثم امكانية احتضان كل ما قد يسبب المرض، هذا بالإضافة إلى أن نقص التغذية بسبب الفقر أو سوء التغذية بسبب الجهل والثقافة المتخلفة، قد ينتج عنه الإصابة بخلل وظيفي للجسم، ومنه تخلق البيئة الملائمة لتشكّل وتطور المرض كحالة داء السكري مثلا.

ثانيا- مناقشة النتائج الجزئية لفرضيات الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والاتجاهات النظرية:

الفرضية الأولى:

"يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة ايجابا بالوضع الاقتصادية العامة"

تقول فرحات نادية¹: "فالشروط الجديدة التي تعيشها المرأة في الميدانين - العمل المهني والأسرة- تفرض وضعها على حجم الأسرة وتقليله من أجل تحقيق التوازن بينهما، فدور المرأة معقد جدا إذا عليها أن تعمل بكل قواها من أجل التوفيق بين أشغال البيت المتعددة والعمل خارج البيت، لذلك فكثيرا ما ترفض الزوجة العاملة إنجاب المزيد من الأطفال كما تتعمد الغالبية منهن إلى طرح فكرة الإنجاب والعمل وذلك لسنوات عدة من التحاقها بالعمل، فالعلاقة القائمة بين عمل المرأة وطول الفترات بين الحمل هي علاقة سلبية...وقد أوضحت الدراسات أن مشاركة المرأة في قوة العمل سواء في الماضي أو الحاضر أو حتى المستقبل يرتبط عكسيا بخصوبتها أو أنها ترتبط بشكل مباشر باستعمال المرأة لوسائل منع الحمل"².

من منطلق ما قدمته فرحات نادية، نستنتج بأن الخصوبة تختلف بين النساء العاملات عن غير العاملات، فكلما كانت المرأة متعددة الوظائف كلما لجأت إلى تقليص خصوبتها، وهذا ما أكدته نظرية الوضع الاجتماعي لصاحبها أرسين ديمون والتي مؤداها: أن انخفاض مستويات الخصوبة ومعدلاتها بالنسبة للنساء العاملات شيء طبيعي، لأن النساء يجدن أنفسهن محملات بأعباء عملية متخصصة بالإضافة إلى أعمالهن الروتينية في منازلهن، وأنه كما أشار قسم التنمية الاقتصادية والاجتماعية، التابع لهيئة الأمم المتحدة: "ستصبح المرأة صاندة خبز، على مستوى عائلتها بدلا من أن تكون عاملة في سوق العمل، الأمر الذي يزيد من رغبتها في تخفيض حجم أسرتها، كما أن للتعليم، وبالذات للمرأة أثر على معدلات الخصوبة، وبغض النظر عن التقدم الحضاري للمجتمعات فارتفاع مستوى التعليم يزيد من فهم تحمل المسؤولية العائلية الأمر الذي يوضح العلاقة العكسية بين مستوى الأمية وارتفاع معدلات الخصوبة"³.

هذا بالنسبة للمرأة العاملة، ولكن ومن منطلق ما تحصلنا عليه من معطيات ميدانية فإن نسبة 73.9٪ من مفردات العينة هن ربات بيوت ولا يزاو لن أي نشاط اقتصادي خارج المنزل، وعليه فإن هذه النظرية لا تنطبق على عينة دراستنا عدى في جزئيتها والخاص بالنساء العاملات، وحتى هذه العقبة قد وجدنا أن النسوة العاملات قد تخطينها من خلال وضع أبنائهن بمؤسسات بديلة (رياض الأطفال) أو عند أحد أقاربهن، على اعتبار أن المجتمع الجزائري من المجتمعات التي لا زالت تحافظ على تماسك نسيجها الأسري.

¹ فرحات نادية : أستاذة بقسم العلوم السياسية، جامعة حسبية بن بوعلی الشلف- الجزائر.

² فرحات نادية، عمل المرأة وأثره على العلاقات الأسرية، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، العدد8، 2012، ص7.

³ أسعد بن محمد عطية، مؤشرات خصوبة سكان دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، مرجع سابق، ص.61.

ومنه يمكن أن نربط فرضيتنا الجزئية الأولى ونفسرها ضمن نظرية كاين (Cain) الذي يركز على مفهوم الطلب على الأطفال، فبصورة عامة قد ركزت هذه النظرية على قيمة الأولاد كمصدر ضمان وحماية للأهل في البلدان النامية. فقد اعتبر كاين أن مكانة المرأة المتدنية نتيجة اعتمادها الاقتصادي على الرجل يجعلها أكثر عرضة للخطر في حال الترميل أو الطلاق أو في حالة مرض الزوج، الأمر الذي يؤدي إلى تعزيز رغبتها في إنجاب الأولاد بغية تأمين العدد الكافي منهم كضمان بوجه المخاطر المفترضة والتي يمكن أن تمر بها مستقبلاً.

وقد رأى كاين أن العائلة الممتدة قد تشكل مصدر حماية في حالات الخطر والشيخوخة، واعتبر خلافاً لكادويل أن انتشارها قد يكون عامل ضبط لمستوى الخصوبة¹.

أما من الناحية الدينية فإننا نجد الدين الإسلامي يحث على إنجاب الأولاد، ويقر بأن لكل مولود رزقه، وذلك من خلال قوله تعالى: " وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةً إِمْلَاقٍ ۗ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ ۗ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا"²

وكننتيجة جزئية يمكننا القول بأن فرضية: يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة ايجاباً بالوضع الاقتصادية العامة، لم تتحقق إلا في جزئية بسيطة خاصة بالنساء العاملات فقط، أما النساء ربات البيوت فلا، وعليه فهي لم تتحقق لأن أغلب مفردات العينة من ربات البيوت.

¹ منير عبد الله كرادشة، علم السكان (الديموغرافيا الاجتماعية)، مرجع سابق، ص. 66.

² القرآن الكريم، سورة الإسراء الآية: 31.

بعد التعليق على معظم جداول المحور الثالث لاستمارة البحث يتضح أن أغلب مفردات العينة يحبذن الإنجاب الكثير للأطفال، هذا رغم تدهور الظروف الاجتماعية لأسرهم (من مشاكل زوجية تفوق نسبتها 60 بالمائة ومشاكل مع أهل الزوج أيضا تفوق نسبتها 60 بالمائة، إلى جانب تدهور الاوضاع الاسرية بسبب مشكلات ذات أساس اقتصادي مثل (تأجير السكن، والفقر، والعيش مع العائلة الممتدة في البيوت الكبيرة، ومكوث السواد الاعظم من الامهات في البيت دون عمل، زيادة على انخفاض المستوى التعليمي..)، وذلك يفسر بانخفاض المستوى التعليمي للزوجين من جهة وعدم الوعي بمخاطر الإنجاب الكثير على صحة الزوجة وتخوف الزوجة من الطلاق وأحيانا الرغبة في إنجاب الذكر في حالة إنجاب الاناث فقط وأيضا تأثير وسط المعيشة (الريف) على إنجاب عدد أكبر من أجل الافتخار والتباهي أمام أهل الزوج..

من خلال التعليق على النسب الواردة في جداول هذا المحور يتوضح أن النتائج والنسب لها دلالة موازية مع ما تضمنته الملاحظات والمقابلات وخاصة حول قضية أن الأفراد يحبذون إنجاب عدد أكبر من الأطفال رغم تدهور ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية وخاصة أن أغلب النساء الحوامل وبعد عملية الوضع لا تراعين الوضع الاجتماعي أو الاقتصادي لأسرهن (في حالة الكراء أو ضيق المسكن أو تسديد دين الشقة الممنوحة) إضافة إلى كثرة المشاكل الاجتماعية بين أهل الزوج والزوجة وغالبا بين الزوجين بسبب عدم توافق المستوى التعليمي بينهما، وأيضا من ينجبن أكبر عدد من الأطفال هن من أصول ريفية، وتخوف الزوجة من الطلاق مما يجعلها تنجب عددا أكبر للحفاظ على الرابطة الزوجية والاستقرار الدائم، وأيضا هناك بعض الحالات اللاتي صرحن عن رغبتهن الشديدة في إنجاب الذكر وذلك بعد إنجابهن لعدد معين من الاناث.

من خلال ما تم التعليق عليه في هذا المحور تبين ان النتائج المتوصل اليها هي مطابقة لمحتوى ومضمون ما تناولته الدراسات السابقة وخاصة دراسة مصطفى خلف عبد الجواد، سنة 1995، وذلك ما تضمنته فرضياتها حول أن الخصائص الديمغرافية والاجتماعية للزوجين لها تأثير كبير على معدل الخصوبة وذلك يرجع إلى نوع الأسرة إذا كانت من وسط ريفي حيث تنجب عدد كبير من الأطفال.

وأن الأسرة الممتدة تشجع على ارتفاع الخصوبة وايضا تطابق نتائجها إلى ما توصلنا إليه حول وجود تأثير متغيري التعليم والمهنة يدل على ضرورة التركيز على العوامل الاجتماعية عند إعداد السياسات السكانية.

وأيضا يمكن القول أن ارتفاع الخصوبة لدى مفردات العينة يرجع في الغالب الى انخفاض المستوى التعليمي من جهة وانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة

وتدهور الوضع الصحي للمرأة بالدرجة الاولى ناهيك عن انعدام الوعي الصحي لدى الغالبية العظمى للزوجين وخاصة النساء.

بعد التعليق والتحليل والتفسير لمحتوى الفرضية الثالثة يتوضح لنا أن متغير العوامل الاجتماعية له دور فعال في انخفاض أو ارتفاع الخصوبة وهذه الفرضية مطابقة تماما لما تم عرضه وبالتفصيل في الاطار النظري وما تضمنته الدراسات السابقة في محتواها وان هناك تباينا واضحا بين معدلات الخصوبة بين الأسر ذات المستوى الاجتماعي الراقى والأسر ذات المستوى المتدني، وأيضا تأثير الوسط المعيشي على ارتفاع معدل الخصوبة وخاصة في الوسط الريفي أو انتماء أحد الزوجين للوسط الريفي، واحيان تخوف الزوجة من الطلاق وإنجاب اناث فقط.

وكننتيجة جزئية يمكننا القول بأن فرضية: يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة ايجابا بالوضعية الاجتماعية العامة، لم تتحقق بنسبة معتبرة.

من خلال النتائج المتحصل عليها يمكن القول أن للمستوى التعليمي والثقافي أثر جد معتبر في تخفيض معدلات الخصوبة، حيث أعرب المبحوثين من عينة الدراسة المقصودة أن الوعي الصحي يشكل عاملا حاسما لتسهيل وقبول ومسايرة التوجيهات الصحية للطبيب تجاه المريضات خاصة من المصابات بداء السكري أو أمراض القلب أو الاجهاض المتكرر أو الولادة القيصرية المتكررة، حيث تم التأكيد على وجود صعوبة في اقناع المريضات وأزواجهن بضرورة تنظيم أو تحديد النسل لاعتبارات صحية أكيدة، والسبب إنما هو انعدام الوعي لديهم هذا فيما يخص غير المتعلمين أما ذوي المستوى التعليمي العالي فان الامر يكون مختلف تماما ويمكن للتحاور والشرح أن يأتي بنتيجة حاسمة.

ما يؤكد ويدعم هذا الموقف هو المستوى التعليمي لأغلب مفردات العينة، حيث أن أغلب نسبة تراكمية للمستوى التعليمي من دون التعليم الجامعي تقدر ب 85 بالمائة، ما يعني أن أغلبهن دون المستوى المطلوب، وأنهن يفتقرن حقيقة إلى الوعي الصحي. أما اقبالهن على الانجاب فذلك لان اغلبهن في مقتبل الحياة الزوجية وهذا ما يفسره تاريخ وسن الزواج، وكأمر طبيعي يكون الاقبال عليه، وأما رغبتهن في انجاب عدد معين فهو يقع بين أعلى نسبة تم تسجيلها بهذا الشأن وهي 36,5 بالمائة لثلاث أطفال ونسبة 30.7 لصالح انجاب أربع أطفال، ما يعني بلغة النسبة التراكمية ما يفوق 70 بالمائة من استجابات مفردات العينة.

وهذا ينم عن الرغبة في الانجاب ويكشف تواليا عن غياب الوعي، خاصة وأن الظروف المادية للغالبية متوسطة أو هي دون المتوسط بحكم الاعتماد على الدخل الاقتصادي للزوج فقط، بسبب مكوث أغلبية الزوجات في البيوت، كما أن أغلب الوظائف هي حكومية ما تعني انخفاض مستوى الدخل في العموم. وبالرغم من ذلك نقف على رغبة الأغلبية في انجاب هذا العدد من الأولاد.

بينما تتجه أغلبية مفردات العينة نحو اتباع فكرة تنظيم النسل منذ الزواج أو بعد الولادة الأولى مباشرة، وأن تكون مدة التباعد بين الولادات طويلة إلى حد ما، فذلك بسبب رغبة الأم في استرجاع عافيتها، ومنح الفرصة لتلقى المولود الرضاعة الكافية والرعاية اللازمة التي تلازمه حتى سن 6 سنوات على الأقل. كما قد يفسر هذا الاتجاه بضعف البنية الصحية للأمهات وكذلك البنية النفسية، حيث أكد الاطباء من مفردات العينة أن الاقبال على الولادة القيصرية لأول ولادة؛ غالبا ما يكون تلبية لطلب المرأة ويتم تحت الحاحها، لأنها لا تستطيع أن تتحمل آلام الوضع بسبب قلة أو انعدام الصبر، كما تمت

الإشارة إلى أن ضعف النشاط الحركي والاستكانة إلى كثرة الأكل والراحة، تؤثر سلبا على صحة الأم وهي السبب في كثير من مشاكلها الصحية.

كما أن مؤشر المستوى التعليمي للزوج له دور في تخفيض الخصوبة حيث تبين أن الزوجين ذو المستوى التعليمي العالي (ونسبتهم 22 بالمائة) لديهما عدد قليل من الأطفال عكس ما وجدناه عند الزوجين دون المستوى التعليمي والثقافي وهذا ما يؤثر سلبا من حيث ارتفاع معدلات الخصوبة وتدهور صحة الزوجة نتيجة الانجاب المتكرر .

من خلال أهم الملاحظات المستمرة التي تمت من طرف الباحثات والمقابلات المنجزة وجها لوجه مع الأطباء وطبيبات أمراض النساء، ومفردات عينة البحث المقصودة بمستشفى الأم والطفل والنساء الحوامل؛ المترددات على عيادات خاصة بأمراض النساء والتوليد، يتبين أن لمتغير المستوى التعليمي والثقافي دورا نسبيا في تغير نظرة أفراد مجتمع مدينة سطيف لسلوكهم الانجابي، وهذا بالنسبة للأزواج والزوجات ذوات المستوى التعليمي العالي والثانوي من أجل الأخذ بفكرة تنظيم النسل وزيادة استخدام وسائل منع الحمل وتطبيق فكرة المباشرة بين الولادات، وأيضا من أجل المحافظة على الوضع الاقتصادي والاجتماعي المقبول، مع الإدراك الكامل للأزواج بضرورة انجاب عدد أقل عبر فترات متباعدة، حتى يتلقى كل طفل الرعاية الكافية منذ الولادة إلى بلوغه سن 6 سنوات.

عكس ما نجده عند الأفراد دون المستوى التعليمي أو المستوى الابتدائي والمتوسط وأيضا الثانوي وما ينجر عنه من ارتفاع معدلات الخصوبة والانجاب المتكرر دون المباشرة، وهذا بدوره يؤدي إلى تدهور صحة الأم والطفل معا، مما يتسبب في تدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، هذا سوف يؤثر على سلوك الأفراد مستقبلا.

يتوضح من خلال النتائج المتحصل عليها أن انخفاض المستوى التعليمي والثقافي لمفردات عينة الدراسة كان له أثرا كبيرا في تحديد نظرة المرأة لحجم أسرتها، كما أن خروجها للعمل (بالنسبة للبعض) أدى إلى تغير اتجاهها لصالح تنظيم النسل لدى بعض الحالات، غير أنه تسبب من جهة أخرى في تعرض حالات أخرى لمشكلات صحية نفس – بيولوجية نتيجة للضغوط المهنية بالإضافة إلى الضغوط الأسرية، حيث أقر الأطباء أن كثير من المريضات من ذوي المستوى التعليمي الجامعي والعاملات خارج المنزل يعانين من **مشكلة العقم النفسي**، والذي مرده علميا لا يزال مجهولا غير أنه يمكن تفسيره بتراكم الضغوط والاجهاد، مما يتسبب في معاكسة رغبة المرأة في الانجاب بافتقاد القدرة النفسية على الانجاب.

حيث لم يتمكن من الوقوف على كثير من المؤشرات التي تطرقنا إليها في الاطار النظري من الدراسة الراهنة¹ تناولت في معظمها قضايا وأساسيات ساهمت إلى حد بعيد

¹ - بونس حمادي علي: **مبادئ علم الديمغرافيا**، الأردن، دار وائل للنشر، 2010، ط1، ص141.

في زيادة التحاق النساء بمختلف المؤسسات التعليمية والتثقيفية من أجل رفع المستوى التعليمي لهن، وتفكيرهن في الخروج للعمل من أجل تحقيق مكانة في المجتمع والمطالبة بحقوقهن للمشاركة في كل القرارات المتعلقة بوضعهن في المجتمع وخاصة داخل الأسرة فيما يتعلق بقرار الانجاب.

كما تدل النسب المتحصل عليها حوالي 50% من عينة الدراسة أن الموافقات والمطبقات لفكرة تنظيم النسل وانجاب عدد قليل من الأطفال هن الحائزات على مستوى تعليمي عالي، فقد تبين لهذا الأخير أثر في إحداث الفروق عند المقارنة بين مختلف مفردات عينة الدراسة (ذات المستوى التعليمي الابتدائي، المتوسط، الثانوي والجامعي).

حسب ما توصلت إليه نتائج الدراسة الميدانية أن لضعف المستوى التعليمي أثر جد فعال في افتقاد مفردات عينة الدراسة الوعي الصحي الكامل تجاه سلوكهم الانجابي. وذلك ما اثبتته العديد من الدراسات والتحقيقات المنجزة حول أثر التعليم على معدلات الخصوبة، والتي توصلت في معظمها إلى أن هذا المتغير استطاع أن يساهم بفعالية في تطبيق فكرة تنظيم النسل وزيادة استخدام وسائل منع الحمل، واتباع فكرة التباعد بين الولادات من أجل الحفاظ على صحة الأم والطفل وتوفير الوقت الكافي لرعاية ذلك العدد القليل.

هذا بالإضافة إلى الاعتماد على تعاطي حبوب منع الحمل كوسيلة شائعة في عملية التنظيم يمكن ان يعتبر كذلك مؤشر عن ضعف الوعي، حيث أن الدراسات والتجارب المعملية اثبتت النتائج السلبية والانعكاسات الخطيرة لهذه العقاقير على صحة المرأة، حيث هناك من ذهب إلى الاعتقاد بأنها من مسببات الإصابة بداء السرطان، نظرا لدورها في إحداث الاضطرابات الهرمونية والتسبب فيما يصاحبها من أعراض، ناهيك عن حالات التوتر والقلق.

النتيجة هي تحقق الفرضية الثالثة بنسبة معتبرة جدا.

الفرضية الرابعة:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

بعد القراءة الإحصائية لتكامل الجداول التي عالجت الفرضية الرابعة والتي مفادها: «يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية البيولوجية العامة»، يتضح لنا أن هناك اتفاق بين النتائج الجزئية للدراسة الحالية ونتائج الدراسة المقدمة من صندوق الأمم المتحدة للسكان والمعنونة بـ " اتجاهات الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق (التحديات والتدخلات) حيث كشفت أن حوالي (50 %) من النساء في العينة، تزوجن بعمر يقل عن 20 سنة، تزداد هذه النسبة في الريف (53.5%) عنه في الحضر (46.3%)، هذا ما يتطابق وما توصلت إليه الدراسة الحالية في بيانات الشكل رقم (20) حيث نجد أن نسبة (75.4 %) وهي النسبة الأكثر تمثيل أي ما يعادل (444 من مفردات عينة البحث) أكدن على أن زواجهن تم في سن مبكرة.

كما تتفق نفس الدراسة مع احدى نتائج دراستنا الحالية، المتضمنة في الجدول رقم (21)، والتي تشير إلى أن الزواج في سن مبكر يساعد على سرعة الإنجاب بنسبة قدرت ب: (74.2 %) أي ما يعادل (437 من مجموع مفردات عينة البحث)، حيث أكدن أن سرعة الإنجاب له علاقة بالزواج المبكر، هذا ما أثبتته تحليل بيانات I-WLSH لدراسة مدى مستوى الإنجاب الإجمالي الحالي ونمطه ودوره في تعزيز صحة المرأة ، كما اكده أيضا واقع السلوك الانجابي في الأسرة الجزائرية الممتدة قبل وبعد مرحلة الاستقلال.

من المعروف أن مضاعفات الحمل والولادة تزداد بين النساء الصغيرات نسبيا أقل من 20 سنة والكبيرات نسبيا أكبر من 35 سنة، أما الجدول رقم (25)، والذي يوضح أسباب تأخر سن الزواج لدى مفردات عينة البحث، والتي تتوافق مع ما استعراضه بعض علماء الاجتماع¹ عما يعرف بالخصوبة المتباينة، وذلك من أجل تأكيد علاقة الخصوبة وارتباطها بمجموعة من المتغيرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية، نذكر من أهمها: ارتفاع سن الزواج، ويرجع السبب في الارتفاع إلى مواصلة الفتاة لتعليمها، وخروجها لميدان العمل وارتفاع تكاليف الزواج.

زيادة على ما سبق إن الارتفاع في سن الزواج يؤدي إلى انخفاض معدلات المواليد، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراستنا الحالية، حيث نجد أن من بين أسباب تأخر سن الزواج لدى شريحة الفتيات؛ اللواتي أحرزن النجاح في شهادة البكالوريا هو اقبالهن الكبير على مواصلة التعليم، حيث تمثل نسبتهن (9.7 %) أي ما يمثل (57 من مفردات عينة البحث)، وإن بدت ضعيفة فذاك لأن أغلب مفردات العينة ليس لهم مستوى تعليمي كبير إذ ينحصر أغلبه في المستوى المتوسط والثانوي وأن اغلبهن صرحن بعدم قدوم الخاطب،

¹ - أنظر فتحى محمد أبو عيانة: جغرافيا السكان وأسسها الديمغرافية العامة، مرجا سابق، ص: 103.

يليهما عدم توفر الرجل المناسب، ثم يليها سبب أولوية العمل (2.2%) أي (13) من مفردات عينة البحث) وهذا أيضا قد يبدو أمرا شاذا لكنه مهم في التحليل العلمي، إذ أن أغلب مفردات الدراسة هن ماكنثات في البيوت، ولعل هذا ما تفسره نظرية روبرت مالتوس، حيث اعتقد أن هناك من الموانع ما حال دون نمو السكان في الماضي بنسب هندسية في كل جيل، وقد قسم هذه الموانع إلى قسمين، الموانع الإيجابية: وهي الموانع التي تؤثر في معدل الوفيات، والتي تنشأ أساسا من ضغط السكان على وسائل العيش... ، الموانع الوقائية: وهي الموانع التي تحول دون نمو السكان هي الأخرى، والتي تعمل على خفض معدل المواليد، وبرزها ما أسماه مالتوس الضبط الأخلاقي (Moral Restraint) ويقصد به الامتناع عن الزواج أو تأجيله مع الاحتفاظ بسلوك عفيف. طوال مدة الامتناع أو التأجيل، واعتبر مالتوس أن تأجيل الزواج كان وسيظل المانع الواقي الرئيسي. الأمر الذي يؤثر على تقليص معدل الخصوبة بصورة غير مباشرة.

أما بالنسبة لطبيعة المشاكل الصحية لدى مفردات عينة البحث للجدول رقم (27) و(32) ، واللذان يشيران إلى تصنيف أبرز المشكلات الصحية الأكثر انتشارا، كالقلق والعصبية وأمراض الجهاز الهضمي داء السكري وأمراض القلب وعلاقتها بالوراثة؛ فيمكن تفسير ذلك بالاستعانة بنظرية المتعددة للمرض، فالمستوى الصحي للفرد أو المجتمع ينتج من تفاعل عدة عوامل وقوى، يعمل كل منها في اتجاه؛ قد لا يكون ايجابيا أو سلبيا فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدها. والمستوى الصحي يكون بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل. وتظهر الحالة المرضية في حالة ما إذا تغلبت العوامل السلبية مثلا: مرض السل، يحدث نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل منها ميكروب السُّل والعوامل البيئية المحيطة والإنسان المصنف للمرض، ولهذا نستطيع أن نحدد أن العوامل التي تفرز مستويات الصحة في المجتمع تتمثل في:

- ✓ المسببات النوعية للمرض.
- ✓ مسببات تتعلق بالإنسان " العائل المضيف".
- ✓ مسببات بيئية تتعلق بالبيئة المحيطة بالإنسان والمسببات النوعية للأمراض.

ولعل ما يفسر لنا ذلك أيضا هو بيانات تقنية الملاحظة العشوائية والمقصودة، حيث أشارت إلى كثير من النقائص والسلبيات التي تؤثر حتما، وبشكل مباشر، على تدهور الصحة العمومية وعلى صحة الأم والجنين بصفة خاصة. هذا إضافة إلى الظروف الاقتصادية المتدنية والتي لا شك أن لها بالغ الأثر على مستوى المعيشة من خلال نوعية الغذاء، كذلك أثر الظروف التعليمية والثقافية المتدنية حيث تؤدي إلى توارث ممارسات وتصرفات في النظام وأنماط معيشية سيئة، تضر بالصحة عموما، ناهيك عن الظروف الاجتماعية، حيث أن المشاكل الزوجية التي تعاني منها النسبة المعتبرة وكذلك المشاكل مع أهالي الأزواج كلها تتسبب في ارتفاع منسوب الإصابات الانفعالية وتخلف القلق والعصبية وارتفاع الضغط الدموي والإصابة بداء السكري وداء السرطان.

وبالتالي يمكن القول أن هناك جهد مبذول من طرف الأطباء والمرضيين، ولكن ما يمكن أن يؤخذ على الأطباء هو صغر سنهم، والذي يعكس قلة خبرتهم في هذا المجال، بالإضافة الى قلة عدد الأطباء بالمقارنة بعدد النساء القابلات وخبرتهم في المستشفى يوميا، مما يؤثر بالسلب على الوضع الصحي للمرضى الذي قد يؤدي الى مشاكل صحية متفاقمة.

أما النتائج الجزئية التي تم جمعها عبر تقنية استمارة الاستبيان فإنها تكشف عما يلي:

- ✓ مستوى التكفل الصحي جيد جدا (ويقصد به العيادات الخاصة والمصحات الخاصة في العموم)

- ✓ المتابعة العلاجية لدى العيادات الخاصة هي ذات مستوى لائق.
- ✓ ظروف التكفل الصحي للفريق الطبي أثناء عملية التوليد هو في العموم فوق المتوسط، كما أن النتيجة العكسية هي دون المتوسط غير أن الهوة بينهما ليست كبيرة. وبالقدر ذاته يكون توافدهن أثناء الولادة على المستشفى ونصفهن الآخر على المصحات الخاصة، حيث تشكل المقدرة المالية الفيصل والأمر الحاسم في المسألة.

والنتيجة النهائية تأخذ شكلين، بحسب نوع القطاع الصحي، هما:

- **النتيجة الأولى:** تحقق الفرضية الرابعة بنسبة مفوق المتوسطة، فيما يتعلق بالقطاع العمومي. خاصة وأن أغلب مفردات العينة تكاد تقترب من المتوسط، يلجأن إليه في حالة عملية وضع جنينهن، أو حالات استثنائية قصوى كالإجهاض في أوقات شغور القطاع الخاص (عدم العمل في الليل مثلا).
- **النتيجة الثانية:** تحقق الفرضية الرابعة بنسبة معتبرة جدا، فيما يتعلق بالقطاع الصحي الخاص، حيث ظروف التكفل الطبي والمتابعة الصحية جيدة.

وهنا يبقى العامل الحاسم بين القطاعين؛ إنما هو المقدرة المالية لمفردات العينة لمجتمع الدراسة.

والنتيجة العامة النهائية تحقق الفرضية الرابعة بنسبة معتبرة جدا.

ثالثا- مناقشة النتائج العامة في ضوء تناول الماكرو – السوسولوجي للموضوع:

يتّجه الفلاسفة المعاصرين، كعادة أسلافهم، إلى احتضان النظرة الشمولية في رؤية الأشياء، الوقائع التاريخية، الأحداث الاجتماعية، نماذج الأشخاص، نماذج الأفعال وكذلك نماذج الأفكار. إنه اتجاه على قدر ما يطفو على سطح العموميات، على قدر ما يهبط، في الوقت ذاته، بالاهتمام غوصا في أعماق الموضوعات لاستخلاص الجزئيات وإدراك سفايف الأمور.

فالمسائل الاجتماعية؛ لا يمكن أن تجسد عملا عقليا ناضجا، ووعيا فكريا مستنيرا، ما لم تخاطب شكل الصورة ومضامينها، وتؤلف بين فهم جوهر مادتها وفهم قوام روحها، ومنه لا يمكن دراسة «الحقيقة الاجتماعية الكاملة»؛ إلا في ضوء إدراك " وضعية حركة المجتمع كله، وليس فقط بعض الجماعات، ومجموع المؤسسات. إنها الظاهرة، التي تتعلق بمختلف قطاعات وجوانب الحقيقة الاجتماعية، والتي لا يمكن أن نفهمها إلا إذا وضعناها ضمن إطار علاقاتها¹.

مّا يعني أن بنية التشابك والتعقيد في مجال فهم المجتمع ودراسة قطاعاته، وتلك خاصيته النوعية، هي من تحدد للعارفين مسالك سبر أغواره، وكيفيات جمع شتات الحقيقة المبتوثة ضمن جنباته المتنوعة والمتعددة، الظاهرة والباطنة. وعليه، ومن هنا يُصبح من العسير، على الباحثين السوسولوجيين لاسيما المحدثين، إنتاج معرفة سوسولوجية، هي بالأساس سجيئة دائمة، إذ لا يمكنها أن تنتعش خارج نطاق حدود الفضاء المؤسساتي الذي ترتع فيه، إذ بات واضحا أن مبررات ودوافع التفسير الماكرو سوسولوجي، لها المقدرة على لمّ حالة التشرذم والتمزق لأبعاد وجوانب ومكونات الحقيقة الاجتماعية الكاملة.

من هذا المنطلق؛ وعند دراسة موضوع يربط الصحة العامة كمتغير عام، والخصوية أيضا كمتغير، لا يقل عمومية، كلاهما يسبح في بحر من العلائق المتنوعة، دوليا ووطنيا ومحليا. تلك المتلونة، ايدولوجيا، ثقافيا، اجتماعيا، ايكولوجيا، حيث يتصل ويتفاعل تفاعلا كاملا أو جزئيا مع مختلف المجالات والقطاعات؛ فإنه يتعين علينا استجماع كل ما يروم إلى تعزيز فهمنا لجوانب الظاهرة، على نحو يتمخض عنه ما يمكن أن نعتبره الحقيقة الاجتماعية الكاملة التي نسعى إليها بكبير شغف.

إنه من المهم أن ندرك أن الوعي الاجتماعي يُشكل المولد للفكر الناضج الحكيم، والسلوك الرشيد القويم، لا بد له من مسيرة عمل، ومن روح حماسة نضال، لا بد له من مبررات تدفعه إلى الأمام، نحو الاستمرار والمثابرة، نحو التحلي بالصبر وبالمصابرة،

¹ Jacques Lombard : Introduction à l'ethnologie, 3 édition, Armand colin, paris, 2008, p : 145-146.
Traduction actuel : Aichour Nadia.

نحو تجاوز الذات والنظرة القاصرة، ولا بد أن ينتهي أمره إلى نتائج يرفع بها درجته، وتطرح بها عنه همومه، فتتجلي من خلالها أحزانه، وتسوده نشوة الثقة والانتصار.

إنّ تجليات هذا « الوَعْيِي...»، بوصفه إدراكا عقليا عميقا وشاملا، واستبصارا حدسيا دقيقا ولاذعا، وإسقاطا سلوكيا ناضجا؛ تبرز بشدة من خلال درجة الالتزام بالنظام العام، وبالانساق والانسجام والتكامل والتساند، في علاقة الفرد بالمجتمع، وعلاقة الحاكم بالمحكوم، وعلاقة الحاضر بالماضي والمستقبل، وعلاقة جنس الذكور بجنس الإناث، وعلاقة جيل الآباء بجيل الأبناء، وعلاقة الثقافة والأصالة بالعلم وبالمعاصرة، وعلاقة الفقر بالغني، وعلاقة الشمال بالجنوب والشرق بالغرب، كذلك هي علاقة قطاعات المجتمع المختلفة ببعضها البعض، كل هذه العلائق، كما سبق وأن أشرنا، هي المجال الأوسع الذي يحتضن الحقائق الاجتماعية في صورتها الكلية، والتي تتحدد وفق منظومة الحقوق والواجبات.

ولطالما تجلت هذه السمات في المجتمعات؛ التي استطاعت أن تحقق قدرا كبيرا من التقدم الاجتماعي، ومنزلة سيادية عالية، في مختلف الحضارات والمجتمعات وعبر مختلف العصور والأزمان، فأضحت المنتج الأول بل والمصدر الأول، كذلك، لأنماط الفكر ولأنظمة ونماذج السلوك والتصرف.

وعليه؛ وإذا كان العالم الثالث بالطبع خارج هذا التصنيف؛ ما يضعه في صنف المجتمعات غير الواعية والمعتمدة وحسب، في مسيرة حياتها، على حاسة التبعية والاستيراد المجنون؛ فإنّه على قاعدة هذا التوصيف تنبثق أعمق المشكلات، التي لا تؤدي إلّا إلى رفع منسوب حالة التخلف، وزرع شتلات استدامته بدعم ورعاية أسبابه وعوامله.

وضمن هذا السياق؛ يمكن أن نتناول موضوع بحثنا بالتحليل السوسولوجي باعتماد معيارين:

- مناقشة علاقة الدراسة الحالية بمعيار الحداثة وما بعد الحداثة، على الصعيد الدولي.
- مناقشة علاقة الدراسة الحالية بمعيار درجة الوعي الاجتماعي من منطلق منظومة الحقوق والواجبات.

المعيار الأول: مناقشة علاقة نتائج الدراسة الحالية بمعيار الحداثة وما بعد الحداثة، على الصعيد الدولي:

«المغلوب مولع بتقليد الغالب»»

إنها مقولة ابن خلدون المشهورة، أثبت صدقها خبرات التاريخ، إنها أكثر من مجرد قانون، فهي حكمة بالغة؛ يمكن الاحتكام إليها عند تفسير حقيقة بنية شبكة العلاقات والارتباطات، على صعيد الأفراد، الجماعات، الدول والشعوب.

إن ما يمكن أن يوجد الرابطة الوثيقة بين موضوع دراستنا وبين موضوع الحداثة وما تلاها من مرحلة، إنما هو نمط «**الحياة العصرية**»؛ المثقل باسقاطاته المختلفة، المباشرة منها وغير المباشرة، على واقع الصحة العالمية. طالما أننا كمجتمع وكجماعات وكأفراد، لم نعد معزولون عنها، شئنا أم أبينا، بعد الثورة الثالثة لتكنولوجيا الاتصال والإعلام، ولحركية التجارية الدولية للشركات المتعددة الجنسيات، ذات الفروع الاستثمارية في أكثر ربوع أقطار العالم.

"كثيرا ما نقرأ ونسمع بل ونعتقد، أن النمو والتطور في حياة البشر؛ إنما هو نمو وتطور يعكس ثنائية المتوافقات وثنائية المتعارضات، إذ يصعب فهم حدوث نمو في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والثقافية والحضارية والبيئية، دونما مرافقة متزامنة لنمو يعد الأساس الأول في المجال الفكري، هذا من جهة أولى، ومن جهة ثانية؛ فإن ثنائية المتعارضات، والمُعبر عنه بلغة أدق، بقانون التناقض في الوجود، إنما يدفع بحركة الحياة نحو التغيير والتغيير والتقدم والتطوير، سلبا أو ايجابا، بايعاز من محرك ومولد تفاعل الطاقة بينهما، "الصراع بالتعبير الماركسي، التوتر بالتعبير المحافظ، أو التدافع بالتعبير القرآني. وهو بالتأكيد يعكس تلك الركائز والاستعدادات الفطرية، الخيرة منها أو الشريرة، التي جُبل عليها البشر مذ أن خلقوا إلى أن يفنوا"¹.

"وهنا اتجهت أذهان الفلاسفة والمفكرين والعلماء، بما جادت به مواهبهم نظريا، وبما كوّمته حواسهم عبر الاستقصاء والاحتكاك المفرط بالوقائع، نحو رصد أهم ملامح التغيير التي رافقت رحلة البشر التاريخية، وطبعت خبرتهم الانسانية عبر محطات وخطوط وحدود زمنية. فمن حياة نسجت روايتها العبودية لله، وتبرأت من حول الإنسان وقدرته، واتسمت بالتسليم والخنوع، إلى حياة نسجت حكايتها الوضعية، بأناملها الحسية، وعقلانيتها المنطقية، والاستكانة إلى طلاقة الإيمان بالعقل النقدي والثقة العمياء في عملياته، ثم إنه احتجاج العقل على نفسه، حينما تتعكس النتائج مع المقاصد، وتتعارض المسرات المأمولات مع المضرات المرفوضات، تعارضا يخل بذلك الايمان، ويزعزع

¹ نادبة عيشور وكنزة عيشور: النبو - ميديا الاجتماعية وآليات الهيمنة في عصر العولمة، قراءة ابيستمي - سوسبيولوجية، مداخلة مشتركة في الملتقى الدولي حول التربية الاعلامية في ظل عالم متغير رهانات الواقع وتطلعات المستقبل، مخبر الدراسات الانسانية والأدبية، جامعة العربي التبسي، تبسة، 2017. قيد النشر في مجلة الجامعة.

تلك الثقة، فيصير الأمر إلى اكتشاف ملامح أزمة جديدة بحاجة إلى إصلاح جديد، إصلاح يتوق إلى معرفة كنه العقل وكنه الوجود وكنه الإنسان نفسه¹.

فالحداثة قبل أن تكون مجالاً للفلسف والتنظير، فهي قبل كل شيء، واقع مائل مجسد عبر الأنماط الفكرية والاتجاهات النفسية والتصرفات السلوكية، وهي بهذا تكون سابقة في وجودها على الوعي الاستيمولوجي، الذي أراد أن يجعل منها مجالاً لإخصاب الفكر وتشبيبه، وإعادة النظر في تشكيل مختلف الاتجاهات النظرية، في كثير من التخصصات الاجتماعية، كعلم الاقتصاد، العلوم السياسية والعلوم السلوكية وبالطبع علم الاجتماع.

"إنه من دواعي الإنصاف حقاً، أن نعترف بأنه لا يخلو جوهر أي مخلوق بشري أو مجتمع إنساني، من نوايا الفعل الخير والإحسان كما هو الحال بالنسبة لنوايا الشر والأذى، ولهذا لا يخفى على الجميع ما قدمته الحضارة الغربية من خدمات انسانية جلييلة، ومن تقدم ورفاهية لفائدة البشرية جمعاء، من خلال جهودها في نشر فلسفة حقوق الإنسان وتكريسها عبر نضالات المنظمات المدنية الدولية والوطنية. إذ تحسنت بمقتضاها مستويات المعيشة في العموم ومستويات الصحة العامة، وانتشر التعليم وعمّ جميع الفئات العمرية حتى طال كبار السن "محو الأمية"، وكذلك اتاحة فرص متساوية في التعليم والعمل والمشاركة السياسية بين الجنسين بشكل نسبي، كما تغير نمط الحياة؛ فظهرت مدن كبيرة على الشاكلة الغربية، تُوجت ببنية روابط اجتماعية أيضاً تحتذي وتقتفي نمط نسيج العلاقات هناك في الغرب، فانتشرت قيم الفردانية، والذوق الجمالي، وحرية التعبير والتدين، والمساواة بين الجنسين، وتم تسويغ وتطويع القيم والعادات والتقاليد والأعراف وحتى القوانين الوضعية المحلية في البلدان النامية والضعيفة، بمقتضى الضغوط الدولية، واخضاعها للمقولات الفكرية الغربية ولتعاليمها القانونية العالمية، والأمثلة على ذلك كثيرة. إلا أنه في غمرة هذه الإنجازات العظيمة؛ ولدت معوقات ذاتية لم تكن لتؤخذ في الحسبان قط، على الأقل ظاهرياً، وترتب عنها تفاقم عديد مشاكل انتهى أمر تراكمها وترسبها إلى بروز أشكال من التمرد والنقمة والعنف ثم الإرهاب"².

إنه "من الطبيعي أن يكون لكل منتج بشري في أي زمان ومكان، أهدافاً دفعت إلى ابتكاره ونوايا بلّطت الحاجة إليه. ومهما اختلفت طبيعة هذه الأهداف وطبيعة هذه النوايا؛ فإنّ تقييمها في ضوء جملة من المعايير الموضوعية يعد أمراً ضرورياً وحكيماً، لتقدير قيمة الفائدة المرجوة من الاستخدام من عدمها، وهذا ما يعكسه وجود وعي سياسي واجتماعي إزاء ما يُقدم للاستهلاك في صورة منتجات تسويقية، موجهة لأي إنسان أو أي مجتمع، وفي ضوء ذلك، من المهم أن يتعين على ساسة الدول الرشيدة عبر حكوماتها ونخبها من المثقفين والمناضلين المدنيين، قبل جمهور المستهلكين، أن يتساءلوا عن

¹ المرجع نفسه.

² نادية عيشور، كنزة عيشور، المرجع السابق.

جدوى الاستخدام وأهدافه وأبعاده، قبل المخاطرة بالتعرض لانعكاساته وسلبياته وأضراره وتكبد خسائر من جرائه"¹.

وبمراجعة مضامين منتوجات الحداثة وأبعادهما نجد أن هناك من ذهب إلى ربطها بمسألة الهيمنة، ومنهم نجد مفكر الحداثة **ألان توران**، يعزز هذا الكلام بقوله: "لقد صارت كل المجتمعات مخترقة بالأشكال الحديثة للإنتاج والاستهلاك (...). قارب الحداثة يحملنا جميعا يبقى فقط أن نعرف هل نحن ملاحون أم مسافرون يحملون أمتعة"²، كما يضيف: "إن مجتمعنا هو **مجتمع استلاب**، لا لأنه يؤدي إلى البؤس، أو لأنه يفرض قيودا بوليسية، بل لأنه يغري، ويعالج، ويدمج"³.

كما يتدخل هوركهايمر، حينما يناقش موضوع أزمة علم الاجتماع وعلاقته بأزمة النظام الاجتماعي، وأزمة الفرد وعلاقته بأزمة المجتمع، ليقرر: "أن التطور الحضاري والتكنولوجي وضع للعلم قيوده"⁴ ما يعني أن مصادر المعرفة العلمية واحتكار السطوة على مناهجها ومضامينها وأساليبها وطرائقها، ليعد من الأمور التي تساعد على إدراك حقيقة الهيمنة على الفكر والهيمنة على الواقع على حد سواء.

غير أنه من واجب المحافظة على صحتنا العمومية، أن نتساءل عن جوهر الغاية من الهيمنة؟ للإجابة على هذا السؤال، وجبت معرفة علاقة الحداثة بمفاهيم ذات صلة قوية، كالعالمية والعولمة والأمركة مثلا، حيث يجيبنا أحد الباحثين بقوله: "فالعالمية تشكل هدف من أهداف التعليم الجامعي، وهي ظاهرة تاريخية حضارية تسبب بها عالمية الاتصال التي تبلورت في نهايات القرن العشرين، ورفعت شعار تساوي الفرص والتعاون بين شعوب العالم قاطبة، أما العولمة فهي ظاهرة سياسية معاصرة، **وأداة من أدوات الشركات المتعددة الجنسيات** التي تنتمي إلى الدول القوية الغنية"⁵. كذلك تشير العولمة حسب البرو إلى: "كل العمليات التي بواسطتها **تدمج شعوب العالم** في مجتمع عالمي واحد"⁶، "حسب مثلما فإن مظاهر العولمة تتضمن حيزا لإعادة تنظيم الإنتاج، تداخل الصناعات عبر الحدود، توسع الأسواق المالية، انتشار تطابق المستهلكين لسلع البلدان المتباعدة، تنقلات ضخمة للسكان داخل الجنوب وكذلك من الجنوب والشرق إلى الغرب، الصراعات الناتجة عن الاحتكاك بين المهاجرين والجماعات المقيمة سابقا في نطاق جوارى ضيق، وبزوغ عالمي لانتشار مفضل للديمقراطية"⁷. فالعولمة في شقها العلمي

¹ المرجع نفسه.

² فارج مسرحي، **الحداثة في فكر محمد أركون**، منشورات الاختلاف، الدار العربية للعلوم - ناشرون، الطبعة الأولى، 2006، ص23.

³ ألان توران: **المجتمع ما بعد الصناعي**، ترجمة مورييس جلال، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي، دمشق، 1983، ص 12.

⁴ ابراهيم الحيدري: **النقد بين الحداثة وما بعد الحداثة**، الطبعة الأولى، دار الساقى، بيروت، 2012، ص 133.

⁵ ماجد عرسان الكيلاني، **التربية والعولمة**، مركز الناقد الثقافي، دمشق، 2008، ص131.

⁶ مارتا س. أ. فان دير بلاي: "العولمة: **انتصار للغموض**"، ترجمة صالح فيلاي، سلسلة أعمال الملتقيات، اشغال الندوة الوطنية حول العولمة والهوية الثقافية، اشراف فضيل دليو، **مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة**، 2010، ص19.

⁷ مارتا س. أ. فان دير بلاي: مرجع سابق، ص17.

والمعرفي "تستمد حيويتها الحقيقية من الثورة العلمية والمعلوماتية، التي أخذت تكتسح العالم بمعطياتها الباهرة في مجالات الهندسة الوراثية وتطوير الأجيال الجديدة من الحاسب الآلي والاقتراب من أصغر الجزيئات المكونة للمادة والغوص عميقا في الكون والمستجدات المعلوماتية والاتصالية، التي توشك أن تفتح آفاقا معرفية لا متناهية للإنسان المعاصر"¹، وهي في شقها العملي التطبيقي، فهي "تتجلى بأربعة أشياء: حركة البشر، حركة السلع والخدمات، وحركة رؤوس الأموال، وتبادل المعلومات والأفكار والأخبار"².

فإذن، تكون العولمة آلية من آليات الهيمنة، فما تكون الأمركة؟ إنها النزعة البشرية في مواجهة جماحها الجارف في غمرة مساعيها نحو تحقيق الذات، فتكون العقل واليد التي تشد بقبضة من حديد على إدارة وتسيير شؤون العالم، تتجلى " عبر آليات ممارسة الأمركة للهيمنة على العالم: كإدارة العلم والمعرفة، وإدارة الاقتصاد، وإدارة الموارد البشرية باسم معايير الجودة والايزو، والتحكم في دواليب المؤسسات السياسية عبر المواثيق الدولية لهيئة الأمم المتحدة، ثم تأطير المنظمات الدولية للمجتمع المدني في كل المجتمعات، والتوسع الدائم في نشر قيم المواطنة، وهذا كله يتم عبر تصدير النموذج الديمقراطي في المجال السياسي، والنموذج الليبرالي في المجال الاقتصادي، والنموذج العلماني في مجال التربية والتعليم والنموذج الحضاري المسيحي في المجال الثقافي"³.

وإذا كان للتغيير والحراك الاجتماعي قوانينه الطبيعية، وإذا كان التغيير الاجتماعي يعني استحضر تلك القوانين وخلق شروط تفاعلها؛ فإن التحولات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية أحدثت نقلة نوعية في مراحل عمر التجربة الغربية لاسيما الأمريكية، إذ حدث الانقلاب من الحداثة الى عكسها خلال فترة زمنية وجيزة. حيث شكلت الوقائع والأحداث مصدرا لانتعاش الأفكار وتجدها.

ففي تصوره لأهم العوامل التي تتسبب في حدوث الحراك الاجتماعي، أشار سوروكين إلى دور البعد الاقتصادي والسياسي بالدرجة الأولى، حيث أسند مهمة الحراك إلى عدة متغيرات سوسيو اجتماعية من أهمها ما يلي⁴:

- ينتقل الأفراد من وضعية اقتصادية إلى أخرى في فترات الاضطرابات الاجتماعية وفي مرحلة الحروب، وفي عهد الثورات السياسية والاجتماعية، وفي عصر التحولات الصناعية والتجارية السريعة التي أحدثتها الاكتشافات والاختراعات،
- تخضع الفئات الوسطى في مجتمع "Minneapolis" لعدم الحراك، أي للثبات الاجتماعي، في حين يبرز الحراك في الوضعية الاقتصادية لدى الطرفين المتناقضين: (الأغنياء والفقراء).

¹ عبد الخالق عبد الله: "العولمة ومحاولة دمج العالم"، كتاب العربي 49، الاسلام والغرب، صراع في زمن العولمة، الطبعة الاولى، مجلة العربي، الكويت، 2002، ص 96

² هاشم صالح، مرجع سابق، ص 243.

³ نادية عيشور، كنزة عيشور، مرجع سابق.

⁴ عبد العزيز راس المال: كيف يتحرك المجتمع، ونتائج ذلك على العلاقات الاجتماعية، دراسة سوسيوولوجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993، ص 71-72.

من هنا نجد؛ فإن قصة البداية للاستفاقة الفكرية على الصعيد السوسولوجي والوعي الجماهيري على الصعيد الاجتماعي، لاريب، أن منبعها كان بالذات محيط منشأها، فكما قال ماركس، "عندما تدق (الأغلبية البرلمانية) المزمارة والطبل من أعلى قمة الدولة؛ فماذا تنتظر ممن هم أسفل غير الرقص"¹، إذ جعلت من أزمة "الانهيار العظيم"، نقطة الانقلاب الحاسمة، حيث كان المجتمع الأمريكي، خلال العقد الرابع من القرن العشرين 1937، "يعاني من مجموعة من الاضطرابات الاقتصادية الناتجة عن أزمة عام 1930. وقد أثر هذا البناء المضطرب على عناصر البناء الفوقي بما فيها من أفكار وأيديولوجيات، فأصابها الاضطراب هي الأخرى،... أصاب النسق الاقتصادي تدهور كبير، كما تعطل ربع العمال الأمريكيين وعاشوا في فقر مدقع، وتحكم عدد قليل من الرأسماليين في سوق الإنتاج، فاتسعت الهوة بين الطبقات، واضطرب النسق الصناعي والوهم وعدم الأمن، خبرة فردية لكل عامل². أدى هذا التفكك الذي انتاب البناء التحتي الاقتصادي إلى تحلل أخلاقي، وأضحت القيم التقليدية مهددة بالرفض أو التغير تحت تأثير الأزمة، ونشأ صراع داخل الثقافة البورجوازية بين المنفعة والأخلاق، أو الحقوق الطبيعية، بل أن الطبقة الوسطى (البورجوازية)، ... تعرضت لأزمة عالمية؛ هددت بتفككها بعد مجموعة من التغيرات عقب الحرب العالمية الأولى، ومع تولد الأزمة الاقتصادية حدثت عدة تغيرات... أدى تفكك البناء التحتي - أيضا - إلى تفكك على مستوى الفكر، إذ لم تكن هناك نظرية عامة في المجتمع الأمريكي تستطيع أن تعيد للمجتمع توازنه³.

وإذ يقع العقل نفسه في مصيدة الشك والارتياب، فتتلاشى من حوله تلك الثقة بذاته مجددا، ذاك الارتياب وذاك الارتباك؛ الذي رفع قدره وشأنه بأن جعل منه في مرحلة سابقة إلاها من دون إله، وهذا لم يكن ليتم لو لا محاكمة الواقع له عبر دلالاته القطعية وشواهد الحسية والمنطقية، تلك غير المُبشرة بالمقاصد المستهدفة والمقررة سلفا عبر منظومة العقلانية الرشيدة، ربما هذا ما دفع البعض إلى القول بأن الحادثة ما هي إلا مرحلة عكست هشاشة فكرية، بدايتها كانت قوية غير أن الفشل ختم على نهايتها، وأزهق صلابتها وأرداها أسفل السافلين، وما العولمة إلا تعبيراً جلياً عن أزمة العقل في الثقة بنفسه، وفي مقدرته الحكامية.

حادثة؛ حفزتها تطلعات التُّخبة العالمية، إلى المال الوفير والربح السريع، وثمنت الرفاه الاقتصادي بوصفه تقدماً اجتماعياً، فسلكت مسلك النمو في خطه المستقيم، الذي لم يكن ليزيغ عن المضي في اتجاهه المتصاعد الأوحده، لو لا تعالي تلك الصيحات المنددة بما اكتسحه، هذا المسار، من أبعاد الحياة في جوانبها غير المادية، إذ ألحق بها عظيم

¹ الحبيب الجحاني: المجتمع المدني الديمقراطي في الوطن العربي، منشورات الزمن، الكويت، 2006، ص 102 - أحمد زايد: علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الأولى، 1981، ص: 102
³ المرجع نفسه، ص ص: 103-104

الضرر، وأصاب الأرض بمن فيها وعليها في مقتل، وأحدث بها اختلالات بيئية وسياسية وأمنية واقتصادية واجتماعية وكذلك صحية.

ففي خضم هذه الفوضى؛ وفي غمرة استتباب جموح هذا الطموح؛ وخلال هذه الأثناء، استفاق الوعي الاجتماعي على أكثر من صعيد (شعبي مدني، سياسي، فكري وعلمي)، واستطاعت مقولات الفكر النقدي ما بعد الحداثي أن تسطع من جديد إلى الوجود، وتنتشر بسرعة البرق في مختلف الأوساط، إذ ظلت تمارس مهامها في تعقب وترصد الأسباب والعوامل، تشخيصا وتحليلا ومقاربة، لترتقي بها من قاعدة الفاعلين الاجتماعيين الحقيقيين، كواقع ميكرو- سوسولوجي، إلى قمة عالم الكليات التجريدية، كواقع ماكرو- سوسولوجي. باعتماد لغة التواصل والتحاور مع الوقائع والأحداث، والاستناد عليها في إحداث نهضة فكرية؛ تتوج ببناء نظريات سوسولوجية قوية، تعيد تفسير المجتمع من جديد على أسس أكثر عقلانية وموضوعية، وتبحث عن مخرج لتحقيق حياة إنسانية تنعم بمستوى أعلى من العدالة العالمية والسلام العالمي والسعادة البشرية.

"فمع الحداثة التكنولوجية والعمرانية في المدن نشأت النزعة المضادة للحداثة. فقد اعتبر بعضهم أن عالم التكنولوجيا والمدنية الحديثة هو عالم بارد، صقيعي، لا روح فيه. وكثيرا ما تألم الشعراء من هذا العالم الصناعي، الخالي من العواطف والمشاعر والأحاسيس الإنسانية، ففي الماضي كان هناك انصهار بين البشر والأشياء، بين الكلمات والأشياء، وكانت العواطف الإنسانية تظلل الجميع، وكانت الطبيعة هي الأم الحنون بأزهارها وأشجارها، بسواقيها ووديانها... أما الآن، فلم يعد هناك إلا ضجيج المصانع، وصفير القطارات، وزحف التكنولوجيا على المدينة الحديثة بالفولاذ والإسمنت المسلح، وأحس الشاعر بأنه غريب في هذا العالم الذي لا هم له فيه إلا البحث عن الفائدة، والربح والمصلحة النفعية بأي شكل.¹ وإذا كان هذا حال الشعراء فما أحوال عامة الناس؟.

يقول نطوني غيدنز: " نشاهد أولا توسع الرأسمالية وعولمتها على صعيد الكرة الأرضية. ثم أن هذا التبدل يترافق مع ظهور اقتصاد المعلومة ومع الانقلابات المرتبة بانطلاقة العلم والتكنولوجيا. أخيرا، نشاهد في نهاية القرن 20 انتشار المثل الديموقراطية على كامل الأرض تقريبا، من باب الجاذبية على الأقل، تظل هذه الميول الثلاثة كما يبدو لي، القوى الكبرى التي تقود المجتمعات؛ إنها محركات الحداثة... اعتقد أننا نعيش في مرحلة انتقالية نحو مجتمع كوسموبوليتي شامل، ومدفوع بقوى السوق وبالتغيرات التكنولوجية والتغيرات الثقافية."²

¹ هاشم صالح: من الحداثة إلى العولمة، رحلة في الفكر الغربي وأثرها في الفكر العربي، الطبعة الأولى، كتاب العربية، الرياض، 2010، ص ص: 89-90.

² فيليب كابان، جان فرانسوا دورتييه: علم الاجتماع من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية، أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة اياس حسن، الطبعة الأولى، دار الفرقد، دمشق، 2010، ص 168.

يتساءل جان بودريارد¹ عن ماهية السعادة التي تخجل الحضارة المعاصرة مع تلك القوة الأيديولوجية؟ إنه يجعل وفق المنطق الاجتماعي للاستهلاك كل النقاش حول الحاجات، مستندا إلى انثروبولوجيا حية، يتعلق بشكل طبيعي بالسعادة... حيث يجب مراجعة كل رؤية تلقائية، وكل قوة أيديولوجية لقيم السعادة.

ونتساءل نحن، من موقعنا كمنتمين للعالم الثالث، عن مقدار السعادة والصحة والعافية، التي أمتعتنا بها منتجات الحضارة الغربية الحديثة في زمن طغيان فلسفة حياة الأمركة؟؟؟.

لا ننكر، أننا بفضل التقدم العلمي، أصبحنا نتمتع بقوة أبداننا، إذ تقلصت نسبة الوفيات لدى الأطفال في مقابل ارتفاع نسبة المواليد، كما ارتفع معدل متوسط العمر لدى الرجال والنساء. لقد أصبح لنا منازل حديثة وجميلة ومريحة، وكذلك مستقلة عن العائلة الممتدة، وأصبحنا نتمتع بقدر ليس بالقليل من الحرية والتعليم والمعرفة والرفاهية، كما أصبحنا نعرف ونتجاوز حدود الزمان والمكان؛ لنطير عبر الصور المعروضة، في مختلف الشاشات، إلى بلدان آسيوية وأوروبية، ونكتشف صحاري وبحار ومحيطات، وكائنات دقيقة وفي البرايا عجيب مخلوقات، لم نكن لنراها لولا اختراعات العقل الأوروبي ككل وفي جميع المجالات وابتكاره لأجهزة الاعلام.

غير أنه يجب علينا في المقابل، كعالم ثالثين، وكعرب وكجزائريين، أن نقدر جدوى وجودنا، بكم بشري هائل، مع تكاثر مطرد لحاجاتنا الملحة، التي تكفل بقاءنا واستمرار نوعنا كعرب في الحياة، مقابل افتقارنا إلى ما سيؤمن لنا هذا الوجود من الكفاءات العقلية العالية، والمؤهلات النفسية والمهاراتية والفنية المتطورة، وقبلها الحرية الواسعة والاستقلالية السيادية الحقّة. لنا بلغة أخرى، أن نتساءل عن مقدار السعادة والسلام، الذي يفترض أن تكون قد حُظينا به في غمرة هذا التقدم؟ فما فائدة تكاثر عددي دونما جدوى، كثافة سكانية عالية تعتمد في استهلاكها على جهود ومبتكرات الغير، وهل يمكن أن نتصور أن هذه الخدمات تقدم على طبق من ذهب ودونما مقابل؟ وإذا كان ثمة مقابل، بحكم موجّهات الفلسفة البرغماتية، فما سيكون يا ترى؟ إنه الهوان والمذلة الذي تؤمنه التبعية والأسر الطوعي، فهي حياة بلا كرامة، وحياة بلا سيادة، وحياة بلا تقدير لا عزة؛ إذن فالعدم، بالتأكيد، أفضل منها.

وهنا نستحضر، من جديد، ما تمت الإشارة إليه آنفا، منذ البداية، قضية التناقضات والثنائيات، بين الكم في مقابل الكيف، والحجم في مقابل الوزن، والسيادة في مقابل التبعية، والعزة والتبجيل في مقابل المذلة والهوان، فإيهما نختار، أم أنّ على قلوب أفعالها، ولا نملك حتى حق هذا الخيار.

¹ Jean Baudrillard : la société de consommation, Filio essais, Edition Denoël, paris, 1970, p : 59

ما مقدار تمتعنا بنصيب وافر من الاستقرار، بعيدا عن شيء مقلق ومثير للمخاوف؛ لو لم يكن هناك حدث اسمه أنفلونزا الطيور وأنفلونزا الخنازير وأنفلونزا البقر، وماذا لو لم تكن كل هذه الحروب والصراعات في منطقة الشرق الأوسط، والربيع أو الشتاء العربي؟ ما السعادة المنتظرة بعد وفاة أبنائنا وهم يقارعون الموت في قوارب الموت طلبا لحياة أفضل، وهم يقارعون الموت بالإدمان على المسكرات والمخدرات، والتسكع في الشوارع؟، ما السعادة المنتظرة لفتيات أضعن

احترامهن وعفتهن وحيأوهن واستقرارهن في سبيل جمع بعض النقود لاقتناء بعض العطور والمساحيق والاكسسوارات؟. هل يمكن تصور حياة رفاهية واستقرار وسعادة دونما توفر مشاعر الأمن والأمان، دونما سيادة أخلاق الوفاء والتكافل والتعاون والتآزر والثقة في المجتمع، بدلا من الخداع والنفاق والتحايل والانتهازية؛ التي لا تفضي إلا إلى التفكك نتيجة لاكتساح قيم الفردانية والأنانية والطمع والانتهازية والنفاق، مساحات شاسعة بين قلوب الناس حتى داخل الأسرة الواحدة، وأمام طغيان ثقافة الاستهلاك الأعمى والمفلس غير المقيد، كيف لنا كبلدان عالم ثالثة أن نحقق مخططات التنمية الوطنية ونحن لا نعرف لثقافة الادخار سبيلا، ولم نتعرف بعد على مقدراتنا وثرواتنا غير الطبيعية؟؟؟¹. لنا أيضا أن نفترض ماذا لو لم تكن هذه الأمراض الخطيرة التي جلبها وأفرزها لنا نمط الحياة الحديثة، كالقلق، والارهاق، وداء السكري وداء السرطان وأمراض القلب، والزهايمر، والسيدا، والاكتئاب المزمن، والأمراض النفس- عقلية "الأمراض السيكوسوماتية"، والأمراض العقل- بيولوجية وغيرها.

إن امتداد جسور التفاعل مهما كانت طبيعتها، بين الجزائر كدولة نامية، والجزائريون، كشعب تابع، وبين العالم الغربي كحضارة رائدة، والولايات المتحدة كمحرك فاعل في الفضاء الجغرافي والسياسي والاقتصادي والثقافي لحدائق الغرب، يحتم علينا أن نستدرك خارطة التنمية المستدامة، ونقف عندها مليا، فهي ظاهريا وباطنيا انعكاس لجهود من استفاق من الغربيين تجاه انعكاسية منتوجاتهم وقيمهم الاستهلاكية على أصعد عدة، اقتصادية، سياسية، اجتماعية، قانونية وتربوي وغيرها، فهي إعادة مراجعة، تنسحب أهميتها على الجميع، طالما أننا في مركبة واحدة إن غرق بعضها غرق كلها.

¹ نادية عيشور، كنزة عيشور، المرجع السابق.

المعيار الثاني: مناقشة علاقة نتائج الدراسة الحالية بمعيار درجة الوعي الاجتماعي من منطلق منظومة الحقوق والواجبات:

لموضوعات الصّحة جاذبية لافتة لأنظار مختلف الحقول العلمية، سواء الطبيعية أو الاجتماعية أو الاقتصادية. حيث شكلت بؤرة الاهتمام المشتركة منذ العصور القديمة، واستفحل دور الطبيب الشعبي لدى مختلف الشعوب وعبر جميع العصور، وذلك لم يكن بمحض الصدفة بل كان لدفع الأضرار التي تعرض للناس بالسوء والأذى، وتحصد أرواح الكثيرين منهم في ريعان الشباب، سواء من مصادر خارجية كأخطار المحيط أو تلك الداخلية، والتي يجهل معظم الناس آنذاك أسبابها، فلم يكن أمامهم إلا مصادرة منتوجات الطبيعة لتجريبها واستخلاص أنسبها في تحقيق العلاج من خلال الخبرة اليومية.

المجتمع المعاصر اليوم؛ وقد قطع أشواطاً جبّارة في مجال الطب الحديث، والعلاج بالعقاقير الطبية، وتوظيف واستخدام التكنولوجيا في الجراحات العامة وغيرها، إلا أن معركة المرض فيه ضد الصحة؛ لا يزال فتيلها مشتعلًا، حيث كلما تمكن البشر من التكيّف مع الأمراض المعروفة، وكتب لهم النجاح في محاصرتها والسيطرة عليها، كلما تفاجؤوا، يوماً من بعد يوم، ببروز أمراض جديدة، وإعادة تشكل بنية البكتيريا والفطريات والجراثيم والفيروسات على نحو يُحير العقل، ويستدعي، بحق، تكثيف جهود مقاومتها. حتى أن هناك من تساءل قائلاً: **هل أن الجرثومة فاعل اجتماعي؟؟؟** ما يعني أن الانتشار الرهيب لنوع معين من الأمراض، وفي فترة زمنية قياسية محددة، وفي أماكن جغرافية مأهولة بعينها؛ قد يطرح علامات استفهام كبرى، وقد يكون خلفه عبقرية العقل الإنسي – الاقتصادي المُدبر، له مآرب ومقاصد من خلق شروط الأوساط الحيوية لتكاثر الفطريات والجراثيم والفيروسات المُدمرة للصّحة، لإعادة تشكيلها وإنتاجها على نحو لا تنجح معه العقاقير والعلاجات الشائعة.

هذا ما يخالف تقريباً ما ذهب ماكليون للاستدلال به، في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، في معرض تناوله عن الأمراض المنقولة عبر الهواء، حينما أرجع "انخفاض الوفيات الناتجة عن هذه الأمراض، والتي تمثل حوالي 45% من إجمالي الانخفاض في معدلات الوفيات خلال تلك الفترة، إلى حدوث تغيرات في طبيعة الميكروبات المسببة لهذه الأمراض، وتزايد مناعة الأفراد نتيجة لتحسين نظم التغذية، مما ساعد على خلق نوع من التوازن بين هذه الميكروبات ومناعة حامل المرض"¹ مشيداً بدور المضادات الحيوية في مكافحة والقضاء على مسببات المرض.

¹ منير عبد الله كرادشة: مرجع سابق، ص.14.

غير أن الطب الحديث، أثبت عبر التجارب المخبرية أن هذه المضادات الحيوية، بدورها، قد تصيب الإنسان في مقتل، إذا ما أكثر وأطال استهلاكها، بل حتى أنه تم التصريح في نشرية -شريط متحرك- لإحدى القنوات الفضائية "قناة القسيم" في شهر أبريل 2017، أن دراسات حديثة كشفت عن وجود علاقة بين الإصابة بداء السرطان وبين تناول المضادات الحيوية لمدة طويلة.

وفي ضوء ما سبق تناوله ضمن النقطة الأولى؛ فإنه يتعين علينا أن "نفحص عن كثب، الوصف بين مساواة الظروف (الشروط) ومساواة الحقوق، حيث يفقد الوصف حدوده ومعالمه الواضحة، نعترف أن الأفراد يجب أن ينظروا إلى حقوقهم الإنسانية الأساسية التي يتعرفون إليها في كل مرحلة في وجودهم الشخصي، بهذا المعنى، المساواة في مجال الحقوق يجب أن تحترم، وبالتالي، ظروفهم يجب أن تكون هي تلك التي تمكنهم من هذه الحقوق، لدرجة أن عدم المساواة في الظروف (الشروط) تعطل ممارستهم، فإنها غير شرعية، في مجتمع غير لائق، يجب أن تحارب.¹

من هذا المنطلق الفلسفي؛ نستخلص أن عدم التماثل في مستوى الشروط والظروف التي تصنع حياة الناس، على صعيد التفاعل الدولي والهيئات العالمية والشعوب؛ يكون مدعاة لأسدال الستار في وجه أي نقاش حول مسألة، اسمها الحقوق الإنسانية العالمية، أين تنتعش مُسوغات ومبررات شرعنة اللاعادلة اجتماعية، وكذلك شرعنة اللا مساواة بين جموع الدول والشعوب والأفراد، وبالتالي يصبح من البديهي، على خارطة العلاقات العالمية، أن يصير المحظور هنا مسموحا به هناك، والسلام هنا غير مهم وغير ضروري هناك، وهكذا دواليك.

وهذا ما يمكن أن ننتهه، بلسان الحال، **بالظلم الاجتماعي**، فإن لم يكن ظلما فما الذي يمكن أن نسميه؟ إذ أنّ تاريخ الدول والشعوب وحتى الجماعات والأفراد، إنما هو نفسه اسقاطا لتاريخ ظلم هؤلاء بعضهم بعضا، كما أنّ سيادة منطق اللاعدل اجتماعي، فُرض على غير رغبة الجميع من قبل نخبة، مكّنها حظ (الزمان والمكان) من احتكار أسباب التفوق والغلبة. إنه تاريخ الصراعات لردع المظالم وإعادة النَّصاب.

هناك في بطن الحقيقة تمكث جدلية الحقوق والواجبات، كما تمكث حقيقة تشويها وتزويرها والتباس الحق فيها بالباطل، حيث تتدخل دوافع مُسوغات منظومة القيم والمعايير، لترسم مسالك التفاعل وتحدد أشكال الصراع وسبل التدافع، كما وتحدد أطرافه بين ظالم ومظلوم، على حق وعلى باطل، كما ترعى منظومة الأعراف والعادات والتقاليد لتكريس تلك الممارسات، وتحتفي باحتضانها عبر الأزمان والأجيال، وهكذا نستدعي مرة

¹ Noam Chomsky : **Raison et liberté, sur la nature humaine, l'éducation et le rôle des intellectuels**, préface de Jacques Bouveresse, Tarik Editions, Marseille, 2010, p74, Traduction actuel : Aichour Nadia.

أخرى ثنائية التناقضات والمتعارضات إلى سطح التحليل عند النظر والتّمعن في أحوال الناس وفي مستويات تفاعلاتهم.

"يرى بيير بورديو أن رأس المال الاجتماعي يعتمد بشكل وثيق على رأس المال الاقتصادي والثقافي، وهذان مرتبطان بالأصل الاجتماعي بشدة. يكون رأس المال الاجتماعي هاما بمقدار الارتقاء في الهرمية الاجتماعية، حتى أنه أقرب إلى أن يكون حكرا على الذين يتربعون في أعلى هذه الهرمية ويسمح لهم بتقوية موقعهم المهيمن.¹

على الصعيد المحلي، وفي أحد جوانب الظلم الاجتماعي؛ وفي إطار اقتراب النموذج التحليلي في دراسته الأنثروبولوجية عن المجتمع القبائلي بالجزائر للطرح الفييري، في مقابل ابتعاده عن طروحات دوركايم، يتناول بيير بورديو دور المجتمع التقليدي في إعادة إنتاج وتكريس منظومة العنف الرمزي ودور هذا الأخير في إعادة تشكيل وإنتاج المجتمع التقليدي،² إذ يسלט الضوء على خاصية الهيمنة التي يمارسها الذكور على غرار النساء، "حيث تجد الهيمنة الذكورية الشروط والظروف الملائمة لإنتاجها وتكريسها في الميدان على أوسع نطاق، حيث الأبنية الاجتماعية والنشاطات الإنتاجية مؤسسة على التمييز الجنسي للعمل المنتج وإعادة إنتاجه بيولوجيا واجتماعيا، أين يحظى الذكور بالنصيب الأفضل والأوفر.³

حتى أن ثمة من ذهب إلى تعزيز هذا التسلط في استخدام الطريق العام في المجتمع المغاربي (أقصد المغرب العربي)⁴، حيث على المرأة عند خروجها أن تتحصن بمرافقة أحد محارمها زوجها أو أبيها أو أخيها أو أمها أو حتى أطفالها، وإلا فإنها لن تسلم من ظاهرة التحرش الجنسي، لأن الطريق (الممر) في الجزائر ذكوري، لكون المجتمع (ككل) مبني بواسطة النظام الأسري. وبهذا الصدد؛ نجده يتحدث، بإسهاب، عن ظاهرة الحجاب*، والذي فرض على المرأة المسلمة*، لتضييق حدود مشاركتها في الحياة العامة وقصر نشاطها وحياتها كلها في البيت فقط.

وهنا يتدخل تسييس الإسلام في اللحظة الحاسمة أو عند حدوث تحولات عميقة. حيث المؤمن يسعى إلى حماية وعيه أو ضميره الديني، في محاولة لتمثل الصور، التي هي

¹ المرجع نفسه، ص: 324.

² Lahouari Addi : **Sociologie et Anthropologie chez Pierre Bourdieu, le paradigme anthropologique kabyle et ses conséquences théoriques**, la découverte, paris, France, 2002, p 11-12. Traduction actuel : Aichour Nadia.

³ Pierre Bourdieu : **La domination masculine**, essai, édition du Seuil, France, 1998, p54. Traduction actuel : Aichour Nadia.

⁴ Lahouari Addi : **les mutations de la société algérienne, famille et lien social contemporaine**, Edition la découverte, paris XIII, 1999, p: 14-150. Traduction actuel : Aichour Nadia.

* لعل الباحث يقصد من معنى الحجاب ليس مجرد الستار الذي تسدله المرأة الجزائرية على جسمها كالحبك أو الملاية وإنما هو ، الى جانب ذلك، هو حجبها تماما من التفاعل مع الفضاء الخارجي، وسجنها في البيت قسرا، حيث لا يمكنها الخروج الا في حدود يسمح بها وليها، ونسمة هذه المرأة بالمرأة المحجوبة، أي التي منع عن رؤيتها كل من هو خارج منزلها.
* ليس لصيانتها وتنفها كما يريد لها الاسلام، بل كنوع من العزل من الاندماج في كثير من جوانب الحياة عامة.

مجسدة إلى حد الآن. هدف الإسلام السياسي هو تمديد النظام الأسري وسحبه على كافة المجتمع، ليصممه على أنه أسرة كبيرة؛ تحكمها الأخلاق الدينية، وأمام الانصياع لقواعد الثقافة الأبوية، هكذا مفهومية تحصر النساء في المجال المنزلي وتحظر عليهن الفضاء المشترك¹.

وفي اشكالية دراستيهما، اعتبرت كل من حورية ومليكة، إنه في كل الأوقات، المجال العام كان يعتبر مجال يفضل للرجال، وغير مسموح به للنساء. هذا يعد واحدا من معايير المجتمع الأبوي، أين قرارات السلطة تبني التفريق بين العالم الخارجي، حيث التسيير والمساهمة تسند للرجال، والعالم الداخلي، حيث المسؤولية تقع على عاتق النساء، حتى لو أن الثورات الكبرى التي كانت قد قيدت بواسطة الرجال والنساء على حد سواء، وحيث أن مشاركة النساء في الأحداث التاريخية مؤكدة، لكن في وقت جني ثمار النجاح بشق النفس، فإنه غالبا ما يتم إقصاء النساء².

هذا قد يكون بمثابة تصوير جزئي ومرحلي لواقع العلاقة وحدود التفاعل بين عالم الرجال وعالم النساء، وعالم الكبار والصغار، وعالم الأغنياء والفقراء في المجتمع الجزائري، على غرار مجتمعات بلاد المغرب العربي والاسلامي ككل. إنه تصوير، يحدق في العمق، ليكشف عن بعض وجوه حقيقة ما تحمله ثنائية التناقضات والمتعارضات، من الظلم الاجتماعي، وما يضعه من مسوغات لمشروعيتها. فإذا أُلقت تلك المسوغات بظلالها على قنوات الأفراد وفي اتجاهاتهم، واستحوذت على ممارساتهم؛ فصارت هي العيون التي بها ترى ما يمكن اعتباره حقائق، وهي الموازين التي بها ووفقها تقاس أحكام الفروع من الأصول؛ فإن خلود هذا الظلم الاجتماعي لا يمكن إلا أن تفتّيه استنفاة، تتم عن بلوغ الوعي الاجتماعي مستوى من النضج والاستواء، بعد الاستغراق مددا في الغفوة والجمود، فإذا استوى عوده واستقام حاله، بمناظرة العقل لمبادئه وبصدود الأفعال عن قناعاتها، وتجاوز حاضر الأفراد مع ماضيهم، ومناقشة حقوقهم لواجباتهم، ومكاناتهم مع أدوارهم؛ تولدت عنهم فئات نخبوية، من المحتمل أن يكون لها جاهزية وشأن قيادة حركات اجتماعية، لمتابعة حركية الصراع الاجتماعي التاريخية، كأساس في عملية التغير الاجتماعي، بمواجهة الظلم عبر النضالات المستميتة لتحقيق بل لاسترداد الحقوق الضائعة.

فمن المؤكد إذن أن للخبرات الفردية والجماعية، اليومية وترسباتها التاريخية، دورا حاسما في صناعة القرارات وتحقيق العدالة، وهذا ما ذهب إلى تأكيده فيليب كابان وجان فرانسوا دورتيه بقولهما: "يمكن للمصادر التي يمتلكها كل واحد أن تفيد في تحقيق الغايات الفردية تماما كالجماعية. وبإمكان رأس المال الاجتماعي أن يسمح بإنتاج معرفة

¹ Laouari Addi ; **les mutations de la société algérienne**, op, cit, p : 148

² Houria alami m'chichi et Malika benradi : **les marocains et les marocaines face au politique, quelle place pour les femmes ?**, première Edition, dar el Qualam, Rabat, 2002, p : 11. Traduction actuel : Aichour Nadia.

فردية.. كذلك يمكن لرأس المال هذا أن يسمح بإنتاج منفعة جماعية تعود بالفائدة على كافة أعضاء الزمرة ذات المصالح المشتركة"¹.

- التفسير الميكرو- السوسيولوجي للنتائج العامة للدراسة الحالية:

نقف في آخر مراحل دراستنا حول: العلاقة بين الصحة العامة ومعدل الخصوبة في مجتمع الجزائري؛ على مناقشة أهم النتائج الامبيريقية المتحصل عليها. حيث كشفت الدراسة ميدانيا على أن أغلب مفردات العينة يفتقرون إلى ما يجعلهم أكثر اهتماما وحرصا على سلامتهم البيولوجية والنفسية وصحتهم الاجتماعية والايمانية، وإدراك قيمة المقولة الذهبية التي يجيد حفظها جميع الناس لكن لا أحد يفقه دلالاتها العميقة ويتقن إسقاطاتها الحميدة وهي "الوقاية خير من العلاج"، حيث تم رصد بعض العوامل المؤثرة في الوعي الصحي لمفردات مجتمع الدراسة، في صورة استنتاجات عامة بمثابة مفاتيح للمناقشة الموضوع من العمق، نوجزها فيما هو آت:

• **تدني المستوى الاقتصادي المادي؛** حيث أن أغلبية مفردات العينة تعتمد على دخل الزوج فقط، حيث شكلت نسبة 74 بالمائة من النساء من الماكثات في البيوت، وأن أغلب أعمال أزواجهن تقع بين بدائل: العمل الحكومي – موظف- أو عمل حر- تاجر- زيادة على من هم في حالة بطالة، بنسبة تراكمية قدرت ب(69,4 بالمائة)-، في مقابل نسبة ((30,6 بالمائة)) تمثل أعمالا حرة قد تكون موسمية ووقائية، كحال الصبّاغ أو البناء مثلا، كما قد تخضع لعامل الحظ (توفر العمل من عدمه)، إضافة الى ما سبق تستقر أغلبها في سكنات عائلية ومؤجرة بنسبة تراكمية قدرت ب55 بالمائة فيما مثلت بقية النسبة سكنات، وإن كانت خاصة ومستقلة لكنها سكنات اجتماعية "شقق"، هذا الوضع لا يسمح لمعظم الأسر بترتيب الخروج إلى السياحة المحلية أو الخارجية خلال فترة العطل، هذا برغم صغر حجم الأسرة النووية، حيث ما يقارب 82 بالمائة انجبوا طفلا واحدا.

• **تدني مستوى الوعي الصحي؛** إذ لا يتعرف أغلب مفردات العينة من المبحوثات من مجتمع المريضات والحوامل، إلى هوية مصادر الأهمم القادمة بعد حين إلا بعد وثوبها ونخرها لأجسامهم، التي قد تعود إلى طبيعة النظام الأسري المائل والنظام الغذائي المعتمد، وهذا بالتأكيد مرده إلى انخفاض المستوى التعليمي، حيث أن الأغلبية الساحقة من الزوجات وكذلك أزواجهم ((77,4 بالمائة)) هم دون المستوى الجامعي، وأن ما يمثل نسبة 22 بالمائة فقط لهم تعليم جامعي، فإذا ما أضفنا فراغ التكوين الجامعي من محتواه العلمي

¹ ألان فيليب كابان وجان فرانسوا دورتيه، المرجع نفسه، ص323.

والمعرفي النوعي، وزدنا ضعف المقرئية والاطلاع والتكوين الذاتي كوصمة طبعت السواد الأعظم من الجامعيين الجزائريين من الجنسين ككل؛ فإن الأمر يكون واضحا معبرا عن أثر حالة الجهل بمتطلبات الصحة والسلامة والوقاية في العموم. هذا من جهة أولى، ومن جهة ثانية لم نلاحظ بصورة واضحة، في استجابات جميع مفردات العينة، ما يُكون لدينا فكرة عن إحرازهن لثقافة صحية كبيرة؛ يتم ربطها مثلا بأثر العوامل الايكولوجية أو نمط الحياة العصرية.

• **تدني المستوى الاجتماعي والثقافي؛** رغم أننا تقصدنا اختيار عينة الدراسة من مجتمع مدينة سطيف تحديدا، كمنطقة حضرية وتجارية كبيرة، ورغم أن أغلبية مفردات الدراسة من الزوجات وحتى أزواجهن هم في ريعان الشباب، حيث يقع عمرهن بين ((16-35)) سنة بنسبة ((71 بالمائة))، فإن ما يبدو هو امتداد أصولهم الاجتماعية إلى مناطق ريفية أو شبه حضرية، حيث وقفنا على أنماط التفكير التقليدي، أين يتم التعصب لبعض القيم الاجتماعية دون بعضها الآخر، إذ يُبدي العُرف والتقليد الاجتماعيين سطوة بارزة على بعض قواعد السلوك وأنماط الاتجاهات الاجتماعية لديهن نحو السلوك الانجابي، في الوقت الذي نجد، على غرار ذلك، أن بعض القيم الدينية أضحت بانقشاع هالة القدسية التي يفترض أن تستحقها، كالموقف من الانجاب وتنظيم وتحديد النسل مثلا، ناهيك عن الحكمة من مشروع الزواج في الإسلام، وكذلك دور التكافل الأسري وصلة الرحم حيث لم نسجل إلا حالتين فقط تتم مساعدتهما ماديا من قبل أفراد العائلة الممتدة.

• **تدني مستوى دور وسائل الإعلام والتعليم؛** فيما يتعلق بتفعيل عملية التحسيس والتوعية الصحية؛ إذ كشفت استجابات معظم مفردات عينة الدراسة من المستجوبين عن ضعف التوعية الصحية عبر وسائل الإعلام، حيث لم تتم الاستفادة منها بشكل كبير وواضح وشمولي؛ ربما السبب يعود الى قلة البرامج الاعلامية، أو سيطرة ما يعرض في شاشات القنوات الفضائية من مسلسلات وأفلام مدبلجة وعربية وقنوات الطبخ والحلويات والغناء وغيرها، تستقطب المركز الأول في اهتمام مفردات مجتمع الدراسة، وهذا أيضا يعد عاملا يمكن أن يفسر حالة الجهل وعدم الاهتمام بالشؤون الصحية والتربوية، حيث أننا ندرك وجود جهود تحسيسية عبر مختلف البرامج التربوية والأشرطة العلمية في بعض القنوات لاسيما الغربية وباللغات الأجنبية، وكذلك تلك التي تنظم بصفة دورية في المراكز الصحية الجوارية، وهنا يكون لانخفاض المستوى التعليمي الأثر البارز في تكريس حالة اللاوعي الصحي، والتي أثبتتها نتائج الدراسة مع مفردات العينة المقصودة من الأطباء، حيث ورد تأكيدهم على انتشار اللاوعي في أوساط مرضاهم من الجنسين.

وفي ضوء إدراك أبعاد هذه العوامل أمكننا رصد أكثر المؤشرات تأكيدا وإثباتا لعلاقة تأثير معدل الخصوبة بالوضعية الصحية العامة لدى مجتمع الدراسة بمدينة سطيف، من النواحي: الاقتصادية، والاجتماعية والتعليمية الثقافية وأخيرا من الناحية الصحية البيولوجية، عبر النقاط الآتية وهي:

✓ مؤشر علاقة البيئة الطبيعية الايكولوجية بالصحة العامة والخصوبة:

أشارت عينة الدراسة من فئة الأطباء إلى بعض العوامل التي تتدخل قسرا لتؤثر سلبا على الوضعية الصحية للمواطنين، وتتسبب في إصابتها بأمراض قد تكون مستعصية على العلاج الطبي. ومنها الشروط الصحية التي يجب أن تتوفر عليها البيئة الخارجية التي تشكل محيط الإنسان ومحور تفاعله اليومي وعلى مدى العمر كله، فكلما كانت الشروط صحية كلما انعكس ذلك على صحة المواطنين والعكس صحيح.

إذ تتوثق علاقة البيئة بالصحة العامة كلما تعقدت الحياة الحضرية، وكلما سعت المدن إلى عملية التوسع والنمو العمراني، حيث تزداد الكثافة السكانية من هنا، ويزداد ما يقابلها من تلوث وفساد البيئة من هناك، حيث تكون في أحوج الظروف الى تحقيق انجازات كبرى لحماية الصحة العمومية من قمامات عمومية تحتاج إلى تقنيات الردم التقني، وقنوات التصريف الصحي، وتشييد السدود لتوفير المياه الصالحة للشرب، وتوفير شبكة الطرقات المعبدة لضمان سيولة المواصلات وتحقيق السلامة المرورية، زيادة على الفضاءات والمساحات الخضراء للاستجمام وقضاء وقت الفراغ ومرح الأولاد.

لكن بالنظر إلى العالم الثالث عموما، والجزائر خصوصا، ومدينة سطيف على الوجه الأخص، نجد من جهة أولى أن المدينة تحتضن كثافة سكانية عالية جيدا، تعد ثاني ولاية بعد العاصمة من حيث كثافتها السكانية تقدر بـ 4 ملايين نسمة، غير أن مقابل هذه الكثافة فإن حجم المرافق والخدمات الاجتماعية والصحية وتلك المتعلقة بالبيئية والمحيط الحضري، لا يمكن لأهدافها المسطرة ووسائلها المتاحة استيعاب كافة حاجات المواطنين، وانسحاب خدماتها للاستفادة منها من قبل جميع السكان في المدينة، وهذا بدليل:

- وجود أحياء فوضوية على حوافها مثل شوف لكداد، بيلار، الحاسي، وعن طريق، على غرار لنديريولي الذي تم القضاء عليه.
- قلة الحدائق العامة (عدا حديقة الامير عبد القادر وحديقة الهضاب وحديقة المعبودة) وانحصار المساحات الخضراء في السكنات والأحياء الاجتماعية في قلة،
- كذلك صعوبة الاتصالات وضيق الطرقات، وعدم صلاحيتها للاستعمال، لاسيما في السنوات الاخيرة حيث تشهد المدينة من جهة تنفيذ مشروع " ترامواي" ومن جهة ثانية زيادة في معدل استعمال السيارات الشخصية.

إلى جانب تلوث الماء ناهيك عن نقصه، حيث يتم تسريبه في أوقات قد تكون مزعجة (خلال ساعات متأخرة من الليل) بالنسبة لبعض الأحياء، كما أن قلته تدفع بالمواطنين إلى اقتنائه من المساجد خاصة أو الحمامات العامة أو الأبيار الخاصة لقلّة من الناس من أهل البر والاحسان، أو شراؤها (البراميل) (الصنابير) الحديدية المتنقلة) حيث من الممكن أن لا تكون معالجة كيميائياً وغير صالحة للشرب.

أما عن تلوث الهواء فأسبابه كثيرة، إذ تأتي في مقدمتها تلك الغازات والمخلفات المنبعثة من المنطقة الصناعية للمنتجات البلاستيكية الكائنة بعين الطريق، والتي تبعد عن المدينة بحوالي (5 كلم). حيث يعاني الناس من الانتشار الواسع للإصابة بأمراض الحساسية والأمراض الصدرية كالربو، وكذلك داء السرطان، من حيث أن ولاية سطيف تحتل المرتبة الأولى وطنياً، وتفقد حوالي 3800 امرأة سنوياً، وقد يفسر هذا بالظروف المعيشية، وحالة الاختناق التي تشهدها المدينة لاسيما في الآونة الأخيرة. حيث ترصد لنا نتائج الدراسة الكيفية عن أكثر العوامل تأثيراً على الصحة العامة في مدينة سطيف وهي بالترتيب هي:

- ارتفاع عدد السيارات بالمدينة وحتى تلك الوافدة من خارجها (يسبب تلوث الهواء).
- انتشار ثقافة الإدمان على التدخين في أوساط الكبار والصغار من الذكور (تلوث الهواء والاصابة بسرطان الحنجرة والرئة).
- استخدام المضافات الكيميائية (المواد الحافظة سواء تلك التي تستعمل في حفظ المواد الغذائية كالأصباغ والنكهات الكيميائية أو تلك التي تدخل في صناعة مواد التنظيف).
- استخدام الأسمدة الكيميائية في تخصيب ورعاية المحاصيل الزراعية وكذلك العلف الحيواني، مع استبعاد، نسبياً، استخدام الاسمدة الطبيعية من فضلات الحيوانات كما كان في السابق.
- انتشار المحاصيل الزراعية كالفواكه والخضر في غير مواسمها الطبيعية، نتيجة لانتشار الزراعات ضمن الخيم البلاستيكية.
- استخدام مادة البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر والمشروبات الغازية.
- انتشار القمامات بجوار بعض الأحياء السكنية الجماعية وحتى الخاصة، كما أن عدم معالجة القمامات العمومية، بطريقة الردم التقني، يمكن أن تؤثر على نقاوة الهواء وتخلق في انتشار الغازات السامة والأوبئة وإلحاق الأذى بالسكان ممّن يحوطنون بها جغرافياً، ناهيك عن انتشار العدوى فيما بينهم.

تعد ظاهرة انتشار الباعة المتجولون في مجال بيع المواد الغذائية خاصة من الخضار والفواكه والحلويات والمكسرات، مؤشرا خطيرا على اغفال السلطات المحلية الاهتمام بالصحة العمومية، والأخطر منها هو تنامي ظاهرة الاقبال عليها من قبل المواطنين حتى المثقفين منهم والجامعيين، حيث تستقطبهم من جهة أولى الأسعار التي تبدو أقل انخفاضا لاسيما من خلال اللافقات المرفوعة والمغرية والمعشوشة أحيانا، ومن جهة ثانية، سهولة اقتناء المواد الغذائية واسعة الاستهلاك، وبشكل يومي، كالبطاطا والفلفل والطماطم والبطيخ والبصل، والتي هم بحاجة إليها وتعرض لهم في طريق العودة من العمل بكل يسر، دون أن ينتبه الأغلبية إلى خطر تعرضها للشمس لمدة طويلة، وأيضا مدى صلاحيتها الزمنية للاستهلاك ناهيك عن طرق تخزينها وتوزيعها وانتاجها. وهذا لا يحدث في حواف المدينة فحسب بل في مختلف طرقها وشوارعها وأحيائها العتيقة، إذ قد يكون من الصعب التحكم والسيطرة على الظاهرة في ظل الانتشار الرهيب للبطالة في أوساط الكبار والصغار مع غلاء المعيشة، كما قد يكون من الصعب أيضا التعرض لهؤلاء الباعة دون منحهم البدائل القانونية لتسوية وضعيتهم في الشغل.

"فالنظام الغذائي قد يكون هو المتهم الأول في تفهقر الوضع الصحي العام في المجتمع، فسوء التغذية ونقص التغذية، والتغذية غير الصحية، والثقافة غير الصحية، واللاوعي صحي،...كلها مترادفات تعمل بوافق تام، لإضعاف نوعية السلالة البشرية من حيث امكاناتها البيولوجية، ومقدراتها العقلية، وقد قيل قديما العقل السليم في الجسم السليم، والأم السليمة قوية البنية هي أم مثالية، والأب السليم قوي البنية هو أب مثالي، ومن المؤكد أنهما مصنع فخم لإنتاج نسل قوي البنية الجسدية والمقدرة العقلية.

فرغم تطور رفاهية الحياة وسهولة العيش، وتنوع مصادر البهجة فيها، فإن مصادر الألم أيضا تعددت وتنوعت، إذ غدت الأغذية الجاهزة الشهية والسريعة، مصدرا لإثارة المخاوف والقلق، ليس هذا فحسب، بل أيضا امتداد المشكلة إلى طرق زراعتها وتعهدها بالسقي والرعاية الكيميائية، ثم كيميائيات وظروف تصنيعها ومواد حفظها ثم شروط تسويقها وتخزينها. الأمر الذي ليس في وسعي أحد من المستهلكين تجنبه والاستغناء عنه. فإذا ما أضفنا الإشارة إلى تُجار الفساد المستهدفين للكسب السريع بطرق غير أخلاقية، صار لدينا تصورا شموليا عن مأساوية الوضع الصحي ومآلاته الخطيرة على مستقبل الجزائريين.

فهناك لحوم فاسدة، وأجبان متعفنة، واخل مغشوش، ومشروبات مُنْفِيرسة، وحلويات ومثلجات مسممة، ومواد غذائية منتهية الصلاحية يتم تزييف تواريخها، ولحوم حمير بل وقططة يتم فرمها وتزوير بطاقتها، ومنتجات مُقلدة، سيقت إلى بطون المستهلكين على

أنها أصلية، فأصبح الأمر كله عادي حتى في تقليد الدواء الكيميائي والبدائل الطبيعية المستخدمة في العلاج¹.

إن جوهر المشكلة تكمن إلى جانب ضعف آليات الرقابة في استثناء ظاهرة الفساد واستقواء منابعه، واستحكامه في الاقتصاد الوطني عبر عمليات الترويج والتسويق والتوزيع، وهي عمليات وآليات لا يستطيعها إلا أصحاب رؤوس الأموال وأرباب المعامل والمؤسسات، بالتساند والتعاون وبعض من أصحاب القرار في البلاد. فحسب تصريح السيد مصطفى زبدي، رئيس جمعية حماية وإرشاد المستهلك في الجزائر²، فإن المواطن الجزائري غير محمي في مصالحه الصحية، حيث يتم الاعتماد في ضمان سلامة المواد الغذائية المستوردة عند خروجها من مؤسسات تصنيعها، على الوثائق التي يأتي بها المصنعون الأجانب وهم ليسوا بالملائكة، وتعتمد على مخابر أجنبية هناك، لسببين، هما:

- نقص المخابر الخاصة بإجراء التحاليل الفيزيو- كيميائية للمواد الغذائية، حيث يبلغ عددها وطنيا 200 مخبر منها 24 مخبر عمومي فقط.
- نقص الرقابة وفساد جهازها على مستوى وزارة التجارة.

وفي مقابل ذلك نجد أن حصيلة الرقابة حسب تصريح السيد كمال بوخداش المدير الفرعي لمديرية التحقيقات التابع لوزارة التجارة، أن حصيلة الرقابة لتقليص الخطر الغذائي قدرت ب 14394، كما ان عدد المحاضر بلغ 2226 محضر للمخالفات القانونية والمحددة بمقتضى القانون رقم 0.03 المتعلق بحماية المستهلك الجزائري".

حصيلة القوم إن الدراسة الحالية اثبتت، عبر تقنية شبكة الملاحظة وشبكة المقابلات التي قمنا بتنفيذها، مع تطابق نتائجها ونتائج بعض الدراسات والتصريحات، أثبتت صلة المحيط العام وأثره على البنية النفسية والعضوية لمفردات عينة البحث، على أوسع نطاق.

✓ مؤشر الصحة النفسية العامة وعلاقته بالخصوصية:

شعرنا بارتياح إزاء نتائج الدراسة حول الوضعية الصحية لمفردات مجتمع الدراسة قياسا ممن أفصحوا عن تمتعهم بصحة جيدة وتام عافية، وبنسبة تعد كبيرة، وهذا ما قد يبدو صحيحا إلى حد بعيد، بالنظر إلى صغر سن أغلب مفرداتها، كما يدعمه أيضا تجربتهن الأولى أو الثانية في الإنجاب، حيث قدرت نسبتهم بما يقارب ((59 بالمائة ويعادل 345مبحوث))، غير أن النسبة المتبقية، وعلى قلتها نسبيا، تعتبر من وجهة نظر العلم مهمة جدا، حيث عكست وضعية بعض من هن في سن أكبر ولديهن أولاد أكثر،

¹ نادية سعيد عيشور: **الوضعية الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الانجابي**، مرجع سابق، ص 60-65.
² قناة دزائر نيوز، برنامج النقاش الاقتصادي، يوم الاثنين 10 أكتوبر 2016 على الساعة التاسعة مساء. نقلا عن نادية سعيد عيشور، المرجع السابق.

وظروف صحية أعقد، مقدرة ب(41,4 بالمائة ما يعادل 244 مبحوث))، وهي نسبة معتبرة أيضا لكونها لا تقل عن حد المتوسط إلا بقليل، وهنا نلاحظ وجود فرق لكن لا يبدو كبيرا إذا ما دققنا في الخصائص العمرية للفئات، حيث أكدت النتائج معاناتهم المستمرة من مشاكل صحية عديدة، تنصدها حالة القلق والتوتر والصداع الدائم، تليها حالة فقر الدم، ثم داء السكري، فالاضطرابات الهرمونية ويليها ارتفاع الضغط الدموي.

وفي المقابل فإن نسبة الأمراض الوراثية أيضا لها النصيب الأوفر في توريث بعض من هذه الأمراض، حيث تم تسجيل ما قدر ب ((45 بالمائة ما يعادل 265 مبحوث)) فهذه مشاكل صحية مزمنة لدى الآباء، تنصدها الإصابة بداء السكري ثم يليها ارتفاع الضغط الدموي ثم أمراض القلب.

إن ارتفاع الشكاوي من الإصابة بالقلق والتوتر والصداع، ثم الضغط الدموي وأمراض القلب وداء السكري وداء السرطان والحساسية وغيرها. يدفعنا إلى محاولة فهم أسبابها، وإذا كان الرأي أو الموقف الطبي يتجه إلى توجيه الاتهام في الإصابة بكثير من الأمراض العضوية إلى وجود اعتلال نفسي، يشكل القلق بوابته الضخمة، فإنه يتعين علينا أن نتساءل، ولنا حق هذا السؤال، عن مفهوم القلق المرضي وعن دواعي الإصابة به؟

فمن حيث المفهوم، يعرفه عثمان بأنه أي - القلق- : " جزء من الحياة البشرية أو هو أحد لوازم الوجود، والقلق الطبيعي يعد الفرد للمواجهة وللإستجابة الوقائية التي تحميه من الخطر. وعندما يزيد القلق عن حده يصبح مصدر الم شديد يعرقل السير العادي للحياة اليومية للفرد، حيث ينتابه خوف غامض وشديد يسبب له كثير من الكدر والضيق، فالشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما، ومتوتر الأعصاب ومضطربا، كما أنه يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور"¹.

كما لا بد له من أسباب ومصادر، ولا بد أن يكون للمحيط الاجتماعي والبيئة الطبيعية أيضا دخل وعلاقة بالموضوع، قد نجد إجابة وافية في دراسات مشابهة، حيث أكدت نتائج دراسة جزائرية حديثة حول الاستجابات الانفعالية لدى طلبة الجامعة² الانتشار الواسع للأمراض النفسية والعضوية في أوساط الطلبة، تتقدمها حالة القلق، ثم الانعصاب، ثم الاكتئاب فالإرهاق. مؤكدة نظريا وتطبيقيا ما يلي:

. إن جسم الانسان هو ضحية الافراط في حاجياته الأولية الموجهة للدفاع الفيزيولوجي.

¹ نقلا عن ايت حمودة حكيمة: "سمة القلق وعلاقتها بادراك الضغوط النفسية لدى المرضى السيكوسوماتيين"، مجلة الوقاية والارغوميا، مخبر الوقاية والارغوميا- جامعة الجزائر، العدد الاول، 2007، ص 113.

² عيسى محمد واخرون: الاستجابات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، الطبعة الأولى، منشورات مخبر الوقاية والارغوميا، جامعة الجزائر 2، مجمع سارل للطباعة والنشر والاشهار، 2015. انظر تواليا: ص44-ص106-ص135-ص201

- حسب نظرية بيك المعرفية؛ فان حدوث الاضطرابات الانفعالية في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية، التي يحملها الفرد عن النفس والعالم والمستقبل، ومن رأيه أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليايسة او المكتتبة أو الانهزامية من خلال التحامها بهذا الأسلوب.
- أن الوراثة تلعب الدور الهام والأساسي في الاستعداد لهذا المرض.
- نسبة القلق في النساء تزيد عنها في الرجال.
- للسن علاقة بنشأة القلق، وذلك تبعاً لحالة الجهاز العصبي (يزيد في الطفولة لعدم نضج الجهاز العصبي، ويقل في سن النضج، ثم يظهر ثانية في سن اليأس والشيخوخة).
- المرأة تتعرض للاكتئاب بمعدل مرتين أكثر من الرجل وخاصة قبل سن 35 سنة.

من هنا نستوعب جيداً أن الاضطرابات النفسية التي تسببها المصادر الخارجية، الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والطبيعية والايكولوجية وحتى السياسية والأمنية، تدفع الى تبني ونمو الاتجاهات السلبية للناس إزاء عالمهم الكبير "المجتمع" والصغير "الأسرة"، حيث تنعكس القضايا الكبرى في أي المجتمع؛ كالأزمات الاقتصادية وما يرافقها من بطالة وغلاء المعيشة، واستغلال الطبقات الكادحة، وانتشار وتيرة الفساد السياسي، وما يصاحبه هو الآخر من انتشار للرشوة والمحسوبية وانتفاء العدالة الاجتماعية، كذلك ما قد يترتب عنه تواليا من اختلال المنظومة القانونية، وضعف قواعد الضبط الاجتماعي الرسمي وغير الرسمي، دون أن ننسى تدني مستوى التعليم وما ينجم عنه أيضاً من انحطاط الاخلاق واضطراب معايير السلوك وتجلي فوضى المنظومة القيمية، مما ينتهي بانعدام الأمن والاستقرار السياسي والثقة بين الناس عمودياً (قمة وقاعدة المجتمع) وأفقياً (شرائح متوازنة).

إنها كلها عوامل تدفع إلى تبني ونماء وتآصل الاتجاهات السلبية، بتعزيز مشاعر الاحباط والاكتئاب، والنظرة الظلامية للحياة، والتشاؤم، وفقدان الثقة بالنفس وبالآخرين، وعدم الشعور بالأمان، من هنا يكون للقلق المرضي أوسع السبل لاستحكام سيطرته على الأشخاص فرادى وجماعات.

وبالعودة إلى علاقة ما قيل بهذا المؤشر؛ يمكن أن نجد التفسير الأنسب لعلاقة الوضعية الصحية (بيولوجية ونفسية) بمعدل الخصوبة لدى مفردات عينة الدراسة، إذ قد نستغرب عدم وجود أطفال أو وجود مجرد طفل واحد أو طفلين، لشريحة عريضة منها؛ تصل حجم نسبتها إلى ما يقارب 72 بالمائة من سن 20-35 سنة، ومع هذا يلجأ للمتابعة الطبية لغرض التمكن من الانجاب. كما اننا نستغرب أيضاً حالات الاجهاض المتكررة الكثيرة في أوساط من هن في بداية حياتهن الزوجية، ممن لم يتجاوزن سن الثلاثين وهذا

وفق تصريح بعض الطبيبات وأيضا شهادات بعض الحالات التي وقفن عليهن بأنفسنا خلال زيارتنا الميدانية.

هذا دون أن نغفل عما يسمى بالعمق النفسي، حيث تنتفي الأسباب العلمية والموضوعية وتبقي في طي الجهل والكتمان. والتي يمكن أن ترجع حسب نتائج المقابلات المقننة إلى أسباب مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية، أو إلى سوء المعاملة الزوجية، أو إلى حالات أخرى ميتافيزيقية يتم تفسيرها ثقافيا ودينيا، بالإصابة بالعين أو السحر أو المس، وقد وقفنا على مثل هذه الحالات، التي استعصى على العلم علاجها، فكانت المفاجأة بتمام علاجها عن طريق اعتماد العلاج ثلاثي الأبعاد: طبيا، غذائيا وروحيا، فمن الناحية الطبية تم دعم الحالات بأدوية تساعد على رفع معدل الخصوبة والتبويض، ومن الناحية الغذائية تم إعطاءهم وصفات للعلاج عبر المكملات الغذائية الاصطناعية (أمريكية الصنع ومرتفعة السعر) + مكملات غذائية طبيعية عشبية محلية، ومن الناحية الروحية تم توجيههم إلى ممارسة الحجامة والرقية الشرعية وقراءة القرآن الكريم والالتزام بالأوراد اليومية، والصدقة بنية الشفاء، ومداومة الدعاء والاستغفار والتّحلي بالصبر والرضا بقدر الله تعالى، وبهذا تمكنت الحالات من الحمل والانجاب.

والحقيقة أن مثل هذا العلاج المتكامل قد يكون فعالا إذا ما علمنا أنه يخاطب أسباب القلق ومصادر تهيج الأعصاب وإثارة القلق، ومن اضطراب الهرمونات وضعف فعالية الجهاز المناعي مما يساعد على احتضان مسببات الأمراض (المعروفة والمجهولة) ويتسبب بالتالي في الإجهاد أو العمق النفسي.

وفي هذا الصدد؛ يمكننا الإشارة إلى أن ما توصلت إليه دراستنا بشأن العمق النفسي، يتفق تماما مع ما توصلت إليه نتائج إحدى الدراسات الجزائرية الحديثة حول الموضوع، حيث ورد على لسان صاحبها ما يلي: " لقد عرف المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة تغيرا كبيرا في الملامح البيولوجية لتكوين الأسرة الجزائرية، واصبحت ظاهرة العمق عند الجنسين هاجسا بيولوجيا أثر بشكل مباشر على الحالة النفسية والاجتماعية لتكوينها، فصار التفكير في الحلول السريعة الناتجة عن التقدم العلمي والتكنولوجي في مجال الطب الحديث الهم الوحيد للتخلص من العمق، دون مراعاة المساس بالقيم الدينية والتنشئة الأسرية والاجتماعية النابعة من قيم ديننا الحنيف".¹ حتى أننا وقفنا على من تطلب من الطبيب(ة) انجاب نوعا معيناً من جنس المولود أو ولادة توأمين في أول حمل، ناهيك عن اطفال الأنابيب واستعارة الرحم وغيرها مما قد أضحي كثيرا لدهشة جيل الآباء ومخالفا لتوقعات الكثيرين من جيل الأبناء.

¹ بودالي بوعون: تغير الوظيفة البيولوجية للأسرة للبحث عن الدوافع والاسباب، في دراسة ميدانية بالأغواط، مجلة التغير الاجتماعي، العدد الثاني، مخبر التغير الاجتماعي والعلاقات العامة-جامعة بسكرة، العدد الثاني، فيفري 2017، ص 19.

✓ مؤشر علاقة الصّحة العامة بالنظام الغذائي وعلاقته بالخصوبة:

إنّ النظرة الطبية الحديثة تعيد النظر في تشخيص معظم الحالات المرضية. إذ أضحت علاقة النظام الغذائي واضحة بمردوده على الناحية البيولوجية والسيكولوجية وحتى الفكرية والاجتماعية، والعكس أيضا هو صحيح، في ضوء الحقيقة القائلة بتعدد الكائن البشري، وصعوبة فصل مكوناته وأبعاده المتساندة وظيفيا بعضها عن بعض. وبناء على ذلك فإن النظام الغذائي بدوره لا يمكن تجريمه من دون محاكمة عادلة لتلك الظروف التي انجبتة، سواء كانت طبيعية أو اقتصادية أو اجتماعية أو حتى ثقافية.

فالطعام، في النهاية، وهو ما يأكله النّاس حتى يضمنوا بقاءهم أحياء، يحمل دلالات رمزية كثيرة ومتعددة، تختلف من مجتمع إلى آخر، ومن جماعة إلى أخرى، بل حتى من فرد إلى آخر داخل الأسرة الواحدة، ويمكننا تحليل هذه النقطة في ما يلي:

فمن حيث دلالاته الرمزية الثقافية؛ فلا بد أن يخضع وأن يحترم منظومة المعايير الشرعية ابتداء طالما أننا في مجتمع مسلم، حيث لا يجب أن يتعاطى إلا ما كان حلالا خالصا، ومعنى الحلال هو ضبط قائمة المسموحات مما خلق الله من نبات أو حيوان، حيث حرم استهلاك بعض الأعشاب والعقاقير النباتية كالمسكرات والسموم وغيرها، كما حرم بعض الدّواب والحيوانات دون غيرها، وحتى أنه حدد كميّات ذبح ما أحل منها، كما تدخل أيضا في تحديد متى نأكل وكيف نأكل ولماذا نأكل؟ فنحن قوم، وفق الشريعة الإسلامية، لا نأكل حتى نجوع، وإذا أكلنا فلا نشبع، ونأكل لنعيش لنعبد الله، ولا نعيش لنأكل.

أما من حيث دلالاته الاقتصادية؛ فهو يعكس مستوى الدخل الأسري بالدرجة الأولى، حيث مستويات الدخل لأغلب الجزائريين هي متوسطة إلى ضعيفة إلى ضعيفة جدا أو شبه معدومة، تقابلها غلاء أسعار المواد الاستهلاكية الأساسية، كالذّيق والزيت والحليب والقهوة والسكر، والحبوب والخضر والتّوابل وغيرها، أما عن اللّحوم والأسماك والفواكه فحدث ولا حرج، ولا يستطيعها إلا أصحاب الرواتب المرتفعة أو التّجار الأحرار والمقاولين على سبيل المثال. وهنا لا مناص من التأكيد على أن أغلب ما يشكل الطعام في الأطباق الجزائرية اليومية هو ما كانت معظم أسعاره في متناول الجميع، ولذلك لا نستغرب طغيان استهلاك مادة العجائن (أي النشويات) المشكلة من الحبوب لاسيما القمح، كالكسكس والكسرة والمطلوع والعيش والشخشوخة وغيرها، وحضورها بشكل يومي على طاولة وموائد الأكل، ناهيك على أنها تشكل الحجم الأكبر من النمط المستهلك من الغذاء، على غرار المواد الغذائية مرتفعة الثمن، تلك التي عادة تقل مناسباتها، كما يقل تماما حجمها، وبهذا النظام الغذائي، والذي لا يفي بميزة التوازن لحاجات الجسم وقيامه بكفاءة بوظائفه الحيوية، يؤثر سلبيا على الصّحة العامة للمواطنين.

لكن من حيث دلالاته النفسية؛ تمارس العادة، بحكم أنها الطبيعة الثانية، وكذلك السلوك المكتسب والتصرفات الغذائية الموروثة، دورا كبيرا وأساسيا في إعادة تشكيل الصور النمطية لدى المستهلكين، فالتعود على استهلاك طعام معين منذ الطفولة؛ يجعلك تألفه أولا، ثم تُحبه إلى أن ترتبط نفسيا به ثانيا، وإلى حد بعيد، وإذ يحضرنا اللحظة تعلق بعض كبار السن بطبق الكسكسي مثلا، فلا يكادون ينفصلون عنه حتى في أشد الظروف، حيث نلاحظ على الحجاج الجزائريين مثلا، أنّ أول ما يضعونه في حقائبهم؛ إنما هو الكسكس وعتاده من (برمة وكسكاس)، لماذا؟ لأنهم ببساطة لا يجدون أطيب منه من سحور في شهر رمضان، فلا يمكنهم الاستغناء عنه واستبداله بطعام غيرهم من السعوديين (الكبسة والمنسف المصنوع من حبوب الأرز مثلا). إن ما هو مألوف في العادة، قد يصبح أمره سهل من حيث الإعداد، ومن حيث توقع ضمان القبول لدى الآخرين، ومن حيث اعتباره نوعا من الاحتفاء بهم.

ولذلك تحظى الأطباق التقليدية، على غرار الأطباق العصرية المستوردة من هنا ومن هناك، بالقدر الأوفر من الاحترام والتقدير، حيث يتجلى هذا من خلال الحرص على إعدادها في المناسبات المهمة، وأيضا عند تكريم الضيوف، ناهيك عما تولده من مشاعر الافتخار والاعتزاز لدى الغرباء خاصة بحكم أنها تعكس هوية أصحابها.

لكن للطعام أيضا دلالاته الاجتماعية؛ من حيث طرائق وكيفيات إعداد الطعام في البيوت أو في المطاعم العامة، إذ يخضع أيضا، إلى جانب مشروعية المواد، والقدرة الشرائية والرغبة النفسية، إلى اعتبارات اجتماعية كشكل تقديم الطبق ومكوناته ونكهته ومذاقه. حيث يلاحظ أن أغلب الأطباق في العموم، من الناحية العلمية والطبية، ليست صحية، إذ تزيد فيها كمية الدهون عن الحد المعتدل، كما تفوق كمية النشويات حجم البروتينات والأحماض الأمينية والمعادن والفيتامينات، مما يعطينا غذاء، وإن كان طيب المذاق، غير أنه لا متوازن ولا صحي، فلا يسمح للأعضاء البيولوجية بالقيام بوظائفها الحيوية على أكمل وجه في الجسم. فإذا ما أضفنا إليه قلة الحركة والنشاط البدني والتعود عليهما، خاصة لدى شريحة النساء، - بحكم العادات والتقاليد والأعراف، والتي تهيء المرأة نفسيا منذ الصغر للمكوث في المنزل طول الوقت عكس الرجل؛ كما تجبرها ظروف إسناد وظيفة تربية الأبناء لها وحدها دون مشاركة الزوج، بوصفه فقط عائل اقتصادي-، يجعلها في منتصف العمر أو قبله بقليل، ضحية السمنة المفرطة والمسببة لجميع الأمراض، كداء السكري وارتفاع الضغط الدموي مثلا.

نستنتج أن للعوامل الظروف الايكولوجية قد تتحكم في نوع وطبيعة الإنتاج الزراعي والصناعي والحرفي، وتؤثر في المجال الممارسات الاقتصادية، هذه الأخيرة، بدورها تؤثر على الثقافة الغذائية وتتحكم فيها وتوجهها نحو تبني انماط وكيفيات خاصة،

من خلال القدرة الشرائية، كما يتدخل العامل الثقافي في تقرير مشروعية المواد الغذائية المستهلكة، كما تحدد الأعراف والعادات الكيفيات والشروط المتعلقة بإعداده. وكل هذه المجريات إن لم تحتكم الى المعايير العلمية الصحية فإنها ولا بد سيكون انعكاسات سلبية على الصحة. وهذا ما وقفنا عليه من خلال نتائج الدراسة التي أشارت إلى انتشار أمراض الجهاز الهضمي وأمراض القلب وفقر الدم، إلى جانب ما سبق ذكره من حالة القلق والعصبية والتوتر والصداع، وهي كلها مجتمعية مرتبطة من جهة أولى بالمحيط العام وما يمارسه من ضغوط ويتسبب فيه من مشاكل صحية، ومن جهة ثانية من خلال النظام الغذائي الجزائري، غير الصحي بحكم أنه غير متوازن، إذ تؤكد الدراسات الطبية، لاسيما تلك الدراسات في التخصصات الطبية الحديثة في مجال التغذية العلاجية¹، أن الإنسان بحاجة إلى طعام متوازن، والطعام المتوازن هو ما كان نصفه فيتامينات، وربعه بروتينات وربعه الآخر نشويات، إذ تتوفر الفيتامينات في جميع الخضروات الطازجة خاصة الخضراء ولصفراء والبيضاء، بنسب متفاوتة، كما تتوفر الفيتامينات في الفواكه وأيضا في بعض الخضروات، بينما تشكل اللحوم والحبوب اليايسة مصدرا هاما للبروتينات والأملاح المعدنية.

✓ مؤشر علاقة الصحة العامة بالعلاج واستهلاك الأدوية وبالخصوبة:

لا يمكن انكار أن الصحة نعمة عظيمة، وأنها تآج فوق رؤوس الأصحاء، صار الناس في هذا الزمن يفتقدونها ويتحسرون عليها بشدة، فرغم تطور الحياة، بتطور وسائلها وتحسن مستوياتها وظروفها، غير أن الإشكال القائم حاليا، والذي يُمكن أن يطرح كإشكالية حول المسألة الصحية؛ إنما هو مستويات الصحة من الناحية النوعية وليس فقط من الناحية الكمية.

لعل الجميع يدرك أن الجهود المبذولة في أي بلد، والجزائر على وجه التحديد، بعد حصوله على الاستقلال، كانت كفيلة لأن تأخذ بوضعية الصحة المزرية تدريجيا لترتفع بها إلى مصاف التحسين، وهذا يبدو أمرا مؤكدا عبر الاحصائيات الوطنية، التي كشفت عن النجاح النسبي في مكافحة عديد أمراض، كانت بالأمس، فتاكة وقاتلة تهدد الناس في حياتهم، كمرض السل والتيفوئيد وبوحمرون وغيرها على سبيل المثال، إذ تمكنت من رفع معدلات الحياة لدى الجنسين لاسيما النساء، كما تمكنت من تقليص نسبة الوفيات في الأطفال.

غير أنه ومع ذلك؛ تبقى مسألة تحسين مستويات الصحة العمومية، من الناحية النوعية، المطلب الأساس الأكثر من ضروري، لاسيما في هذه المرحلة من هذا الزمن، زمن الضغوط والقلق والتوتر والعجلة، وما يزامنه ويرافقه بالطبيعة؛ فإذا به، هو عينه، زمن الاعتلال الصحي، حيث تصحبه مجمل الأعراض المرضية المعروفة، والتي

¹ تابع الدكتورة مروة: برنامج الدكتور ستايل، قناة بانوراما فود، بيت أسبوعيا مرتين (البت المباشر صباحا ثم الاعادة في المساء)

أضحى يشتكى منها القاسي والدّاني، الكبير والصغير، الغني والفقير، الرجال والنساء، كاضطرابات الجهاز الهضمي، والصداع المزمن، والخلل في الجهاز المناعي، وغيرها، ما يدفع بالكثيرين ويضطرهم إلى القيام بمسح على مختلف الأطباء في مختلف التخصصات، طلبا للعلاج والشفاء، حيث مع الوقت يتحول إدماننا على تناول واستهلاك الدواء من غير حاجة للوصفة الطبية، بعدما تحول المريض إلى طبيب، والطبيب إلى مريض، وتحول العشاب إلى صيدلي، والصيدلي إلى تاجر.

وباستنتاج نتائج الدراسة الكمية إلى جانب نظيرتها الكيفية؛ نكتشف عددا من المتغيرات التي بواسطتها يمكننا تحليل واقع الصّحة العامة بالوضع الصحية، وهذه الأخيرة بالخصوصية في مجتمع الدراسة، حيث سجّلنا ما يلي:

طرق وفعالية العلاج؛ لا غرو أننا سنناقش النتائج الميدانية لُقلة ممن يمثلون المجتمع ككل، ولا غرو في القول أنه، ربما، سيحدث تناقض بين نتائج الدراسات ومعطيات مفردات الدراسة الحالية وقناعات الباحث، ولا غرو أيضا أن نقف على تناقض تصريحاتهم مع المعطى الواقعي عند تناقض استجاباتهم، بالنظر متغير التعليم والوعي، وعلى قاعدة ذلك ينبثق تحليلنا لهذه النقطة بالذات، حيث أن أغلب استجابات مفردات الدراسة أكدت تمتعها بمقدار جيد ومقبول من الصحة، كما أكدت على فعالية التكفل الطبي وعلى الشعور بالتحسن بعد المتابعة، ولنا أن نتساءل، كباحثين سوسيوولوجيين، عن ثنائية تعارض: "متابعة العلاج ما دامت الصحة بألف خير لأغلب المبحوثين"، كما لنا أن نتساءل أيضا عن ضعف نسبة الخصوبة لدى المبحوثات، ما دمن يتمتعن وأزواجهن بحق بصحة جيدة، وهن في مقتبل العمر أيضا، حيث كان بإمكانهن توفير مالهن، بمتابعة وضعية حملهن عبر المستوصفات الجوارية أو المستشفى العمومي مجانا، طالما أن ظروفهن المادية متوسطة في العموم أو متدنية، وما دامت تكاليف المتابعة لدى العيادات الخاصة هي جد مرتفعة والجميع يشتكين منها، فهذه تساؤلات قد تستدعي تنفيذ دراسات مستقبلية تتابعية.

هذا من جهة أولى، ومن جهة ثانية، وقفنا على تناقضات في سياق آخر، حيث علمنا عبر مقابلاتنا وعينة الدراسة من الأطباء أن معدل الخصوبة في ارتفاع مستمر، وأن العادات والتقاليد والأعراف الاجتماعية والدين تشجع على الإقبال عليه، وحتى أن الظروف الاقتصادية، وما ينجر عنها من مشكلات اجتماعية؛ لم تنجح تماما في منع زحف تقدمها إلا نسبيا وفي حدود ضيقة جدا، وحتى أن امتعاض نسبة غير قليلة من مفردات العينة واستياءهن، بل واعتراضهن على بعض أحكام الشرع "تحديد النسل"، لم يسهم في تكريس "تحديد النسل" وبالتالي تقليص حجم الخصوبة في الجزائر، وهذا ما تم اثباته عبر تصريحات الأطباء المختصين في المتابعة، إذ تواجههم صعوبات وعراقيل بشأن اقناع مرضاهم

(النساء وأزواجهن) بتحديد النسل، حتى في الحالات الصعبة كالإصابة بمرض القلب، وداء السكري على وجه الخصوص.

في الحقيقة أمام هذه التناقضات لا نجد تفسيراً إلا فقدان الحكمة والرشاد، وسذاجة وسطحية الوعي، وسيطرة النزوة والغريزة على أنماط التفكير واتجاهات السلوك الانجابي، حيث لا يمكن إلا أن نسمع صدى غريزة الأمومة والأبوة، كما لا يمكن إلا نجد أن نقف على شتات التفكير وهشاشة الإدراك لدلالة تأسيس مشروع أسرة ناجحة.

وإذ تتشبت أغلب مفردات الدراسة، ومنذ بداية حياتهن وفي عامهن الأول، بقرار الانجاب لمرة، ثم لمرتين - بعد سنتين -، حيث قدرت نسبتهن التراكمية بـ ((86,4 بالمائة ما يعادل 509 مبحوث من مجموع 589))، فذلك لأسباب لا نراها تخدم إلا القيم الفردانية "أي المصلحة الشخصية" و"الاستجابة لصدى غريزة الأمومة والأبوة"، أكثر منها استجابة لتعاليم الدين، أو ابداء الاحترام لمنظومة القيم والعادات والتقاليد والأعراف، فهذا لم يعد مهما لدى الأغلبية السّاحة، حيث يمكننا حصر الأسباب في اتجاه النساء نحو توثيق العلاقة بأزواجهن، بوصفهم رعاة اقتصاديين بالدرجة الأولى، تحقيقاً للحماية الأنية، وطلباً للحماية البعدية التي سيوفرها الأبناء لاحقاً، وهذا ما يمكن أن ينافي إلى حد كبير الغاية من مشروعية التأسيس للزواج وانجاب وتربية الأبناء مصداقاً لقوله تعالى: «يوم لا ينفع مال ولا بّتون، إلا من أتى الله بقلب سليم» سورة الشعراء، الآية 89.. كما يقول أيضاً: «إنّما المال والبنون لعب ولهو وزينة، ومّا الحياة الدنيا إلاّ متاع الغرور»، سورة، ويقول أيضاً: « لن تنفعكم أرحامكم ولا أولادكم يوم القيامة، يفصل بينكم والله بما تعملون بصير»، سورة الممتحنة، الآية 3.

هذا دون النظر والتدقيق في مفهوم تأسيس مشروع أسرة سعيدة؛ تسعى من خلال أهدافها إلى تحقيق غايات راقية، تربوية واجتماعية وأخلاقية (التمسك الاجتماعي والانجاز الحضاري) وطنية ودينية (ممارسة الفعل الاستخلافي وسيادة العالم). إذن فراغ الزواج من هكذا محتوى؛ يجعله كالوعاء الخاوي، والوسط الجاف من متطلبات الاستقرار النفسي والاجتماعي والروحي، ما سيؤدي بالنتيجة إلى تعرض أفرادها لحالات القلق والتوتر والاضطراب الانفعالي، حيث سيؤثر تواليا (أي هذه الوضعية النفسية) على الخصوبة؛ فيتسبب في العقم النفسي، ما قد يعني في تصورنا أنّه :

كُلما لفت الأنانية الفردية الرّغبة الملحة للاستئثار بمكسب ما،
كُلما تحولت قوة هذه الرغبة إلى نقيضها وحقت مفعولاً عكسياً.

وفيما تعلق بطريقة التشخيص الطبي؛ فإن الأغلبية تبرر لجوؤها إلى العيادات الخاصة طلباً لحسن التشخيص، غير أن الواقع والملاحظة والتحاور مع الكثيرات يكشف عن عكس ما أتت به استمارة الاستبيان من بعض النتائج، إذ يؤكد حالة عدم التشخيص الجيد لكثير من الأطباء، وذلك بسبب كثرة الوافدات للكشف، وحالة التعب والإرهاق التي تعاني منها الطبيبات والأطباء، حيث يعملون دونما انقطاع من التاسعة صباحاً إلى الرابعة أو الخامسة مساءً والبعض إلى غاية السادسة، إلى درجة أين أضحى البعض منهم (من الأطباء) يبادر بطرح أول سؤال على المريض: "عيشك قيداش بقاو مرضى برا"، كم بقي من المرضى في قاعة الانتظار. ناهيك عن عدم التحاور مع المريض وعدم التواصل الكامل معه أثناء جلسة التشخيص، وكذلك السرعة الفائقة في التشخيص دون اتقان، ودون تدقيق، ودون أخذ الوقت الكاف واللازم للكشف الجيد عند الأشعة "ايكوغرافي"، أو غسيل الجرح الداخلي، مما قد يتسبب، حسب تصريحات بعض مفردات العينة، في الإصابة بجروح إضافية جديدة لتلك التي أتوا أصلاً لعلاجها.

كما فوجئنا في إحدى العيادات بتعليق ورقة تعليمات، من بينها يرجى عدم توجيه أي سؤال أو استفسار للطبيبة، والسؤال يوجه فقط للممرضة (أقصد تلك التي في مكتب الاستقبال وربما لا تملك أي شهادة علمية)، حيث ستكون الوساطة بينهم وبينها، كما يشترط هذا حتى عند قراءة التحاليل والتقارير الطبية، إذ تبقى الوساطة قائمة كما تبقى المسافة بين الأطباء من هم دونهم من البشر متأصلة وكأنها إسقاط عن ثقافة المجتمع ككل.

نوعية الأدوية وكيفية الاستهلاك؛ تحدث الأطباء من عينة الدراسة عن الدواء الجنيس، وقالوا بغلاء ثمنه، وضآلة مفعوله، هذا الذي ساهم في وصمه بالصورة السلبية وترويجها في المجتمع المحلي. حيث أصبح الناس يدققون في مصدر إنتاج وتصنيع الدواء، فإن لم يكن (الدواء الأجنبي) مرتفع الثمن جداً، كان الإصرار أكبر على رفض المنتجات المحلية واستبدالها بالمنتجات الأجنبية، وقد يكون عامل الثقة إلى جانب عامل الخبرة الذاتية من خلال تجريب الدواء، مصدراً لتقرير هكذا اتجاه.

الثقة بين الطبيب والمريض، والثقة في القطاع العمومي والقطاع الخاص؛ تلك مسألة أضحى هي الأخرى، مركز اهتمام وتقييم الجميع، إذ طفى الكيل، من تلك الأخبار التي تنتشر هنا وهناك، تُروج لها الصحافة وقنوات التلفزة الوطنية، كما أضحى علكة الشائعات، خاصة سرقة الأعضاء الطبية والأجبار بها، ويكفي أن انتشار ظاهرة اختطاف الأطفال وسرقة الكلى من المجانيين، والنساء، هي أكبر ملف يشكل أخطر منحي لتكريس مثل هذه الممارسات غير الأخلاقية.

فإلى جانب غلاء مستحقات الكشف والتشخيص، التي أثقلت عاتق المواطنين الجزائريين، وإلى جانب الارتفاع الفاحش للدواء ومستلزمات العمليات الجراحية من فحوصات طبية وأشعة متنوعة ودورية وغيرها، وإلى جانب تلك الصعوبات والعراقيل التي يواجهها المرضى، بسبب طول مدة المواعيد الطبية، أو نقص الأدوية ذات الفاعلية، وصعوبة إيجاد سرير للإقامة لغرض إجراء عملية جراحية في مستشفى القطاع العام، ناهيك عن سوء المعاملة، وطلب الرشوة بكل الطرق الملتوية، وتدخل الوساطة وانتفاء فرص العدالة الاجتماعية أمام جميع الفئات؛ كل ذلك، أنتهى بزعة مكانة الطبيب ومكانة الطب ككل في الجزائر، تلك المكانة التي طالما أسست لها سياسة البلاد، فجعلتها في أوج ذروة التخصصات العلمية، منذ مرحلة الاستقلال إلى الآن، غير أنها بالمقابل، هدمت أركانها حينما أفقرتها ماديا وهمشتها عمليا؛ فاردتها أسفل السافلين في عيون الآخرين.

✓ مؤشر علاقة الظروف الثقافية، التعليمية والاجتماعية وعلاقتها بالخصوبة:

تتصف الأسرة في مدينة سطيف بالطابع المحافظ، ويمكن وصفها، لدى الكثيرين، بالطابع البدوي، حيث لا تزال تُسيطر فيها أحكام العادات والتقاليد والأعراف، حيث لا تزال قواعد الضبط غير الرسمي تجد فيها، على غرار كثير من مناطق الوطن، صدى عميقا في نفوس أفراد المجتمع. غير أن هذا لا يعني أنها خارج دائرة التفاعل مع ما هو وافد وجديد ودخيل، بل أنها تتحرك، وبخطوات بطيئة إلى حد ما، لكن تحركها جامع وشامل لجميع المؤسسات والأبنية الفكرية والاتجاهات النفسية والتصرفات السلوكية، إذ يمكن أن تتجلى مظاهر التغيير القيمي أكثر في ثقافة الشباب خاصة، بفعل تأثير وسائل الاعلام والتعليم الرسمي، والاختلاط والتفاعل الخارجي في الفضاءات العمومية والفضاءات الالكترونية وعبر السفر... الخ، وكل ما يدفع الى تحري سلوك استهلاكي لمجمل ما يعرض في السوق العامة تماشيا وحركة السوق والسلع والتجارة العالمية.

بالطبع فإن السلوك الانجابي لا يزال سلوكا ملتصقا بقوة بالأعراف والأحكام والقيم الاجتماعية التقليدية، ولا يزال منحازا إلى جذوره الأصلية. غير أننا إذا ما دققنا في عمق أسباب التشبث هذه بالدوافع الاجتماعية؛ لأدركنا سريعا أن ورائها وفي أعماقها؛ إنما تقبع الحاجات المادية المدفوعة بالطابع الغريزي بالدرجة الأولى، إذ أن المصلحة الشخصية، تلك التي تخدم غريزة البقاء والشعور الأمان من الحاجات والدوافع، فهي من تُحرك السلوك الاجتماعي وتشجع الاقبال عليه، وتُبطّنه وتُلفّه، على نحو يُلطف شكله، ويجعله لبقا سلسا وناعما.

أوليس من الغريب أن نقف في وجه الشرع الحنيف، ونتجرأ على بعض أحكامه برفضها واتخاذ موقف سلبي اتجاهها، مهما قلت نسبة من يمثلها، في الوقت الذي نرحب

فيه بأحكام العرف ونمجدها؟؟؟، هذا ما تم اثباته من خلال نتائج الدراسة الميدانية الحالية، حيث سجلنا أنه برغم دور الظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها البلاد من إفلاس، وبطالة، وارتفاع القدرة الشرائية للمواطن، وصعوبة الاستقرار السكني، و... الخ، ناهيك عن أن أغلب مفردات العينة هن ماكنات بالبيوت ما يعني الاعتماد على دخل فردي واحد، وأن الغالب في مستوياتهم المادية هي حالة التوسط والفقير والحرمان، هذا من جهة أولى ومن جهة ثانية؛ فإننا نجد أنه برغم عدم تفقه الأغلبية الساحقة في مجال الأحكام الشرعية ورفض بعضهم لحكم الاسلام القاضي بتحريم ظاهرة تحديد النسل، وأن تنظيمه يجب أن يخضع لشروط، وكذلك تحفظ بعضهم الآخر، فإنه برغم ذلك يتجهون إلى الاقبال على الانجاب، لأسباب ومحفزات اجتماعية بالدرجة الأولى.

إذ أن الأولاد، زيادة على أن لهم دوارا كبيرا في تحقيق الشعور بالتقدير الاجتماعي وباحتلال مكانة لائقة في الوسط القرابي والمحيط الاجتماعي من الناحية النفسية، وهي مؤكدة بنص القرآن الكريم « **المال والبنون زينة الحياة الدنيا** » سورة الكهف، الآية 46، فإن هناك مسألتين اقتصاديتين تحددان مهمتهم اتجاه الأمهات والآباء بدقة هما:

- **المسألة الأولى**، تحقيق الشعور بالأمان والرعاية الاقتصادية الانية، بسبب توثيق علاقة الزوجة بزوجها وبعائلته؛
- **المسألة الثانية**، تحقيق الرعاية وتوفير الشعور بالأمان اقتصاديا وصحيا، بسبب الرعاية والتكفل التي سيوفرها الأبناء لاحقا في مرحلة الشيخوخة.

هذا ما توافق تماما مع ما تم تأكيده من طرف لبنتاين في **نظرية الكلفة في الخصوبة**؛ حينما أشار إلى أن هناك ثلاث منافع مستمدة من إنجاب الطفل الإضافي، وهي:-

- **منفعة نفسية**: حيث أن الطفل الإضافي مصدر سرور لوالديه.
- **منفعة اقتصادية**: حيث يعد إنجاب الأطفال ووجودهم في الأسرة عامل إنتاج ومصدر دخل جديد، فكل طفل جديد يعني ساعد جديد يضاف إلى قوة العمل في الأسرة.
- **المنفعة المتوقعة من الأبناء**: كخدمة الوالدين عند الشيخوخة أو في حالة المرض أو العجز (فالأولاد كثيرا ما ينظر إليهم ضمن هذه الاعتبارات كمصدر ضمان في حالة عجز ومرض وشيخوخة الوالدين).
- وقد اعتبر كاين أن **مكانة المرأة المتدنية** نتيجة اعتمادها الاقتصادي على الرجل يجعلها أكثر عرضة للخطر في حال الترميل أو الطلاق أو في حالة مرض الزوج، الأمر الذي يؤدي إلى تعزيز رغبتها في إنجاب الأولاد، بغية تأمين العدد الكافي منهم كضمان بوجه المخاطر المفترضة، والتي يمكن أن تمر بها مستقبلا.

وقد رأى كاين أن العائلة الممتدة قد تشكل مصدر حماية في حالات الخطر والشيخوخة، واعتبر خلافا لكادويل أن انتشارها قد يكون عامل ضبط لمستوى الخصوبة¹.

إن يمكننا نفهم بعمق دوافع اتجاه الناس نحو تبني سلوك انجابي معين في خضم ظروف، يفترض أن تشكل دوافع لتنمية اتجاه معكوس.

وبالطبع فإن من السذاجة أن نتقبل الأمر دونما مناقشته على بساط مجريات الواقع الميكرو سوسولوجي، حيث أضحى أغلب الآباء الآن يشكون من ارتفاع معدل عقوق الأبناء، وكذلك مصالح الأمن، هذه الظاهرة التي بدأت تكتسح القناعات العامة، بعدم جدوى الأولاد، حيث أثبتت دراسة ميدانية حديثة حول "التغير مظاهر الأسري في المجتمع الجزائري"² حدوث تغيرات كثيرة في مستوى ومنظومة القيمة خاصة في وسط الأبناء، انسحبت هذه التغيرات على مجالات حياتية وسلوكية عدة، تغذت على الانتشار الواسع للقيم الفردانية والقيم المادية، وأفرزت عديد مؤشرات عن التفكك في بنية الروابط الأسرية، وفي المقابل تقوية العزلة القرابية "إضعاف صلة الرحم"، وتصاعد منسوب أشكال عقوق الوالدين، من العنف الرمزي الى العنف المادي الجسدي، وانحصار درجة التكامل والتكافل والتعاون داخل الانساق الأسرية نفسها وبين الآباء والأبناء والإخوة الأشقاء أنفسهم، والايمان بالمساواة بين الجنسين، مع تفضيل كثير من الأسرة الإناث على الذكور، وهكذا... هذه النتائج التي تم رصدها من 400 أسرة في مجتمع سطيف، تعزز قناعاتنا بدور الدوافع الغريزية المادية خلف القيم الاجتماعية للسلوك الانجابي، ما يجعله يدور هو الآخر في فلم منظومة القيم المادية والمنفعة البراغماتية. حتى ان القران الكريم يجمع بينه وبين انجاب الاولاد في نص الآية الكريمة، " المال والبنون زينة الحياة الدنيا" سورة الكهف، الآية 46، ما يعني أن كلاهما "المال والأبناء"، وجهان لعملة واحدة، وهي خدمة الأغراض المادية بالدرجة الأولى إلا ما رحم ربك.

وهكذا تتفق في نتائجها مع ما توصلت إليه نتائج دراستنا من حيث ضمور ظاهرة تفضيل الذكور على الإناث بنسبة قدرت ب((6,3 بالمائة ما يعادل 37 مبحوث))، بل وتفضيل الإناث على الذكور لدى أغلب مفردات العينة بنسبة قدرت ب((10,4 بالمائة ما يعادل 61 مبحوث)) بينما تم تسجيل موقف عدم التفريق بينهما من حيث القيمة والدرجة والافضلية بنسبة غالبية قدرت ب((83,4 بالمائة ما يعادل 491 مبحوث من مجموع 589)).

إذ يمكن تفسير ذلك من جهة أولى بعدم تحقق ما ينتظره ويتوقعه الآباء من الأبناء الذكور في الوقت الراهن، من الخدمة والرعاية والانفاق، وبغض النظر عن المقدرة

¹ منير عبد الله كرادشة : المرجع السابق، ص.65، 66.

² نادية سعيد عيشور: التنمية المستدامة وتحديات السيادة الوطنية في العالم العربي- الجزائر نموذجاً، الطبعة الاولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2016.

المالية، فإن سيادة القيم الفردانية كنموذج في مجال القيم، أضحى له أثره البارز في اهتمام كل فرد في الأسرة بنفسه بالدرجة الأولى إلا من رحم ربك، ربما هذا يكون أقل حدة عند البنات منه عند البنين، حيث أن البنات يقدمن الخدمة المنزلية وكذلك يساهمن في مصروف البيت، إن كن عاملات، ويساهمن في إعالة الوالدين عند الكبر والمرض، على غرار الكثير من الابناء الذكور لاسيما المتزوجون منهم.

خلاصة:

تنبهنا الوقائع والأحداث إلى ما قد يغفل عنه الخيال العقلي، إذ أن لغة الرموز والإشارات والكلمات والحركات والسلوكيات، تشد لدى الباحث همة البحث، وتفتح أمام عينيه آفاق الولوج إلى الأعماق لاستنباط الحقائق كاملة، حتى وإن لم تثمر الجهود لتحصيل ذلك. وفي المبحث الحالي، حاولنا عرض البيانات الميدانية التي قمنا بجمعها بشق النفس، وبذلنا في سبيل ذلك جهودا تنسيقية كبيرة فيما بيننا كأعضاء فريق، غير أنها ساعدت كثيرا في تصويب مكتنزاتنا من الأفكار التي حصدها من خلال رحلة قراءتنا وتبحرنا في بطون الكتب والدراسات، إذ جعلت نظرنا للموضوع تأخذ شكلا جديدا واشكالية بحثنا تتحلى برواق وجاذبية على غير ما اعتدنا عليه.

ولهذا، وعلى خلاف ما هو معمول به في أدبيات الدراسات السوسولوجية، عمدنا إلى عرض البيانات الجزئية للتقنيات المنهجية الكيفية، ونقصد بها تقنية الملاحظة (البسيطة العشوائية والعلمية المقصودة) وتقنية المقابلة (الحررة والمقننة) في متن البحث، وتوالى التعليق عليها ومناقشتها بعد تحليلها وصولا إلى تفسير النتائج الجزئية ورصدها بلغة دقيقة. وهذا في انتظار تناول عرض البيانات التي ستجلبها لنا تقنية استمارة الاستبيان بوصفها تقنية كمية، ولهذا سيخصص لها الفصل الموالي وسنقف على نتائجها لنخلص في النهاية إلى النتائج العامة النهائية.

الختامة

تتأرجح أحلام وطموحات الناس والهيئات والمجتمعات والدول؛ بين مرید للذة ومدبر عن الألم، وكل لذة يستدفعها شعور بالحاجة، وكل ألم يستنفره الشعور بالخوف. والصحة هي نعمة كبيرة تسعى إليها فطرة الانسان، إذ تُسوّغ لها أسبابا، تحدد لها طرائق، تتخذ لها وسائل، مع انتهاج الأساليب. غير أن هذا الإجراء المحموم بدوافع الفطرة الانسانية؛ قد يخطئ كما قد يصيب ويظل عن جادة الصواب، حينما يختل توازنه بين تحديد الأولويات في ترتيب الحاجات، وبين تقديره للموارد وما أتيح له من إمكانات.

وفي ضوء هذه الرؤية الفلسفية الحكيمة؛ يقع اهتمام الأفراد والمجتمعات، جماعات ودول بموضوع الصحة العامة. حيث تشكل عمودا فقريا لتوازن كافة الاشباع، التي تُيسّر للجميع المضي قُدما، وبخطوات متوازنة وسوية، نحو الاستقرار عبر مسالك الأمان والمحبة والسلام.

فلطالما اعتبرت مسألة التوازن بين مختلف القطاعات الحيوية في أي دولة ومجتمع المقياس لبلوغ مستوى عال من الانضاج الفكري والسياسي والتدبير الاقتصادي، كما اعتبر العكس مؤشرا عن الوهن في التفكير والاستدلال المنطقي، وضعف الخبرة التاريخية وهشاشة التجارب السابقة.

بل وصفت بعض من ارتطمت به هذه المواصفات بالشعوب الأقل كمالية إنسانية، تطلبت من حكماء جهابذة العالم وسادة البشرية التدخل القسري لرفع الغبن عنها.

ولهذا برزت نضالات المنظمات والهيئات الدولية؛ لمساندة فقراء الشعوب وضعاف الدول في جميع المجالات، لاسيما ما تعلق منها بحقوق الانسان.

ولعل الاهتمام بموضوع الصحة العالمية، كما بالسلام العالمي، يعتبر المطلب الأكثر إلحاحا في الأونة الأخيرة، نظرا لانعكاسات المنظومة الحياتية كلها على واقع الصحة العالمية، مي حيث حدة مخلفات التحضر والحدثة في قلب معايير التوازن، وكذا درجة التأثير الذي لا تزال تمارسه وبكثافة عالية، ثلّة من البشر، وثلّة من الشركات الخاصة، وثلّة من البلدان المهيمنة، على غيرها من التوابع.

ترشيد الاهتمام بالصحة في البلدان المتخلفة، حيث تحتاج الى تنشيط حركية اهتمام اكثر وترشيد سياسة انفاق صحي أعلى، وتأطير موارد بشرية اكفاً، وتوفير هياكل ووسائل أوفر، كل هذا يتطلب بالأساس وجود وعي صحي لدى القائمين على الشأن العام. وبدون تنمية هكذا وعي يصل الى مستوى النضج والاستواء الكلي، قد تبدد الجهود وتضيع الآمال والثقة.

وعليه بات أكثر من ضروري تنصيب رؤية سياسية متكاملة وشاملة، لخارطة الصّحة العمومية في أي مجتمع؛ يتم فيها مراعاة عملية التساند الوظيفي لمختلف قطاعاته الحيوية والتنسيق المحكم بين جزئيات الفعل العضوي الرشيد. حيث يمكن تحقيق الموازنة العامة لاسيما بين النمو الاقتصادي للقطاع الانتاجي والنمو الديموغرافي والاستهلاكي للسكان، ما سيسمح ويمكن من النجاح في بقية الجهود المتعلقة بالتعليم والعمل والسكن والثقافة والسياحة وغيرها من متطلبات الحياة في زخم هذا العصر.

تسعى الجزائر، كبلد سائر في طريق النمو، عبر سياساتها الصحية إلى تجسيد ما يجعلها تقترب من تحقيق هذه الطموحات، حيث تتبلور مشاريعها وتوجه جهودها، زيادة على تحسين مستويات الصحة وتعميم الاستفادة من خدماتها، نحو كسب رهان الموازنة بين النمو الاقتصادي ونظيره الديموغرافي، من خلال مساعي التقليل من معدل الخصوبة عبر عمليات التحسيس والتوعية؛ وعبر جهود مختلف القطاعات والمراكز الصحية العمومية وحتى الخاصة في السنوات الأخيرة. غير أن هذه الجهود قد ترتطم بكثير من الظروف والصعوبات التي قد تقلل من شأن نتائجها، في ضوء استدامة تجلي متغيرات معينة ووضعيات مختلفة تشغل حيزا غير محدود في أنماط التفكير الاجتماعي ونماذج التصرفات السلوكية للمجتمع ككل.

من هذا المنطلق ورد اهتمامنا كأعضاء فريق بدراسة موضوع: «الخصوبة والصّحة العامة في المجتمع الجزائري»، حيث هدفت دراستنا إلى كشف أهم الوضعيات التي قد تشغلها الصحة العامة، عبر قطاعاتها وخصائصها، والتي يمكن أن تؤثر، بنحو مباشر وغير مباشر، على معدل الخصوبة، حيث اخترنا مجتمع مدينة سطيف نموذجا للمجال الجغرافي والبشري، بقطاعاته العمومية والخاصة. تضمنت عينة الدراسة مجالين متكاملين ومستويين هما:

- المستوى الأول: عينة عشوائية بسيطة مثلت نسب 32 بالمائة من مجموع الأطباء المختصين في مجال الطب النسوي، المتواجدون في مدينة سطيف.
- المستوى الثاني: عينة عشوائية صدفية قدرت ب 589 مفردة من مجتمع النساء المتابعات للتكفل الصحي ومتابعة الحمل.

وبالطبع فإن الأنسب، بالنسبة لنا كباحثين، هو تبني المنهج الوصفي طالما تموقعت الدراسة ضمن نطاق الدراسات الاستطلاعية الوصفية، كما تمت الاستعانة بالمنهج المقارن، وكذا الاستهانة بتوظيف بعض أساليب وتقنيات المنهج الوصفي في العلوم الاجتماعي.

استوفت الدراسة مدة ثلاث سنوات كاملة، توزع فيها العمل بشكل متوازن تقريبا، وتأرجح فيها الاهتمام بالاطار النظري جنبا إلى جنب ونظيره الاطار الميداني مبكرا، وتبلور انضاجه بشكله الرسمي خلال السنة الجارية، أي ابتداء من شهر أكتوبر 2016

إلى غاية شهر ماي 2017، حيث توجت جهود فريق البحث، في نهاية المطاف، برصد ما هو آت من النتائج العامة على الصعيد الكيفي والصعيد الكمي:

أولاً- النتائج العامة المتحصل إليها عبر التقنيات المنهجية الكيفية هي:

■ عدم تحقق الفرضية الأولى بدرجة معتبرة؛

حيث ثبت أن العامل الاقتصادي وان مهما وله بعض الأثر غير أنه لم يؤثر بدرجة واضحة على انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع المحلي بمدينة سطيف، وهذا راجع الى قوة النسق الديني الذي يفرض قواعد الضبط على أتباعه من المؤمنين ويمارس دوره بقوة على النسق الاسري، حيث أن الاسلام يفصل تماما بين عدد الأولاد ومسألة الرزق. فالرزق من الله وكل مولود قبل أن يولد يوجد له رزقه، مصداقا لقوله تعالى: (ولا تقتلوا اولادكم خشية املاق، نحن نرزقكم واياهم)، هذا من جهة أولى ومن جهة ثانية فإن اعتبار مسألة تحديد النسل أو تنظيمه لفترات متباعدة تتجاوز السننتين (مدة الرضاع الطبيعية) دونما مبرر شرعي، يجعل أصحابه متورطون بارتكاب كبيرة من الكبائر (والكبيرة هي التي وضع لها الشرع حد في الاسلام، أي عقوبة دنيوية)، فقتل النفس يعد أمرا مشينا ومن الموبقات السبع. هذا الأمر الذي منع ويمنع اقبال الناس على تخفيض نسلهم مهما كانت وضعيتهم الاقتصادية متدهورة وقدرتهم الشرائية منخفضة.

■ عدم تحقق الفرضية الثانية بدرجة معتبرة؛

بالطبع للظروف الاجتماعية الصعبة أثرا على حياة الأسرة الجزائرية من نواحي عديدة لاسيما النفسية، غير أن النتائج أثبتت أنها لا تؤثر إلا في حدود ضيقة جدا جدا على تخفيض معدل الخصوبة بالمجتمع الدراسة، ذلك لأن المخيال الاجتماعي والثقافي في المجتمع الجزائري ينظر إلى السلوك الانجابي - الخصوبة- باحترام كبير، ويرفع قدره ليجعله من دواعي الاعتزاز والمفخرة الاجتماعية، كما يحتفي بالعدد الأكبر من الأولاد لاسيما الذكور منهم؛ زيادة على ذلك فمكانة المرأة في الأسرة الجزائرية على غرار المجتمع العربي ككل، تجعل مكانة المرأة ومنزلتها العلية مرهونة بعدد ومقدار ونوع انجابها، ناهيك عن أن كثرة الانجاب في تصور النساء الجزائريات هو الأساس في الحفاظ على الرابطة الزوجية بل إنه سبب سيطرة النساء على الرجال لاحقا وتحكمهن في زمام الأمور، ولذا تسعى أغليبتهم بعد الزواج، وبعد فترة قصيرة جدا (سنة أشهر)، لبداية متابعة العلاج للتعجيل بالإنجاب خشية وقوع الطلاق وما شابهه رغم أن هذا التأخر في الإنجاب من الناحية طبية يعتبر أمرا عاديا لمدة سنتين على الأقل.

تحقق الفرضية الثالثة بدرجة كبيرة جدا؛

أثبتت نتائج الدراسة أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة بمجتمع الدراسة، ومزاوتها للعمل خارج المنزل له أثره الكبير جدا في دفعها، عن إرادة وعن غير إرادة، نحو سياسة تنظيم النسل وتخفيضه. إذ من الناحية الإرادية فإن الضغوطات التي تواجهها النساء العاملات سواء في المنزل من خلال القيام بالالتزامات العائلية الكثيرة تجاه الزوج والأبناء والبيت ككل أو في مكان العمل، لا تسمح لهن بالإنجاب المستمر بطريقة طبيعية، ولهذا يلجأن إلى تبني سياسة تنظيم النسل، أما من الناحية ألا إرادية، فإن كثرة الضغوط والتوترات والقلق والاحتراق النفسي و...، الممارسة عليهن داخل البيت وداخل مكان العمل وفي المجتمع ككل، تتسبب لهن في حدوث اضطرابات نفس-فيزيولوجية وتحول تواليا دون الانجاب بصورة طبيعية "العقم النفسي"، ما يدفعهن لمزاولة العلاج طلبا للإنجاب. كما تقرر حسب النتائج أن وعي المرأة، بفعل مستواها التعليمي على غرار النساء الأميات، يجعلها أكثر إقبالا على سياسة تنظيم النسل، وأيضا، لدى البعض، تبني سياسة تحديد النسل تبعا لخطورة وضعهن الصحي من خلال اتباع توجيهها الاطباء المتابعون لحالتهم.

تحقق الفرضية الرابعة بدرجة كبيرة جدا؛

سجلت أعلى معدل من نسبة التحقق، حيث أن النتائج أكدت فعالية أثر الوضعية الصحية العامة في المجتمع المحلي على معدل الخصوبة، حيث أن الرعاية والوقاية الصحية لا يمكن أن تكون ناجعة إلا باعتماد استراتيجية سياسة صحية وطنية ناجعة، تستهدف تحقيق التنمية الصحية المحلية بما فيها خلق الشروط الصحية المناسبة لتحقيق الرعاية الصحية والوقاية الصحية للمواطنين، وفق مبادئ المساواة والشفافية والعدالة الاجتماعية، لاسيما فيما تعلق بنمط الاستهلاك الغذائي والتكفل الطبي على سبيل المثال لا الحصر، ونشر الثقافة الصحية عبر حملات التوعية والتحسيس من خلال وسائل الاعلام المحلية والوطنية والمدرسية، إلى جانب توفير الاطارات والكفاءات الطبية الجزائرية كما وكيفا، وخلق أجواء ملائمة لانتعاش روح المنافسة الشريفة والانسانية بين القطاعين العمومي والخاص.

لكن افتقار المجتمع الجزائري، كنسق عام، لتوفير كل أولئك؛ يعني أن النتائج حتما ستكون، على غير ما نرغب، سلبية، حيث تلوث الماء والهواء، وانتشار الأحياء الفوضوية، والقمامات ورمي الأوساخ في الأماكن العامة، والتدخين في كل الفضاءات، وتعريض المنتوجات الغذائية للشمس، وانتشار الباعة المتجولون (الخضارة خاصة) وحتى الحلويات والتوابل وغيرها لاسيما في فترة المناسبات، زيادة على انتشار محلات بيع البييتزا والأكل السريع والمشروبات الغازية، ناهيك عن ضعف الرقابة الممارسة على التجار، وإنتاج

الصناعات الغذائية في شروط بيئة لا تحترم معايير الجودة، والغش في تواريخ الصلاحية، ناهيك عن تلك المتعلقة بالمواد الحافظة والكيميائيات في مود التنظيف، إلى جانب خطر الاشعاعات النووية عبر ادمان الاستخدام للأجهزة الالكترونية كالهواتف والطابلات والانترنت وغيرها، كلها تؤدي شر أدى الصحة العمومية وتؤثر تدريجيا الى تدهور الجهاز المناعي، ومنه امكانية الاصابة بأمراض كداء السكري وداء السرطان وأمراض القلب والالتهابات المختلفة.

فإذا أضفنا تلك الظروف غير الموضوعية، كتدخل النسق غير الرسمي لبنية العلاقات الانسانية في المجتمع، حيث تغطي العاطفة ومراعاة القرابة والجيرة، وغيرها، يكون لها ابلغ الأثر في انتشار وشيوع مثل هذه الثقافة، من خلال توظيف الوسطة والرشوة والعلاقات المصلحية، والمحسوبية، ناهيك عما ورثته سيادة ثقافة الايديولوجية الاشتراكية وترسخها في سلوك الجزائريين مسيرين ومواطنين، من الاتكالية، واللامبالاة، والمساواة المنافية لقيم العدالة الاجتماعية، والملكية الجماعية وضعف الانتماء والولاء المؤسساتي، وانخفاض روح المسؤولية، وانخفاض، تواليا، مستوى المواطنة (ولا نقصد الوطنية)، وما ترتب عنه من الخمول وواد الشفافية من خلال نشر ثقافة التعقيم والتستر على التجاوزات من الرشوة وغيرها.

ثانيا- النتائج العامة المتحصل إليها عبر التقنية المنهجية الكمية (استمارة الاستبيان) هي:

النتيجة النهائية للفرضية الأولى: والتي نصها كما هو آت:

« يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاقتصادية العامة»

لم تتحقق بنسبة معتبرة.

حيث أن الظروف الاقتصادية الصعبة والمتدنية لم تؤدي إلى تقليص معدل الخصوبة.

النتيجة النهائية للفرضية الثانية: والتي نصها كما هو آت:

« يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الاجتماعية العامة»

لم تتحقق بنسبة معتبرة جدا.

حيث أن الظروف والمشكلات الاجتماعية لم تمنع من إقبال مفردات عينة الدراسة على الانجاب، وبالتالي لم تؤدي إلى تقليص معدل الخصوبة.

النتيجة النهائية للفرضية الثالثة: والتي نصها كما هو آت:

« يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية التعليمية الثقافية العامة»

تحققت بنسبة معتبرة،

حيث ترتب عن ضعف المستوى التعليمي لدى غالبية مفردات مجتمع الدراسة، وتدني مستوى الوعي الصحي لديهن، ارتفاع نسبي في درجة الإقبال على الإنجاب لاسيما في مراحل الزواج الأولى، ومن ثم لم يؤدي إلى تقليص معدل الخصوبة. فلو كان مستواهن التعليمي مرتفع ووعيهن الصحي كذلك لكانت النتيجة عكسية، أي أن ارتفاع مستوى التعليم ومستوى الثقافة الصحية يفترض أن يؤدي إلى تقليص معدل الخصوبة.

والنتيجة النهائية للفرضية الرابعة: والتي نصها كما هو آت:

« يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف ايجابا بالوضعية الصحية البيولوجية العامة»

تحققت بنسبة معتبرة جدا.

حيث أثرت الوضعية الصحية المتردية لعدد لا بأس به من مفردات العينة، والمتابعة الطبية الدورية لهن على تقليص معدل الانجاب، ودفعهن لمتابعة العلاج، كما أتاح القطاع الخاص أفضل الظروف للتكفل الصحي بالمرتدات عليه على غرار القطاع العام.

التوصيات والمقترحات

أولاً- على الصعيد الصحي والسياسي:

1. الاهتمام بتحسين مستويات الصحة العامة، من خلال اعتماد سياسة صحية تأخذ بعين الاعتبار العمل على تحقيق الموازنة بين حجم احتياجات المجتمع وحجم الطاقم والفريق الطبي والخدمات الصحية، سواء في القطاع العمومي أو القطاع الخاص، فكلما ارتفع النمو الديمغرافي زاد معدل انتشار الأمراض.
2. نشر الوعي الصحي، وتدعيم عمليات التحسيس الطبي، وتفعيل الزيارات الميدانية والصحة الجوارية، عبر جميع التجمعات السكنية والأحياء دون استثناء، والاعتناء أكثر بالصحة المدرسية في جميع المستويات.
3. الاهتمام بالأمن الغذائي، وتوفير كافة شروط الأمان وضمان الاستهلاك الصحي النوعي للمواطن الجزائري، من حيث صالحة الماء الشروب، وإنتاج المواد الغذائية الموسمية الطازجة محليا، ومراعاة الظروف الطبيعية في فلاحتها وإنتاجها، وهذا بدعم الفلاحين التقليديين.
4. مصادرة أسباب التلوث البيئي من حيث مكافحة تلوث الهواء، وتصريف النفايات بطريقة صحية، وقنوات الصرف الصحي، وغيرها.
5. تشييد مخابر محلية مكثفة لمراقبة المواد الغذائية المستوردة، وأيضا المنتوجات الوطنية المحلية، من حيث مدة الصلاحية والآثار الجانبية للمواد الحافظة، والأصبغ الكيميائية ومكافحة الغش الغذائي، وغيرها.
6. وجوب نهوض سياسة التنظيم على معايير اختيار صحية لوسائل منع الحمل؛ خالية من الأضرار الجانبية، ولا يجب أن تتسبب في الإصابة بأمراض مناعية للأمهات كالقلق المرضي واختلال الهرمونات والسرطان، ولا الأولاد كالضعف الصحي ومنه هشاشة الجهاز المناعي.

ثانياً- على الصعيد التربوي والاجتماعي:

1. التنشئة الأسرية الجيدة وفق نموذج الشرع والقانون على حد سواء، وإدراك المعاني السامية والجليلة من عملية الإنجاب والنسل، وتحصينها ثقافتها التربوية وفق المنهج الإسلامي، حيث الأساليب والطرق العلمية والشرعية الصحيحة وفق الهدى النبوي.
2. الإرشاد الأسري في مرحلة ما قبل الزواج، يعد ضرورة لتسوية الخلافات والمشاكل الزوجية وتوفير أفضل بيئة اجتماعية لتنمية وتربية الأبناء.

3. اقتضاء شمول التعليم الرسمي على ما يمكن أن ينتفع به في الحياة الشخصية للمتعلمين وليس فحسب الإعداد للحياة المهنية المحضنة.

ثالثا- على الصعيد المعرفي العلمي:

1. في اطار عملية التوأمة أو الاتفاقيات البيئية بين الجامعة وشركائها الاقتصاديين والاجتماعيين والقانونيين؛ يجب العمل على التكتيف من عمليات التحسيس والتوعية الصحية في المجتمع المحلي، عبر التدخل في عمل وتوجيه رسالة مؤسسات التنشئة الاجتماعية، كوسائل الإعلام لاسيما الإذاعات المحلية والمساجد والجمعيات الصحية والخيرية، والتنويه بضرورة مراعاة نظام غذائي، يتفادى الإكثار من اللحوم بصفة عامة ويستعيضها بالخضر والفواكه، ونظام ثقافي، يتفادى المشاعر والاتجاهات السلبية المؤثرة على الجهاز المناعي.

2. تفعيل دور البحث العلمي في مجال الصحة العمومية والصحة الأسرية، من خلال خلق فروق سوسيو- طبية أو سوسيو- صحية تعالج هكذا موضوعات مهمة، وتقترح الحلول العملية.

3. إثراء المكتبات الوطنية وكذلك قاعدة البيانات بموقع جامعة سطيف 2، بنسخ ورقية والكترونية، من الدراسة الحالية، لغرض نشرها وتعميم المعرفة، إذ تأتي في طليعة الدراسات الوطنية الجادة ، إن لم نقل أنها الدراسة الوطنية الأولى من نوعها على المستوى الوطني، التي عالجت العلاقة بين متغيري "الصحة العامة" و "الخصوبة".

4. ولغرض التحسيس الصحي البيئي؛ وتنشيط حركية الاهتمام لدى المؤسسات المعنية، ستقدم نسخة لكل من مديرية الصحة العامة بولاية سطيف، وأيضا مصلحة الشؤون الاجتماعية بدائرة الولاية، والى جانب بعض جمعيات المجتمع المدني بسطيف المهتمة بهذا الشأن.

5. فتح آفاق بحثية جديدة تتعلق باشتقاقات من موضوع الدراسة، ومنه:

- بحث موضوع أثر الايكولوجيا على الصّحة العامة في المجتمع الجزائري؛
- العقم النفسي، تداعياته وأبعاده؛
- العوامل السوسيو- ثقافية واجتماعية في المجتمع الجزائري وعلاقتها بالنمو الديموغرافي؛
- السياسة الصحية الجزائرية بين دواعي الترشيح وتدابير الهشاشة في ظل الأزمة الاقتصادية؛
- تعاطي حبوب منع الحمل والإصابة بداء السرطان؛ أية علاقة؟؛
- العنف الجنسي والوضعية الصحية للمرأة الجزائرية؛

- تسيير الموارد البشرية في المؤسسات والمراكز الصحية، دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص.

رابعاً- على المديرية الولائية للصحة العمومية والمؤسسات الصحية للقطاع الخاص:

1. تحسين التكفل الطبي بالأطباء يتطلب:

- توفير عدد كاف من الأطباء، على أن يُراعى فيها التوازن بين التكوين وحجم مناصب الشغل.
- منع هجرة الكفاءات الطبية للخارج.
- توفير تربصات مستمرة ودورات تدريبية للأطباء والقابلات من أجل تحسين كفاءاتهم لأداء مهنتهم على أكمل وجه.
- إعادة تنظيم دورات تدريبية مستمرة للأطباء والمساعدين والقابلات حتى يتمكنوا من زيادة الفاعلية في تقديم خدمات ذات نوعية جيدة والمراقبة المستمرة لمعاملاتهم ومتابعة أهم ما يحصل بمصحات التوليد.
- تطوير المناهج الدراسية في التكوين القاعدي لطلبة كليات الطب في الجزائر وكذلك ادراج مقاييس تخدم تنمية الضمير الاخلاقي والوازع الاجتماعي لديهم.

2. إثراء وتطوير السياسة الصحية في الجزائر بما يجعلها مواكبة العصر الحالي، من خلال:

- ترقية استراتيجية التنظيم والتسيير الإداري للموارد البشرية الطبية
- صياغة استراتيجية متطورة ومحكمة للوقاية من الأمراض.
- احداث التوازن بين النمو الديموغرافي والتكوين الطبي والشبه الطبي
- من الضروري إحداث التوازن الجهوي في مجال التغطية الصحية، من حيث حجم المؤسسات ومن حيث توزيع حجم الأطباء عبر كافة المؤسسات، حيث تتوفر مدينة سطيف على أكبر عدد من الأطباء في الشرق الجزائري دون سواها، ما يجعل الازدحام ويسبب الإرهاق وضعف الأداء.
- تحسين صورة وسمعة الممارسة الطبية في الجزائري، واعادة توثيق صلة الاحترام والثقة بين الطبيب والمرضى. من خلال الحرص على تكريس أخلاقيات المهنة، ومحاربة اشكال الاتجار البشري من قبل بعض الاطباء سواء في المؤسسات الاستشفائية العمومية او المؤسسات والعيادات الخاصة.

3. تحسين الظروف الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية: ويتم عبر:

- توفير الوسائل والأجهزة والهيكل الطبية الحديثة
- إحداث الموازنة بين الجهد المبذول من طرف الأطباء والراتب الشهري، حتى لا يلجأ البعض إلى انتهاج المسالك غير المشروعة قانونيا وأخلاقيا كالرشوة والوساطة والسرقة والاهمال والتقصير في العمل.
- تذليل صعوبة اختبارات التوظيف في المناصب المتخصصة،
- فتح مناصب أمام الأطباء الجدد،
- تحقيق الانسجام بين العمل الخاص- والمدني،
- منع عزو الأطباء الأجانب لمستشفياتنا (اليابانيين والصينيين مثلا)
- مراعاة الحواجز التي تمنع من قدوم الاطباء الجزائريين المختصين،
- توفير شروط العمل المناسبة لتعويض الاطباء الاجانب،
- تشجيع الاطارات للعمل هنا بتوفير ظروف عمل لائقة،
- توفير الشروط والظروف ذاتها المتوفرة للأطباء الاجانب (الشناوة) بالعملة الصعبة.
- تطوير التكوين المتخصص وتشجيع اختصاص طب النساء والتوليد.
- متابعة نشاطات القطاع الخاص وتشديد المراقبة والمتابعة القانونية عليه، مع توحيد الاسعار في جميع المصحات الخاصة، وضبط القانون الخاص بالممارسة لديهم ولا يجب أن تكون مجرد أوكار لنهب أموال المرضى.
- استجلاب المنتجات من الأدوية وسد نقصها ذات النوعية والسمة الطبية، والفعالية العالية واتاحتها لمن يقدر على شرائها.
- تحسين سمعة الصناعات الدوائية الوطنية "الدواء الجنييس" ومحاولة مطابقته فعلي لمعايير الجودة العالمية، والتي يجب ان تؤكد فاعلية الادوية وليست تصريحات المسؤولين.
- إلزامية تحويل العقود المؤقتة للأطباء بالقطاع العمومي إلى عقود عمل دائمة بعد مدة قصيرة.
- إنشاء جمعية وطنية على غرار جمعية التكفل بمرضى السرطان، تعمل على التكفل بتوزيع الأدوية الخاصة بالخصوبة بالمجان، فبالرغم من أن نتائج بحثنا تشير أن خصوبة المرأة السطافية عالية، إلا أنه ومن خلال معاشتنا للميدان سجلنا حالات عقم، سببها مثلا مرض تكيس المبايض، والذي أكدت لنا العديد من النسوة أن دواء هذا المرض سعره مرتفع جدا، إذ تقدر العبوة الواحدة ب35000دج أي (ثلاث ملايين ونصف سنتيم)، وتوجه هذه الأدوية خاصة للنساء اللواتي ليس لديهن ضمان اجتماعي.

قائمة مراجع

أولاً- المصادر:

القرآن الكريم

- (1) أبو الفضل جمال الدين ابن منظور، لسان العرب، ج3، بيروت: دار صادر للطباعة والنشر، دون سنة نشر.
- (2) ابراهيم مدكور: معجم العلوم الاجتماعية ، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1975.
- (3) مجمع اللغة العربية، المعجم الوجيز، القاهرة: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، 1998.
- (4) المجلس الوطني لشؤون الأسرة ومنظمة الصحة العالمية، الصحة والعنف، الأردن، 2005.
- (5) جماعة من المؤلفين، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، دون سنة نشر.
- (6) اللقاني أحمد حسين وعلي أحمد الجمل، معجم المصطلحات المعرفية في مناهج وطرق التدريس، القاهرة، دار عالم الكتاب، ط3، 2003.

الكتب العربية والأجنبية:

- (1) أحمد فايز النماس: الخدمة الاجتماعية الطبية، الطبعة الأولى، دار النهضة، بيروت، 2000.
- (2) إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، سلسلة جدران المعرفة، 2006.
- (3) ألان توران: المجتمع ما بعد الصناعي، ترجمة مورييس جلال، منشورات وزارة الثقافة والارشاد القومي، دمشق، 1983.
- (4) ابراهيم الحيدري: النقد بين الحداثة وما بعد الحداثة، الطبعة الأولى، دار الساقى، بيروت، 2012.
- (5) احمد زايد: علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الأولى، 1981.
- (6) أبو الفضل جمال الدين ابن منظور، لسان العرب، ج3، بيروت: دار صادر للطباعة والنشر، دون سنة نشر.
- (7) أحمد على إسماعيل، أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، ط8، القاهرة: دار الثقافة والنشر والتوزيع، 1997.
- (8) أميرة منصور يوسف علي: المدخل الاجتماعي للمجالات الصحية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1997.
- (9) ارتاج : التنقيف الصحي حول الاسهال، لندن، 2001.
- (10) إقبال ابراهيم مخلوف : العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات نظرية، دون طبعة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1991.
- (11) جماعة من المؤلفين، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، دون سنة نشر.
- (12) حامد عبد السلام زهران، علم النفس الاجتماعي، ط5، القاهرة: عالم الكتب، 1984.
- (13) حمد خليل عباس وآخرون، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، (عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع، 2007).
- (14) خليل عبد الهادي البدو، علم الاجتماع السكاني، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2008.
- (15) خوجة وآخرون: الرعاية الصحية الأولية ، تاريخ وانجازات ومستقبل، الفرزدق التجارية، 2001.

- (16) رجاء وحيد دويدري، البحث العلمي (أساسياته النظرية وممارسته العلمية)، ط1، (دمشق، دار الفكر، 2000).
- (17) رشيد زرواتي، مناهج وأدوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط1، (الجزائر: دار الهدى عين مليلة، 2007).
- (18) زياد أحمد الطويسي، مجتمع الدراسة والعينات، (مديرية تربية لواء البتراء، 2001/2000) دون طبعة ودون بلد.
- (19) سعاد عثمان، التراث والتغير الاجتماعي (الطب الشعبي)، ط1، القاهرة: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، 2002.
- (20) سعيد إسماعيل صيني، قواعد أساسية في البحث العلمي، (المدينة المنورة، 1414هـ).
- (21) عادل عبد العال، الطب القديم، ط3، دار أجيال للنشر والتوزيع، 2007.
- (22) عبد الرحمن عدس وآخرون، البحث العلمي (مفهومه، أدواته وأساليبه)، (عمان: دار مجدلوي للنشر والتوزيع، 1992).
- (23) عبد الغني عماد، البحث الاجتماعي (منهجيته، مراحلها، تقنياته)، ط1، (لبنان: منشورات جزوس برس، 2002).
- (24) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، قطر، 1991.
- (25) علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، القاهرة، دون سنة نشر.
- (26) علي عبد الرازق جلبي، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الأزارطة، 2009.
- (27) عيسى محمد وآخرون: الاستجابات الانفعالية لدى طلبة الجامعة، الطبعة الأولى، منشورات مخبر الوقاية والارغنوميا، جامعة الجزائر2، مجمع سارل للطباعة والنشر والاشهار، 2015.
- (28) عبد الخالق عبد الله: "العولمة ومحاولة دمج العالم"، كتاب العربي 49، الاسلام والغرب، صراع في زمن العولمة، الطبعة الاولى، مجلة العربي، الكويت، 2002.
- (29) غريب محمد سيد أحمد، علم الاجتماع الحضري، الأزارطة: دار المعرفة الجامعية، 2006.
- (30) فوزي سهاونة، مبادئ الديموغرافيا، ط1، الجامعة الأردنية، 1982.
- (31) فيليب كابان، جان فرانسوا دورتيه: علم الاجتماع من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية، أعلام وتواريخ وتيارات، ترجمة اياس حسن، الطبعة الاولى، دار الفرقد، دمشق، 2010.
- (32) فارح مسرحي، الحدائة في فكر محمد أركون، منشورات الاختلاف، الدار العربية للعلوم - ناشرون، الطبعة الأولى، 2006.
- (33) قنديل أحمد إبراهيم، تأثير التدريس بالوسائط المتعددة على التحصيل الدراسي للعلوم والقدرات الإبتكارية والوعي بتكنولوجيا المعلومات، مجلة دراسات في المناهج وطرق التدريس، العدد 72، جامعة طنطا، 2001.
- (34) مجموعة من أساتذة علم الاجتماع، الصحة والبيئة، ط1، القاهرة: مركز البحوث والدراسات الأنثروبولوجية، 2001.
- (35) محمد الجوهري، الصحة والمرض (وجهة نظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا)، القاهرة، 2005.
- (36) محمد السويدي، مفاهيم علم الاجتماع الثقافي ومصطلحاته، ط1، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب، 1991.
- (37) محمد بشير شريم، الثقافة الصحية، الأردن: عمان، 2012.
- (38) محمد عبد المجيد حسين يعقوب، العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله (رسالة ماجستير)، كلية النجاح الوطنية، 2004.
- (39) مراد زعيبي مؤسسات التنشئة الاجتماعية، الجزائر: دار قرطبة، 2007.
- (40) المرسي محمد حسن وآخرون، تقويم قصص الأطفال المترجمة في ضوء متطلبات الوعي الثقافي للطفل المصري، مجلة كلية التربية بالقازيق، العدد28، مصر: كلية التربية، 1997.
- (41) العزيز رأس المال: كيف يتحرك المجتمع، ونتائج ذلك على العلاقات الاجتماعية، دراسة سوسبولوجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1993.

- (42) المزروع . ي: دليل العاملين في الرعاية الأولية، الطبعة الثالثة، الرياض، الإدارة العامة للمراكز الصحية، وزارة الصحة، 1992.
- (43) الحبيب الجحاني: المجتمع المدني الديمقراطي في الوطن العربي، منشورات الزمن، الكويت، 2006.
- (44) مصطفى القمش وآخرون: مبادئ الصحة العامة، عمان، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 2000.
- (45) مصطفى خلف عبد الجواد، دراسات في علم اجتماع السكان، دار الميسرة، 2009.
- (46) مفضي أبو هولا وخالد طابع مد الله البلوي، المفاهيم الصحية في مناهج العلوم للمرحلة المتوسطة في المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 22، العدد الثاني، 2006.
- (47) منير عبد الله الكرادشة، علم السكان الديموغرافيا الاجتماعية، أريد: عالم الكتاب الحديث، 2009.
- (48) ماجد عرسان الكيلاني، التربية والعولمة، مركز الناقد الثقافي، دمشق، 2008.
- (49) مارتا س. أ. فان دير بلاي: "العولمة: انتصار للغموض"، ترجمة صالح فيلال، سلسلة أعمال الملتقيات، اشغال الندوة الوطنية حول العولمة والهوية الثقافية، اشراف فضيل دليو، مخبر علم اجتماع الاتصال للبحث والترجمة، 2010
- (50) نبيل محمد توفيق السمالوطي: المنهج الإسلامي في دراسة المجتمع، دراسة في علم الاجتماع الإسلامي، الطبعة الثانية، جدة، دار الشروق، 1985.
- (51) نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2006.
- (52) نصر عبد اللطيف أحمد، أبنائنا في رعاية الصحة المدرسية، ط1، جدة: دار السعودية، 1405.
- (53) نهى القرطاجي: المرأة في منظومة الأمم المتحدة، رؤية اسلامية، الطبعة الأولى، لبنان، 2006.
- (54) نادية سعيد عيشور: التنمية المستدامة وتحديات السيادة الوطنية في العالم العربي- الجزائر نموذجاً، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الاردن، 2016.
- (55) ولبر شرام: أجهزة الإعلام والتنمية الوطنية، ترجمة: محمد فتحي، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، القاهرة، 1970.
- (56) هاشم صالح: من الحداثة إلى العولمة، رحلة في الفكر الغربي وأثرها في الفكر العربي، الطبعة الأولى، كتاب العربية، الرياض، 2010.

- 1) Lahouari Addi : **Sociologie et Anthropologie chez Pierre Bourdieu, le paradigme anthropologique kabyle et ses conséquences théoriques**, la découverte, paris, France, 2002.
- 2) Lahouari Addi : **les mutations de la société algérienne, famille et lien social contemporaine**, Edition la découverte, paris XIII, 1999.
- 3) Jean Baudrillard : **La Société de Consommation**, folio essais, Editions Denoël, 1970.
- 4) Pierre Bourdieu : **La domination masculine**, essai, édition du Seuil, France, 1998.
- 5) Noam Chomsky : **Raison et liberté, sur la nature humaine, l'éducation et le rôle des intellectuels**, préface de jacques Bouveresse, Tarik Editions, Marseille, 2010.
- 6) Houria alami m'chichi et Malika benradi : **les marocains et les marocaines face au politique, quelle place pour les femmes ?**, première Edition, dar el Qualam, Rabat, 2002.
- 7) Serge Paugam : **La pratique de la Sociologie**, Presses Universitaires de France, Paris, 2008
- 8) Jacques Lombard : **Introduction à l'ethnologie**, 3 édition, Armand colin, paris, 2008, p : 145-146. Traduction actuel
- 9) JASON CORBURN, TOWARD THE HEALTHY CITY, LONDON, 2009.
- 10) JONATHAN GABE, MICHAEL CALNAN AND MICHAEL BURY THE SOCIOLOGY OF THE HEALTH SERVICE, FIRST PUBLISHED, LONDON, 1991.

- 11) LEAH JANSS LAFOND, ZOE HERITAGE, JILL L. FARRINGTON AND AGIS D. TSOUROU, NATIONAL HEALTHY CITIES, NETWORKS, DENMARK: WORLD ORGANIZATION, 2003.
- 12) MICHAEL SHEAFF, SOCIOLOGY AND HEALTH CARE, FIRST PUBLISHED, OPEN UNIVERSITY PRESS, NEW YORK, 2005.
- 13) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, POUR UNE APPROCHE SYSTEMIQUE DU RENFORCEMENT DES SYSTEMES DE SANTE, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ,2009.
- 14) P.A.VAN WELY, WORK AND HEALTH RISK GROUPS AND TRENDS, LONDON: KLUWER ACADEMIC PUBLISHERS, 1994.
- 15) SUZANNE M. BIANCHI, LYNNE M. CASPER AND ROSALIND BARKOWITZKING, WORK, FAMILY, HEALTH, AND WELL_ BEING, LONDON: NATIOAL INSTITUTES OF HEALTH, 2005.
- 16) TUULA HEINONEN, ANNA METTERI, COICIAL WORK IN HEALTH AND MENTAL HEALTH :(ISSUES DEVELOPMENTS AND ACTIONS), TORONTO: CANADIAN SCHOLARS PRESS INC, 2005.
- 17) WORLD HEALTH ORGANIZATION, ENVIRONMENTAL HEALTH CRITERIA N°238, EXTREMELY LOW FREQUENCY FIELDS, WORLD HEALTH ORGANIZATION2007.

المجلات:

- 1) الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان: العدد 20، 1999.
- 2) المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية، العدد 6، 2015.
- 3) مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، العدد 27، 2006.
- 4) مجلة تعريب الطب، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت، العدد (3) د س.
- 5) المعهد العالمي للفكر الإسلامي: الدليل الإحصائي للعالم الإسلامي، مؤشرات مقارنة، إشراف: رفعت السيد العوضي، الإصدار الثاني، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، 2007.
- 6) مجلة الوقاية والارغنوميا، مخبر الوقاية والارغنوميا- جامعة الجزائر، العدد الاول، 2007.
- 7) مجلة التغير الاجتماعي، جامعة محمد خيضر -بسكرة، العدد الثاني، فيفري 2017.

المؤتمرات والملتقيات:

- 1) إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي: الموسوعة الاقتصادية والاجتماعية (عربي- انجليزي)، www.kotobarabia.com
- 2) امجد رمضان فحلة: "خصائص التشريع الأسري في الإسلام"، مجلة الإحياء، جامعة الحاج لخضر - باتنة، العدد 15.
- 3) حورية تاغلايت: المنهج الأسلم في الفتوى في العصر الحاضر، مجلة الأحياء، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر - باتنة، العدد 15.
- 4) نادية عيشور: الوضعية الصحية للأسرة الجزائرية وعلاقتها بالسلوك الانجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة سطيف"، الملتقى الوطني حول: تغير الأدوار الوظيفية للأسرة، تنظيم مخبر التغير الاجتماعي والعلاقات العامة، جامعة محمد خيضر - بسكرة، يومي: 6-7 ديسمبر 2016. وتم نشره في مجلة المخبر العدد الثاني، فيفري 2017 على موقع الجامعة

(5) نادبة عيشور وكنزة عيشور: النبو - ميديا الاجتماعية وآليات الهيمنة في عصر العولمة، قراءة ابيستمي - سوسيولوجية، مداخلة مشتركة في الملتقى الدولي حول وسائل الاعلام، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة تبسة، 2017. قيد النشر في مجلة الجامعة.

الرسائل الجامعية:

- (1) شعباني عبد الملك: دور وسائل الاعلام المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي، اطروحة دكتوراه، جامعة منتوري - قسنطينة، 2006/200.
- (2) مناصرية ميمونة، هوية المجتمع المحلي في مواجهة العولمة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد خيضر - بسكرة، 2011-2012.

المواقع الالكترونية

- 1) <http://www.djazairess.com/elmassa/61937> le Mercredi 17/5/ 2017 - 16h.
- 2) www.djazairess.com/alfadjr/161721 jeudi 05novembre 2015 a 15/50h.
- 3) <http://wp.me/pXq4o-89>.

الملاحق

أولاً- دليل المقابلة المقننة

ثانياً- استمارة الاستبيان

ثالثاً- القائمة الاسمية بالأطباء المختصين في مدينة سطيف

رابعاً- احصائيات مديرية الصحة العامة لولاية سطيف

الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل – القطاع العمومي

عيادات الطب النسوي - القطاع الخاص

المجتمع المحلي بمدينة سطيف – أنموذجا-

إعداد:

أ.د/ نادية سعيد عيشور – رئيسا

د. كريمة فلاحى – عضوا

أ. نـعـيـمة دودو – عضوا

أ. كنزة عيشور – عضوا

2017-2016

دليل المقابلة المباشرة

المحور الاول: بيانات شخصية

الجنس: ذكر () أنثى () السن: () الخبرة: ()
مصدر التكوين العلمي: خارج الوطن (.....) الجزائر (.....) تكوين مزدوج (.....)

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاقتصادية العامة:

1. في رأيكم هل تعتبر الظروف الاقتصادية المتدنية سببا مباشرا في انخفاض معدل الخصوبة في الجزائر؟
2. هل ساهم خروج المرأة للعمل في انخفاض معدل الخصوبة في المجتمع؟ أم أن هناك أسباب أخرى؟
3. هل تعتقدون أن انخفاض القدرة الشرائية للمجتمع المحلي أمام غلاء أسعار المواد الأساسية يعد عاملا مؤثرا في التشجيع على تخفيض النسل؟

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الاجتماعية العامة:

1. حسبكم هل تؤثر الظروف الاجتماعية للمجتمع المحلي بمدينة سطيف على معدل الخصوبة؟ كيف يحدث ذلك؟
2. كيف تفسرون شكل وطبيعة العلاقة بين الظروف الاجتماعية للأسر بمدينة سطيف وبين معدل الخصوبة عموما؟
3. هل تعتقدون أن هناك علاقة قوية بين الوضع الصحية وانخفاض مستويات التنمية المحلية في مدينة سطيف؟

المحور الرابع:

يتأثر معدل الخصوبة لمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الثقافية التعليمية العامة:

1. حسب تجربتكم في الميدان، ماذا يعني متغير المستوى التعليمي بالنسبة للسلوك الانجابي في مخيال الشعبي في المجتمع المحلي بمدينة سطيف وفي المجتمع الجزائري ككل؟
2. كيف يمكن لبعض المعتقدات والعادات والتقاليد المحلية أن تعوق جهود الدولة فيما يتعلق بسياسة تنظيم النسل في المجتمع المحلي بمدينة سطيف؟ ولماذا؟
3. هل تجدون صعوبة في اقناع بعض مرضاكم بوجوب تحديد النسل لسبب صحي؟ ولماذا في تقديركم؟

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضع الصحية البيولوجية العامة:

1. كيف تقيمون السياسة الصحية في الجزائر؟ ومكانة الطب في الجزائر في ضوء التشريعات الوطنية؟
2. كيف تقيمون ظروف وشروط ممارسة مهنة الطب في الجزائر؟ هل هناك فرق بين القطاع العام والقطاع الخاص غير المردود المادي والأرباح المالية؟

3. في تقديركم إلى ماذا يرجع نقص الإطارات المتخصصة (الأطباء الجراحين) في المراكز الصحية العمومية؟ مثلا في مستشفى الأم والطفل بالباز؟ ألا يمكن تنظيم دورات تدريبية للطاقم الطبي لغرض تأهيله؟ أم أن هناك مشكلات أخرى؟ ما هي؟ وما نوعها؟

4. في تصوركم ما هي الحلول لتحسين مستوى التكفل الصحي؟

5. بما تعلقون ارتفاع نسبة انتشار الأمراض في الجزائر؟ ما هي أكثر الأمراض شيوعا؟

6. ما ذا يعني الدواء الجينيس؟ وماذا تعني التشخيصات الطبية؟ هل هناك حالات تم شفاؤها تماما، أم أن التشخيص يستهدف فقط معالجة الأعراض دون الأسباب الفعلية؟ ولماذا؟

7. ما هي أكثر العوامل والظروف تأثيرا على الصحة العامة؟ وما هو الترتيب الذي تمنحه لها؟

- تلوث الماء: نعم () لا () الترتيب ()
- تلوث الهواء: نعم () لا () الترتيب ()
- قلة المساحات الخضراء في وسط المدينة: نعم () لا () الترتيب ()
- انتشار القمامات العمومية بجوار الأحياء السكنية: نعم () لا () الترتيب ()
- ترك القمامات العمومية دون معالجة فورية أو ردم تقني: نعم () لا () الترتيب ()
- استخدام الأسمدة الكيماوية في رعاية المحاصيل الزراعية: نعم () لا () الترتيب ()
- استخدام المضافات الكيماوية (المواد الحافظة، الاصباغ، النكهات،... الخ): نعم () لا () الترتيب ()
- استخدام البلاستيك في تعبئة الزيوت والعصائر والمشروبات الغازية نعم () لا () الترتيب ()
- انتشار ثقافة و/أو الادمان على التدخين نعم () لا () الترتيب ()
- أخرى تذكر:

8. ما هي أكثر الأمراض تأثيرا على معدل الخصوبة؟ وكيف ذلك؟

- داء السكري ()
- داء الضغط الدموي ()
- داء القولون العصبي ()
- داء السرطان ()
- التهابات داخلية ()
- تكيس المبايض ()
- داء القلق ()
- التهاب المفاصل والروماتويد ()
- أخرى تذكر:

9. فيما يتعلق بانتشار الظواهر الآتية:

- العقم لدى الزوجين دون سبب بيولوجي أو وراثي،
 - تأخر الانجاب لدى العرسان الجدد،
 - ولادة قيصرية لأول مولود وفي حالة أول انجاب.
- ما قولكم بهذا الخصوص؟

شكرا على تعاونكم

الخصوبة والصحة العامة في المجتمع الجزائري

استمارة بحث بعنوان:

دراسة ميدانية بمستشفى الأمومة والطفولة وبعض عيادات الطب النسوي
بمدينة سطيف – أنموذجاً-

إعداد:

أ.د/ نادية سعيد عيشور – رئيساً
د. كريمة فلاحى – عضواً
أ. نعيمة دودو – عضواً
أ. كنزة عيشور – عضواً

ملاحظة: بيانات هذه الاستمارة سرية جداً، ولا تستخدم إلا لأغراض علمية بحتة.

السنة الجامعية: 2016-2017

استمارة استبيان

المحور الأول: البيانات الشخصية

1. السن ()
2. الإقامة بمدينة سطيف: اذكر اسم الحي السكني.....
3. المستوى التعليمي: ابتدائي () متوسط/ أساسي () ثانوي () عالي ()
4. المستوى التعليمي للزوج: ابتدائي () متوسط/ أساسي () ثانوي () جامعي ()
5. العمل (المهنة أو الوظيفة):
✓ بطل ()
✓ عمل حر في تتم مزاولته في البيت () أذكر(ي) ما هو
6. ما هو عمل الزوج(ة):ومكان العمل: داخل الولاية () خارج الولاية () أخرى.....
7. تاريخ الزواج: اذكر السنة ()
8. تاريخ أول إنجاب: () جنس المولود: ذكر () أنثى ()
9. عدد الأولاد: () الذكور () الإناث ()

المحور الثاني:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاقتصادية العامة:

10. طبيعة السكن:
- ملكية خاصة ()
- مؤجرا ()
- سكن مع العائلة الكبيرة ()
11. نوع السكن:
- سكن فردي () سكن جماعي () شقة () بيت تقليدي () فيلا ()
12. ظروف السكن:
- عدد الغرف: ()
- هل هي كافية: نعم () لا ()
- هل يتوفر المسكن على التهوية الكافية: نعم () لا ()
- هل يتوفر المسكن على التدفئة الكافية في فصل الشتاء: نعم () لا ()
13. في حالة العمل خارج الولاية؛ هل يضطر إلى البقاء هناك " نعم () لا ()، ما هي مدة غيابه عن البيت؟.....
14. ما رأيك في راتبكم (الدخل) الشهري، هل هو كاف لشراء مستلزمات البيت ومتطلبات الأولاد؟ نعم () لا () أخرى.....
15. هل هو كاف لشراء متطلبات الأولاد والأهل؟ نعم () لا ()
16. إذا كانت الإجابة ب (لا) فلماذا
17. حسب رأيك ما هي المتطلبات الضرورية التي تحتاجها أفراد أسرته؟
- الأكل خارج المنزل؟ نعم () لا ()
- تجديد اللباس؟ نعم () لا ()
- السفر في العطل؟ نعم () لا ()
- الزيارات العائلية وزيارة الأصدقاء؟ نعم () لا ()

أخرى تذكر.....

18. هل تساعد (بن) زوجك (تك) في الانفاق على البيت والأولاد: نعم () لا () لماذا؟

19. هل دفعتك الظروف المادية إلى تقليص الإنجاب؟ نعم () لا ()

20. كيف تعلقين على أثر الظروف الاقتصادية المادية على الإنجاب؟

21. كيف يُقيم أفراد أسرتك ظروف العيش الاقتصادية في المدينة التي تعيشين فيها؟
ظروف معقولة () ظروف صعبة ()
أخرى.....

22. كيف تؤثر هذه الظروف على معدل الخصوبة لديك؟

المحور الثالث:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الاجتماعية العامة:

23. هل يتدخل اهلك في قرار إنجاب الأطفال في أسرتك وعددكم؟ نعم () لا ()

24. في حالة الاجابة بنعم من يكون؟:

- الزوج(ة) وحده ()

- الأبناء ()

- العائلة ()

25. ما هو موقفك من عملية تنظيم النسل؟

- القبول

- الرفض

أخرى؟

لماذا؟

26. متى بدأت في ممارسة تنظيم النسل؟

- عند أول إنجاب ()

- عند ثاني إنجاب ()

27. ما هي المدة المنتظمة للإنجاب بين ولادتين؟

- سنتين ()

- ثلاثة سنوات ()

- أربع سنوات ()

- خمس سنوات ()

- أخرى؟ حدد

28. ما هي وسائلك المفضلة في تنظيم الإنجاب (وسائل منع الحمل)؟

- الطريقة الطبيعية: نعم () لا ()

- الطريقة الطبية: نعم () لا ()، في حالة نعم كيف ذلك؟

. تناول حبوب منع الحمل

. استعمال الواقي الذكري

. طرق أخرى

تذكر

29. هل تحافظين على انتظام مدة التباعد بين الولادات: ثابتة () غير ثابتة ()
لماذا؟

30. ماذا يعني لك إنجاب طفل؟

- تسلية وأنس ()
- الحفاظ على استقرار الرابطة الزوجية ()
- الرعاية عند الكبر وتقدم السن ()
- عبء اقتصادي ()
- افتخار اجتماعي ()
- جميعا ()
- أخرى تذكر

31. أيهما تفضلين؟

- إنجاب الذكور ()
 - إنجاب الإناث ()
 - كلاهما على القدر نفسه من التفضيل ()
32. في حالة تفضيل جنس على آخر ما هي أسبابك الشخصية؟

33. هل ترغب (ين) في إنجاب عدد كبير من الأولاد؟ نعم () لا () كم
طفل؟

34. لماذا؟

35. حسب رأيك هل يؤثر العمل خارج المنزل على سياسة الإنجاب في الأسرة؟ نعم
() لا ()

36. كيف ذلك؟

37. كيف تنظرين إلى تحديد النسل؟

- ضرورة اقتصادية ()
- ضرورة اجتماعية ()
- ضرورة صحية ()
- ضرورة تربوية ()
- الجميع ()
- أمر غير مسموح به ()

أخرى تذكر

38. حسبك هل إنجاب عدد كبير من الأولاد له منافع كبيرة؟ نعم () لا () .

39. لماذا في الحالتين (نعم و لا):

40. هل تستفيدين من سياسة التكفل الصحي والمتابعة في مصلحة أو مركز الأمومة

والطفولة؟ نعم () لا ()

41. هل تتميز المتابعة في المركز بالصفة الآتية:

- دائمة ()

- منقطعة ()
 - عدم المتابعة ()
42. هل تستفيدين من عملية التحسيس والتوجيه من طرف الطيبة المتابعة؟ نعم () لا ()
43. عند المتابعة الطبية لمراحل الحمل، أيهما تفضلين:
- المتابعة في عيادة خاصة ولدى طبيب (ة) خاص ()
 - في مستشفى الأم والطفل ()
 - مستوصف عمومي ()
 - أخرى.....
- لماذا؟.....
44. هل لديك صعوبة في التفاهم مع أفراد أسرتك؟:
- عدم التفاهم مع زوجك: أحيانا () دائما ()
 - عائلة زوجك: دائما () أحيانا ()
 - هل تفكرين في تقليص الإنجاب بسبب المشاكل الاجتماعية؟ نعم () لا ()
45. إذا كانت الإجابة بنعم فلماذا.....
46. كيف تفسرين تأثير ثقافة المجتمع على السلوك الانجابي؟
-
-

المحور الرابع:
يتأثر معدل الخصوبة لمجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الثقافية التعليمية العامة.

47. في رأيك كيف ينظر المجتمع للرجل والمرأة غير القادران على الإنجاب؟
- أمر عادي () أمر سلبي () احتقار ()
- آخر.....
48. كيف يتصرف (يتعامل) محيطك الاجتماعي تجاه الزوجان العقيمان؟
-
-
49. ما هو رأيك بخصوص موقف الاسلام من تحديد النسل؟
- القبول ()
 - الرفض ()
 - التحفظ ()
 - آخر:.....
50. ماذا تعرفين عن سبب تحريم (تحديد النسل) وحكمته وكيف تفسرينه؟
-
-
51. ما ذا يعني انجاب عدد كبير من الأولاد في ثقافة مجتمعك حاليا؟ كم العدد (.....) وهل هو:

- أمر محمود: نعم () لا ()

- أمر عادي: نعم () لا ()

- أمر سيء: نعم () لا ()

- لماذا؟

52. في رأيك هل لوسائل الاعلام علاقة بإنجابك لعدد معين من الأولاد؟ نعم () لا ()

فيما تتمثل

في حالة نعم، في ماذا تتمثل؟

- برامج دينية.....

- برامج علمية.....

- برامج صحية.....

- برامج تربوية ثقافية.....

كيف ذلك؟

.....
.....
.....

المحور الخامس:

يتأثر معدل الخصوبة في مجتمع الدراسة بمدينة سطيف بالوضعية الصحية البيولوجية العامة:

53. هل كان زواجك في سن مبكرة؟ نعم () لا ()

54. في حالة الجواب ب نعم، هل ساعدك زواجك في سن مبكرة في الإنجاب سريعاً؟

نعم () لا ()

55. في حالة الجواب بالزواج المتأخر؛

56. كم كان عمرك عند الزواج؟

57. وفي هذه الحالة "التأخر في سن الزواج"، فما هي الأسباب:

- الاقبال الكبير على مواصلة التعليم: ()

- اولوية العمل: ()

- وجود أخوات أكبر ()

- رفض الوالد ()

- تأخر الخاطب المناسب في القدوم: ()

- كلها معاً: ()

- أسباب أخرى تذكر؟

58. هل لتأخر سن زواجك أثر على قدرتك على الإنجاب؟ نعم () لا ()

كيف

ذلك؟

59. ما هي وضعية زواجك: الزواج لمرة واحدة فقط () الزواج للمرة الثانية ()

60. في حالة الزواج للمرة الثانية؛ في أي مرة عانيت من صعوبات الإنجاب؟

الزواج الأول (.....) الزواج الثاني (.....)

لماذا؟

.....
.....

61. كيف هي وضعية زوجك الصحية؟ جيدة () متوسطة () ضعيفة ()

62. وضحي

63. هل يعاني زوجك من المشاكل الصحية الآتية:

- أمراض القلب والضغط الدموي؟
- داء السكري: نعم () لا ()
- أمراض هضمية: نعم () لا ()
- القلق والعصبية؟ نعم () لا ()
- الضعف الجنسي؟ نعم () لا ()
- العجز جنسي؟ نعم () لا ()
- أمراض أخرى

64. كيف هي وضعيتك الصحية؟ ممتازة () جيدة () حسنة () متوسطة () سيئة ()

65. هل تعاني من أمراض معينة؟ نعم () لا ()

66. في حالة الجواب بنعم، مما تشكين:

- اضطرابات هضمية ()
- اضطرابات هرمونية والتهابات ()
- تكيس المبايض؟ ()
- القلق والتوتر والصداع الدائم ()
- داء السكري ()
- داء الروماتيزم والروماتويد ()
- فقر الدم ()
- انخفاض الضغط الدموي () ارتفاع الضغط الدموي ()
- أمراض القلب والشرابين ()
- داء السرطان ()
- مشكل صحي آخر يذكر:

67. هل والديك أو أحدهما مصاب بأحد هذه الأمراض؟ نعم () لا ()

في حالة نعم حدد نوع المرض؟

68. هل تتابع (بين) العلاج بالمركز الصحي العمومي؟ ()، أم تفضل العيادات الخاصة ()

69. هل شعرت بتحسن عند المتابعة الطبية؟ نعم () لا ()

70. كيف تقيم طريقة وأسلوب متابعة طبيبتك لك؟ جيدة () حسنة () متوسطة () سيئة ()

71. أين تفضلين وضع جنينك؟

- في مصحة خاصة ()
- مستشفى الام والطفل ()

72. ما رأيك بظروف التكفل الصحي والمعاملة من طرف الفريق الطبي عند عملية وضع الجنين، أثناء الولادة بمركز التوليد؟

- ظروف جيدة جدا ()
- ظروف مقبولة ()
- ظروف سيئة ()
- ظروف سيئة جدا ()

73. في رأيك هل للمشاكل الصحية أثر على السلوك الإيجابي؟ وكيف ذلك؟

.....
.....
.....

شكرا على تعاونكم

وثائق احصائية من سطيف مديرية الصحة العامة بولاية سطيف

قائمة الأطباء المختصين في ولاية سطيف

LISTE DES PRATICIENS SPECIALISTES

EXERCANT A TITRE PRIVE DANS LA WILAYA DE SETIF

ARRETEE AU 03.04.2016

N°	Nom et Prénom du Praticien	Adresse	Commune	Spécialité
01	SEDAOUI NADJAH	Cité 08 Mai 1945 (600 logts) Bt G03 N°547 RDC	Sétif	Néphrologue
02	FERIA MALIKA	Cité Tlidjene 24 logts GETEC Bt 1 N°02 RDC	Sétif	Néphrologue
03	SAMAI ABDELMOUMENE	Cité 08 Mai 1945 Bt B division 6 N°132	Sétif	Médecine Interne
04	BENZINE FARID	08 Rue des frères Tegai	Sétif	Médecine Interne
05	BENHOCINE Med RACHID	06 Rue Ahmed Aggoune	Sétif	Médecine Interne
06	LAMECHE ABDELOUAHAB	Cité Rebouh 150 logts n°172 Bt F	Sétif	Médecine Interne
07	HEDNA HACENE	Cité Zadi Messaoud 16 logts	Sétif	Médecine Interne
08	KESKES NABILA	Cité 750 Logts Bt C30 N°353	Sétif	Médecine Interne
09	KEHAL MUSTAPHA ABDELFETTAH	Cité des 504 logts ZHUN Bt F 7 N°434	Sétif	Médecine Interne
10	LAAMOURI LAAREM	Cité Belkhired Hacene Bt B escalier 20	Sétif	Médecine Interne
11	BELMAHDI MOHAMED	Cité des 05 fusilles N° A328 A 329	Sétif	Médecine Interne
12	MAIZA MOURAD NASREDDINE	Cité 600 Lots N°12, groupe propriété N°45 classe 158 RDC	Sétif	Gynécologie
13	CHORFI YACINE	Cité des 600 Logts groupe de propriété N°54 classe 145 RDC	Sétif	Gynécologie
14	BENAMIRA RACHIDA	Cité des 500 logts Bt A4 N°31	Sétif	Gynécologie
15	BOUSTILA IKRAM	Cité SAAL Bouzid N°47	Sétif	Gynécologie
16	LATRI CHERIFA	Cité des 600Logts Bt A10 N°66	Sétif	Gynécologie
17	MESSISSI KHADIDJA	Promot Immob ELYAZID, Lot N°03, Cité Makam Chahid Bt D RDC	Sétif	Gynécologie
18	BOUSSOUF MED YACINE	Cité des 40 logts Bouaroua Bt E N°27	Sétif	Gynécologie
19	GUERINI NACIRA	Cité Rebouh (Bouaroua) Bt A promotion Smra	Sétif	Gynécologie
20	MESKINE HASSINA	Promotion Immobilière « SADI » Bt A division 208 du groupe de propriété N°51	Sétif	Gynécologie
21	BENALLEGUE HADIA	Cité MESSAOUDI Douadi 614 logts Bt C 9 N° 397	Sétif	Gynécologie
22	BOUCHAALA HOCINE	Rue Mansouri Khier N°04	Sétif	Gynécologie
23	BENABID HAYET	Rue Cheik Laifa Cité des remparts Bt B 2ème étage N°37	Sétif	Gynécologie
24	ZOUAK NAOUAL	Cité 600 logts classe 158 groupe de propriété, lot N°02	Sétif	Gynécologie
25	MANSAR NADIA	Cité 08 mai 45 (600 logts) Bt C 05 N° 566	Sétif	Gynécologie
26	SOUALILI TOUFIK	Cité Belkhired Hacene 750 logts Bt A N°144	Sétif	Gynécologie
27	AZIZI RACHIDA	Cité Amor DEGOU 24 logts Promotion TOUATI Lahcene Bt B.	Sétif	Gynécologie
28	NASRI SMAIL	Cité Messaoudi Douadi (614 logts) Bt B8 N° 279	Sétif	Gynécologie
29	AGGAD ANISSA	Cité DJEMILI Khelifa Bt 01 classe 264, lotissement 31 lot N°17,	Sétif	Gynécologie
30	HAMANI NAAMA	Cité 08 Mai 1945 (600 logts) Bt A9 N°60 RDC	Sétif	Gynécologie
31	MAIZA TOUFIKA	Cité MESSAOUDI Douadi (614 logts) Bt D6 N° 692 RDC	Sétif	Gynécologie
32	BLILITA WAHIBA	Cité 206 logts MAABOUDA Lotissement 33, classe 204	Sétif	Gynécologie
33	FELOUSSIA NADJET	17 Rue des frères Hebacha division 243	Sétif	Gynécologie
34	MESSALI LAMIA	Cité 40 logts Bouaroua, division 263 du groupe de propriété 05, lot N°06	Sétif	Gynécologie
35	CHARCHOUR RABAH	Cité Belkhired Hacene Bt B19 n° 222	Sétif	O.R.L
36	HADDOUD MED FAROUK	Rue Larbi Ben M'Hidi	Sétif	O.R.L
37	MEFOUED KHEIREDDINE	Cité des remparts Rue cheikh Laifa BT D N°04	Sétif	OR.L
38	GUESSOUM ABDELHAMID	Cité 40 logts(Fonctionnaire)	Sétif	O.R.L
39	TOUATI AKLI	Cité des 600 logts Bt F3 n° 444	Sétif	O.R.L
40	KEHAL YUCEF	Cité le Caire (la pinede) Bt A1 cage 1 N°1	Sétif	O.R.L
41	MAHGOUN	Cité Lagar, rue BELAL Ali 1ér étage	Sétif	O.R.L

	ABDELOUHAB			
42	BENMOUHOB ABDELKAMEL	Cité 1000 logts Bt B9 n° 2	Sétif	O.R.L
43	MANSOURI NORA	Cité BELKHIRED Hacene, 750 logts Bt C escalier 33 RDC	Sétif	O.R.L
44	BENZEMMIT MAKHELOUF	Cité Maabouda, Bt D, promotion immobilière « Smara Abdelhamid»	Sétif	O.R.L
45	BELATAR MABROUK	Cité Bouaroua 40 logts Bt C bloc 1 N°14	Sétif	Ophtalmologie
46	GASMI AMMAR	Cité 01 Novembre 54 prom Imm NADJEH Bt C N°18	Sétif	Ophtalmologie
47	RAHMANI ABDELHAFID	Cité Hachichi n°141 Maâbouda	Sétif	Ophtalmologie
48	ZOGHBI LEILA	Cité Maabouda Lots N°83	Sétif	Ophtalmologie
49	KELKOUL SALAH	04 Avenue des frères Meslem	Sétif	Radiologie
50	FARTAS SOUAD	Cité BELKHIRED Hacene Bt C N° 352	Sétif	Radiologie
51	RENNOUNI BOUALEM	01 Rue Larbi Ben Mehidi	Sétif	Radiologie
52	AKTOUCHE FAIROUZ	19, Rue Cheraga Laid	Sétif	Radiologie
53	MADANI RABAH	Angle des deux rue 08 mai 45 et des frères Meslem Bt A escalier A N°6	Sétif	Radiologie
54	BELIMANE AZIZ	Cité MAABOUDA, Rue Boukheraissa Said division 194 du groupe de propriété N°72 RDC	Sétif	Radiologie
55	DJELAB ABDELKADER	Cité Kaaboub, Lotissement Boussekine (269 lots) N°118 du groupe de propriété N°219 division 07	Sétif	Radiologie
56	MAALOUM DJAMEL	Cité du 1 ^{er} Novembre 54 Rue Belmehdi Saâd	Sétif	Centre d'Imagerie Médicale
57	SAIDI MUSTAPHA	Cité Le Caire Bt02 Ex N°02	Sétif	Cardiologie
58	YAICI ABDELMADJID	10 Rue Cheraga Laid	Sétif	Cardiologie
59	DEMBRI ADEL	Cité BELKHIRED Hacene, 750 logts Bt C24 N°433	Sétif	Cardiologie
60	ABDELATIF MED DJAMEL EDDINE	Cité des 750 logts Bt D38 N°571	Sétif	Cardiologie
61	BENKHODJA MED BACHIR	Cité des combattants N°B017 RDC	Sétif	Cardiologie
62	BOUATOURA HACENE NABIL	26 Rue Tergou Foudhil	Sétif	Cardiologie
63	BOUABEDELLEH LYNDA	600 logts classe 158, lotissement 55 lot N°02 RDC	Sétif	Cardiologie
64	BENZEGUIBA FETH ENOUR	Cité 08 mai 45(600logts)Bc N°220 1 ^{er} étage	Sétif	Cardiologie
65	MOUHOB KARIMA	Cité Belkhired Hacene 750 logts Bt C N° 336	Sétif	Cardiologie
66	SAFIH SABRINA	Cité 600 logts Bt A1 N°02 commune Sétif	Sétif	Cardiologie
67	DEHIL FOUZIA	Cité BAKHOUCHE Cherif (rempart) escalier 04 N°38	Sétif	Cardiologie
68	KARA AFFAF	Cité 8 Mai 45 (600 logts) Bt F N°449	Sétif	Cardiologie
69	LATRECHE FATIHA	Cité bel air école Larbi tebessi, division 104 du groupe N°48	Sétif	Cardiologie
70	MORDJANA HACENE	Cit2 1 Novembre 54, 54 lot N°18 HB division 233 du groupe N°30	Sétif	Cardiologie
71	MORDJANA KARIMA	Bouaroua 1ere tranche 07 Rue Ouret kaçi	Sétif	Cardiologie
72	BOUCENA MOHAMED	Cité Mikarni Aissa (540 logts) Bt 12 N°250	Sétif	Cardiologie
73	ABABSSA LAHCENE	Cité Belhaouki hamou division 200 du groupe de propriété N°59 lot N°02 RDC	Sétif	Cardiologie
74	BAHLOULI BOUBAKEUR	1 Rue Ahmed Aggoun	Sétif	Pneumo-Phtysio
75	MEBARKI ILHEM	Cité tlijene, Rue Touati Said N° 08	Sétif	Pneumo-Phtysio
76	MEBARKI BRAHIM	Cité des 750 logts Bt D N° 632	Sétif	Pneumo-Phtysio
77	BOURMANI NOUR EL HOUDA	Cité le Caire	Sétif	Pneumo-Phtysio
78	LATRECHE YACINE	Groupe propriétaire N°09 classe 167 cité hachemi 01 Avenue kaci houciné	Sétif	Pneumo-Phtysio
79	ARIBI ALLAOUA	Cité des Cinq Fusillés N°12	Sétif	Pneumo-Phtysio
80	AMRANE ALI RYAD	07 Rue Colonel Amirouche Bt 01 cage 01	Sétif	Pneumo-Phtysio
81	ALOUNE YOUCEF	Cité Laararssa, Rue N°02 Bt A N°11	Sétif	Pneumo-Phtysio
82	KHOUFACHE LAMIA	Cité 750 logts Bt A N°142 RDC	Sétif	Pneumo-Phtysio
83	SEDDIK AMEUR MOUSSA	Cité Belkhired Hacene Bt39 N°39 N°593	Sétif	Psychiatrie
84	CHAALAL BAKHTA	Cité 08 Mai 45, 600 logts Bt F04 N°442	Sétif	Psychiatrie

	DALILA			
85	AODIA KAMEL	Rue du 08 Mai 45 N°16	Sétif	Psychiatrie
86	FOURMAS ABDELAZIZ	Cité des 40 logts BA escalier 1Rez Chaussée	Sétif	Psychiatre
87	MOUHOUBI KHADIDJA	30, Rue SELAMI Lahcène	Sétif	Psychiatrie
88	ABASSENE RACHID	Cité Bakouche Cherif Bt1 N°33	Sétif	Psychiatre
89	CHAIB DRAA SAKINA	Cité BELKHIRED Hacene Bt C 24 N°433	Sétif	Psychiatrie
90	TEFFAHI LARBI	Cité Bizar 132 logts Bt B N° 19 A1	Sétif	Psychiatre
91	BOUDIAF SEDDIK	Cité des remparts Bt C2N°96.	Sétif	Rhumatologie
92	MERIANE MOHAMED	Rue Manssouri Elkhier N° 125	Sétif	Dermatologie
93	TIGHLIT ABDELHAKIM	07 Rue Colonel El Haoues	Sétif	Dermatologie
94	ALOUANI CHAREF EDDINE	Cité El Assouar Bt C 01 N°96	Sétif	Dermatologie
95	ARIBI ABDELOUAHAB	Cité belle vue cité C.R.S Bt 3	Sétif	Urologie
96	LOUNI RACHID	Rue Nefir Azzouz N°14	Sétif	Urologie
97	LARAFI ABDELHALIM	Cité 600 logts Bt E8 N°388	Sétif	Urologie
98	KOUISSEM HICHEM	Cité Belhaouki Hamou (238 logts) Maabouda Bt C22 entré 209 N°01	Sétif	Urologie
99	ISSAADI FAYCEL	Cité Bel Air N°03 1ér étage en face Dar Moualem	Sétif	Urologie
100	CHETOUANI SOFIANE	Cité 8 Mai 45 Bt A escalier 9 N°59 RDC	Sétif	Urologie
101	MOKRANI MOHAMED	Cité 750 logts division 145 du groupe de propriété N°05 lot N°24	Sétif	Urologie
102	SAOUDI LEILA	Cité 600 logts groupe propriété N°45 classe 158 Lot N°03	Sétif	Pédiatre
103	MAKHLOUFI ABDELGHANI	Cité BELKHIRED HACENE RDC	Sétif	Pédiatrie
104	MESSAI AHMED	Cité Rebouh 150 logts BT A3 N°17	Sétif	Pédiatrie
105	TOUATI KHADRA	Rue Arfa Abdelhamid N°5	Sétif	Pédiatrie
106	KERIOU AMEL	Rue 1 Nov 54 (bouaroua) N°24, avenue MEHANI Larbi N°232	Sétif	Pédiatrie
107	MESSAI ADNANE	Cité Belkhired Hacene (750logts) Bt C escalier 34 N°515	Sétif	Pédiatrie
108	CHEHMANA SIHAM	Cité Belkhired Hacene, division 145 du groupe de propriété N°503 N° Lot 08	Sétif	Pédiatrie
109	BENAHCENE AHMED HAMZA	Cité Messaoudi Douadi 614 Bt A 10N°109 –	Sétif	Pédiatrie
110	ACHHEB FAOUZI REDHA	Cité 08 Mai 45 Bt AN°07 RDC N°48	Sétif	Pédiatrie
111	FARTAS RACHID	C/Y, Rue Zaat Ramdane XC1C2.	Sétif	Pédiatrie
112	NEKAB AMAR	Cité 150 logts LEKHEL Lamri RDC	Sétif	Pédiatrie
113	AMRANI MERIEM	Avenue Saal Bouzid, division 238 du groupe de propriété 33, lot N°15	Sétif	Pédiatrie
114	KHARCHI ASSIA	Cité ELHIDHAB 30 logts LSP et 19 locaux commerciaux Bt 01 N°05	Sétif	Pédiatrie
115	NASERI CHAFIA	Cité MEZACHE Lakhdar 80 logts Bt F1 1ér étage N°59	Sétif	Pédiatrie
116	MERADI HAYAT	Cité ELHIDHAB projet 150 logts et 45 locaux commerciaux Bt 7 N°62	Sétif	Pédiatrie
117	DIB OUARDA	Cité Yahiaoui, angle Rue Zaat Ramdhane et Rue Djazia Lakhdar XC1C 21	Sétif	Pédiatrie
118	MEZAGHCHA ALI	Cité des jardins (20 logts) Bt D division 208 du groupe de propriété N°06	Sétif	Pédiatrie
119	REGED HOURIA	17 Rue des frères Hebache 1ér étage	Sétif	Pédiatrie
120	SEMCHEDDINE ANISSA	Cité Belkired Hacene 750 logts N°552 RDC	Sétif	Orthopédie
121	KHETIM REDHA	Cité Bekhouche Cherif Bt C escalier 01 N°96 1ér étage	Sétif	Orthopédie
122	SAADA SANDRA	Cité Bouaroua 1tranche lotissement 136 lots Lot H1	Sétif	Orthopédie
123	SETTOUL FARID	Coopérative immobilière Hachemi Hocine N°697-	Sétif	Orthopédie
124	BELAM MOHAMED SAMI	Cité le CAIRE Bt 1	Sétif	Orthopédie
125	BENDHIAB ALLAOUA	Cité 750 logts Classe 164 du groupe N°15, lot N°02 RDC	Sétif	Orthopédie
126	HERBADJI HAYAT	Cité BERARMA, coopérative ECHIFA	Sétif	Orthopédie
127	LOUAER ASSIA	Cité 08 Mai 45 Bt C06 N°198 RDC	Sétif	Orthopédie
128	FERHAT HADJ	Cité 300 logts, rue des frères Nacereddine	Sétif	Orthopédie

129	ABBAOUI ABDENOUR	Cité des fusilles 23 Logts Bt A1N°1	Sétif	Neurologie
130	KHENNOUF HOURIA	Cité des 80 logts Bt BN°17	Sétif	Neurologie
131	BELALEM ALI	Cité des 600 logts Bt G1N°527	Sétif	Neurologie
132	EL-SEBAGH AHMED DJALAL	Cité BELKHIREH Hacene 750 logts Bt B 19 n°223 escalier 19, rez-de-chaussée	Sétif	Neurologie
133	LAMECHE HAMID	Promot Immob ELYAZID, Lot N°03, Cité Makam Chahid Bt D RDC	Sétif	Neurologie
134				
135	BOUACID ABDELKRIM	Classe 240 (09 Avenue Laidi Abderazak) N°35	Sétif	Chirurgie Générale
136	HAMDI YUCEF	Cité 750 logts Bt A 1 étage entrée 17 N°205	Sétif	Chirurgie Générale
137	ABDELATIF RABIE FAYCAL	Angle Rur Mustapha Ben Bou Laid N°26 et rue Sabri Abdelhamid N°2 Bt A-RDC	Sétif	Chirurgie Générale
138	TALI NOUREDDINE	Cité 1006 Logts A 2 N°12	Sétif	Chirurgie Générale
139	ABDELATIF TAREK	Cité des jardins (20 logts) Bt D 1 ^{er} étage N°06	Sétif	Chirurgie Générale
140	MEFOUAD DJAMEL EDDINE	Cité KAABOUB, groupe propriété N090 division 86	Sétif	Chirurgie Générale
141	LAOUAMENE LAID	Cité 1006 logts Bt B 05 N°283	Sétif	Chirurgie Pédiatrique
142	SEKKAK SAMIA	L'avenir C21 A15 RDC	Sétif	Chirurgie Pédiatrique
143	METARFI REBIHA	Cité 150 logts Lekhel Lamri division ED N°72	Sétif	Chirurgie Pédiatrique
144	TALHI FERAL	Cité des 5 fusilles division 194 du groupe N°54	Sétif	Chirurgie Pédiatrique
145	ABBES WAHIBA	Cité 750 logts division 100 du groupe N°40 lot N°4	Sétif	Neurochirurgie
146	BELLAM RIADH	Cité REBOUH Abdelouaheb, 150 logts Bt G N° 176 rez-de-chaussée	Sétif	Neurochirurgie
147	TIAB LAMINE LOTFI	Cité Messalti Abbas (remparts) Bt D4 n° 36	Sétif	Neurochirurgie
148	BENHACINE KHALED	Rue BOUDOUKHA Mohamed division 238 du groupe N°75	Sétif	Neurochirurgie
149	MEHENI RABIA	Rue Colonel Haoues N°44	Sétif	Endocrinologie
150	AMROUNE MED SALEH	Lotissement Bouaroua lot N° 136	Sétif	Endocrinologie
151	MAHBOUB TAREK	Cité 08 Mai 45 (600 logts) Bt F09 N°499 1 ^{er} étage	Sétif	Endocrinologie
152	BOUZIDI SALIM	Cité BELKHIREH Hacene 750 logts Bt D N°612 RDC	Sétif	Endocrinologie
153	CHENOUF HAFIZA	Cité 300 logts ZHUN Bt D2 N°133	Sétif	Endocrinologie
154	BEKOUICHE RAFIK	Cité Messalti Abbas Bt D N°06 N°57 RDC	Sétif	Endocrinologie
155	MESSAOUDI LINDA	05 Avenue 1 ^{er} Novembre 54 division 213 du groupe N°158 Bt 01 entrée 02 Lot N°08	Sétif	Endocrinologie
156	SAADLAOUD KHALED	Cité du 08 Mai 45 Bt A cage 9N°59	Sétif	Immuno- Allergologie
157	BELACHE MALIKA	Cité Belkired Hacene 750 logts Bt D 18 RDC N°676	Sétif	Gastro- Entérologie
158	DAMOUCHE BOUALEM	Cité Belair Bt C17 N°162	Sétif	Gastro- Entérologie
159	MERAHI ISMAIL	Cité le Caire Bt 01 escalier 02 1 ^{er} étage	Sétif	Gastro- Entérologie
160	KESKAS FARES	Cité 600 logts classe 145 lotissement 57 lot N°02 RDC	Sétif	Gastro- Entérologie
161	LAKER RABAH	Cité 750 logts Bt C54 N°511	Sétif	Gastro- Entérologie
162	BOUGUEDOUMA IMAD	Cité 1006 logts Bt D23 entrée 684 division 169 du groupe de propriété N°64 RDC	Sétif	Gastro- Entérologie
163	KHALFI AHMED	14 Rue Frantz Fanon	Sétif	Maladies Infectieuses
164	LOUMICI MOHAMED	Cité 8 mai 45 (600 logts) Bt D5 – n° 262	Sétif	Hématologie
165	REDOUANE ABDERRAFFIK	Cité du 1 ^{er} Novembre 54 Rue Salhi Med N°230	Sétif	Rhumatologie
166	BENOUAR YUCEF	Cité 750 logts bt c26 N° 391	Sétif	Rhumatologie
167	LASKRI RYM	Cité 600 logts (08 Mai 1945) Bt G2 N°539 1 ^{er} étage,	Sétif	Rhumatologie
168	MOUHOUH WAHIBA	Cité 600 logts classe 145 lotissement 57 lot N°02 RDC	Sétif	Rééducation Fonctionnelle
169	REZIG BRAHIM	Lotissement Chadli Talha N°29/27 Angle des rues	Sétif	Rééducation Fonctionnelle
170	SELLOUM NADIA	Cité Belkhired Hacene Bt A12 N°122	Sétif	Rééducation

				Fonctionnelle
171	ABDELATIF NADHIR AMINE	Avenue des faubourgs N°391, Rue Mokhtar Aribi	Sétif	Rééducation Fonctionnelle
172	FASSI KARIMA	Cité 1006 ZHUN	Sétif	Néphrologue
173	DEHIL FELA	Lotissement N°38/251 Lot N°56 RDC	Ain Arnat	Pneumo phtisiologie
174	TORKI AMEL	Cité Ziadna Ali, division 104 du groupe N°102 RDC	Ain Arnat	Pédiatrie
175	LAGAGNA MESSAOUDA	Cité Lemroudj	Ain El Kebira	Gynécologie
176	RAHMANI AZIZA	Avenue Boulahia Kaddour	Ain El Kebira	Médecine Interne
177	LAOUISSI KAMEL	Rue de l'ALN	Ain El Kebira	Chirurgie Générale
178	CHAFAI NASSIMA	Cité LEMROUDJ	Ain El Kebira	Cardiologie
179	BELKAROUI LAMRI	Rue 08 Mai 45	Ain El Kebira	Orthopédie
180	DERADJI SAMIR	Cité BOULAHIA KADOUR ex LEMROUDJ N°38	Ain El Kebira	Pédiatrie
181	TIGHIOUART LOUIZA	Centre commercial 33 locaux local N°23	Ain El Kebira	Pneumo-phtisiologie
182	HAMMADI LILIA HAYAT	Rue des frères CHETIOUI 1er étage	Amoucha	Pneumo-phtisiologie
183	MERIDJA MOUNIR	Amoucha Centre	Amoucha	Pédiatrie
184	MAATOUG MOURAD	50 logts LSP et 48 locaux commerciaux Bt A2 RDC	El Ouricia	Orthopédie
185	BENABDERRAHMENE MERIEM	Bt 02 entrée 01 RDC	El Ouricia	Orthopédie
186	FITAS LILIA	Lotissement 63 lots	El Ouricia	Médecine Interne
187	LATRECHE ABDELOUHAB	Cité 188 logts RDC	Ain Azel	Orthopédie
188	BELFOUDHIL SLIMAN	Rue Ben Aïssa ELMADANI RDC	Ain Azel	Orthopédie
189	CHETHOUNA MUSTAPHA	Cité 200 logts	Ain Azel	Chirurgie Générale
190	RAHMOUN SAMIRA	Cité Hamouda	Ain Azel	Chirurgie Générale
191	LOUAHDI SEDIK	Cité 40 logts	Ain Azel	Pneumo phtisiologie
192	SAAD ABDELBAKI	Cité 40 logts	Ain Azel	Gynécologie
193				
194	BELGIDOU MOURA	Cité HAMOUDA	Ain Azel	Pédiatrie
195	DERBALA NABILA	Rue Ben Aïssa Elmadani	Ain Azel	O.R.L
196	MECHEHOUGUI NADJET	Cité 40 logts N°23	Ain Azel	Médecine Interne
197	BENMAKHLOUF KHALED	Cité du 19 Juin	El Eulma	Radiologie
198	CHERRAD SALIM	150 logts bâtiment B1 n° 02	El Eulma	Radiologie
199	BOUZIANE NABIL	Cité 152 logts Bt B N°135	El Eulma	Radiologie
200	LEBCIR HOURIA	Nouvelle zone urbaine, Lotissement C1, Rue Gueztit Mabrouk,	El Eulma	Radiologie
201	BOUAMAMA FARID	Avenue de la victoire N°3 RDC	El Eulma	Radiologie
202	AICHOURE ISMAHANE	Cité 32/350 Bt B2 N°09	El Eulma	Radiologie
203	HACHEMI LAHCENE	Cité des 504 logts Bt F5	El Eulma	Pédiatrie
204	MACHANE FOUAD	Cité des 400 logements Bt B20 RDC N° 370	El Eulma	Pédiatrie
205	RAHMANI MOUNIRA	Cité 200 logts Bt B N°43 RDC	El Eulma	Pédiatrie
206	MOKHTARI ABDESLEM	Cité des 250 logts Bt D5	El Eulma	O.R.L
207	GUETAF MOSADEK	Cité 200 logts Bt B 7 N°65 1er étage	El Eulma	O.R.L
208	BOUKERIA ADEL	Lotissement 92 lots, lot N°13	El Eulma	O.R.L
209	KHEBABA BADIS	Cité 152 logts Bt D5/4M1 N°118 (250 logts)	El Eulma	O.R.L
210	CHENOUF MERIEM SANA	53, Rue de la Victoire	El Eulma	O.R.L
211	SIAB ALI	Cité des 250Logts Bt D5 N°110	El Eulma	Médecine Interne
212	BELKADI MERIEM	Rue Mechiche Mahfoud	El Eulma	Médecine Interne
213	RAHBA MOHAMED	Cité des 504 logts Bt D3	El Eulma	Médecine Interne
214	BELOUCIF KAMEL	Cité 400 logts Bt B20 N°371 1er étage	El Eulma	Médecine Interne
215	KERMICHE KARIMA	Cité 150 logts Bt D11 étage coté droit N°11	El Eulma	Médecine Interne
216	BENABDELKADER CHEIKH BELABES	Rue Tali Ammar	El Eulma	Gynécologie

217	BELKHEIR FAIROUZ	Cité 152 logts Bt D1/2 M1 N°29	El Eulma	Gynécologie
218	ARTEBAS KHALED MOUKHTAR	Cité 150 logts N°C entréé08	El Eulma	Gynécologie
219	MERABET ATIKA	Coopérative Immobilière – Al Fellah	El Eulma	Gynécologie
220	DJERDI HOURIA	160 Logts sociale participative Bt H escalier 1 entrée 107	El Eulma	Gynécologie
221	HOUT MOHAMED	Cité 19 juin 200 logts Bâtiment b06 n° 47	El Eulma	Gynécologie
222	ZOUAQUI RAHIMA	Cité 400 logts Bt B entrée 20 N° D372	El Eulma	Gynécologie
223	BELGOUFI MOHAMED REDHA	Cité 200 logts Bt B5 N° 05 1 étage	El Eulma	Pneumo- phtisiologie
224	LALOU MILOUD	Rue de 1 ^{er} Novembre 54 N° 114	El Eulma	Pneumo- phtisiologie
225	ZIDANE FADILA	Cité 400 logts Bt B14 N° 262	El Eulma	Pneumo- phtisiologie
226	BEN SI SAID NOUREDDINE	Cité KHEMANI Mebarek, Rue MOUASSA Youcef N°18	El Eulma	Orthopédie
227	ATEK ZINEDDINE	Cité 150 logts Bt C8 N°111 RDC	El Eulma	Orthopédie
228	AIT MEDJBER EL HACENE	Cité 200 logts Bt C 12 N°22 rez-de-chaussée	El Eulma	Orthopédie
229	BENSADA SANA	Rue Djilani Houcine N°37	El Eulma	Orthopédie
230	MERZOUGUI FAROUK	Cité 19 Juin (150 logts) Bt B entrée 04 N°61 RDC	El Eulma	Orthopédie
231	BENBATOUCHE ABDELKADER	Lotissement 432 lot RDC	El Eulma	Chirurgie Orthopédique
232	KHOUALED RABIA	Cité 400 logts Bt B5 N°62 RDC	El Eulma	Médecine Légale
233	DJELLABI MOHAMED	Cité 400 logts Bt B19 N°359 RDC	El Eulma	Chirurgie Générale
234	BENFERDI SALAH	Cité 152 logts N°D1/2M2 N°13 1ér étage	El Eulma	Chirurgie générale
235	NECHNACHE DJAMEL	Cité 150 logts, Bt B1 N°1 RDC	El Eulma	Chirurgie Général
236	NABTI SOUAD	Cité 350 logts Nouvelle Promotion Immobilière Bt 5B N° 30 1 ^{er} étage	El Eulma	Chirurgie Générale
237	KISMOUN NADJIB	Cité 400 logts Bt B2 N° 104 RDC,	El Eulma	Chirurgie Générale
238	BELAID KARIM	Cité 200 logts Bt C 14 N°897 RDC	El Eulma	Ophtalmologie
239	BEKKA SAADI	Rue Djilani Hocine n° 14	El Eulma	Ophtalmologie
240	TALBI HOUCINE	Cité 152 logts Bt D5 N°91	El Eulma	Ophtalmologie
241	BRIKA FATEH	Cité du 19 Juin Bt B1 N°01	El Eulma	Endocrinologie
242	MAHMOUDI KARIM	07 Rue Rabah Loucif Goutali	El Eulma	Infectieux
243	BELAAMRI NADIA	Cité 150 logts Bt B3 N°52 2émé étage	El Eulma	Pédiatrie
244	DJESSAS RAHIMA	Cité 504 logts N° 56 Bt C1 RDC	El Eulma	Pédiatrie
245	LASSASSI RAZIKA	Cité 152 Logts Bt D2 N°28	El Eulma	Pédiatrie
246	LEBDANI MOUNIR	Cité 200 Logts Bt D01 N°11	El Eulma	Rhumatologie
247	REMACHE NABILA	Cité 150 logts Bt c Escalier 11 N°141	El Eulma	Rhumatologie
248	KANOUN ALI	Cité 152 logts Bt D1 N° 02	El Eulma	Urologie
249	BENLATRECHE KARIM	Cité 150 logts Bt 03 N°43 RDC	El Eulma	Urologie
250	RABHI ABDELMALEK	Avenue KHEMISTI Mohamed 1ér étage	El Eulma	Urologie
251	SAADOUNE NASSIM	Cité 150 logts bat B 04 2 ^{ème} étage n°7	El Eulma	Dermatologie
252	OUZANI M ^{ED} CHERIF	Cité 504 logts Bt B1N°29	El Eulma	Cardiologie
253	CHEHAL NADIA	Cité LAABIDI, Rue BOUCHEDJIRA Aissa N°01	El Eulma	Cardiologie
254	BOUCHELAGHEM MABROUK	Cité 200 logts Bt C16 N°917 1ér étage	El Eulma	Cardiologie
255	BENSEGHIR FOUZI	Cité 19 juin 1560 logts Bt B 4 N° 61 RDC	El Eulma	Neurologue
256	KHEMACHOU MERIEM	Rue Sakhri Ali	El Eulma	Neurochirurgie
257	SAIDOUNE NABIL	Cité 200 logts Bt B07 N°66 1ér étage	El Eulma	Gastro-entérologie
258	BENDIB ABDELKRIM	Rue Farhat Abbes	Ain Oulmene	Médecine Interne
259	NOUI NOUREDDINE	Cité des 583 logts	Ain Oulmene	Médecine Interne
260	SAOUDI NAWAL	Lotissement 266 lots N°45	Ain Oulmene	Médecine Interne
261	TERBAH ABDELOUAHAB	Lotissement 363 lots, lot N°304	Ain Oulmene	Médecine Interne
262	GHAFSI DJAMILA	Ain Oulmene	Ain Oulmene	Gynécologie
263	SOUALEM DERRADJI	Ain Oulmene	Ain Oulmene	Gynécologie
264	GUETOUCHI ZOHIR	Lotissement ESSAHANINE N°01	Ain Oulmene	Chirurgie pédiatrique
265	CHITER RADIA	Rue Baadache Cherif	Ain	Pédiatrie

			Oulmene	
266	BOUKHMIS FOUJIL	Cité Arbi Benmehidi lotissement 89 lots	Ain Oulmene	Pédiatrie
267	BAAZIZ HACENE	Rue Rachidi Bakhouche N°03	Ain Oulmene	Pédiatrie
268	GHEDIR AMAR	Cité 50 logts (450 logts) ZHUN N°42 Bt E RDC	Ain Oulmene	Pédiatrie
269	MEHEMEL HAKIMA	Cité 400 logts Bt 07 entrée AM7	Ain Oulmene	Pédiatrie
270	AIDOU DI SAMIRA	Projet 50 logts LSP et 30 locaux commerciaux	Ain Oulmene	Pédiatrie
271	NANCIB SALIM	Cité des 400 logts	Ain Oulmene	Chirurgie Générale
272	KADARI SAMIR	Cité 100 logts Bt 19 N°68	Ain Oulmene	Chirurgie Générale
273	TIR NAZIM	Lotissement 583 logts	Ain Oulmene	Chirurgie Générale
274	BENNAMOUN AMEL	Groupement B98 N°22 et 23 RDC	Ain Oulmene	Chirurgie Générale
275	MOUMENE ZAHOUEDDINE	Cité Ain Oulmene centre	Ain Oulmene	Orthopédie
276	SBAIHI ABDELATIF	Lotissement 92 lots Lots N°13	Ain Oulmene	Orthopédie
277	ZEROUG ADENANE	Lotissement 92 lot	Ain Oulmene	Orthopédie
278	ROUINA MOHAMED	Cité des 583 lots	Ain Oulmene	Pneumo Phtisiologie
279	HAFASSA ABDELHAK	Cité 92 logts	Ain Oulmene	Pneumo Phtisiologie
280	HALES ALI	Promo Im- 56 Logts 41 Locaux Commerciaux	Ain Oulmene	Ophtalmologie
281	NACERI KHALISSA	Lotissement 92/89 lots N°19	Ain Oulmene	Ophtalmologie
282	BOUCHOUL ACHOUR	P.I 29 logts & 37 locaux commerciaux-Bt 1	Ain Oulmene	O.R.L
283	MADACI ABDELAZIZ	Promotion immobilière 56 logts et 51 locaux commerciaux.	Ain Oulmene	Urologie
284	HAOUCHI ABDELHAMID	Promotion immobilière 44 logts et 57 locaux commerciaux Bt D 1 ^{er} étage entrée N°04	Ain Oulmene	Maladies Infectieuses
285	ADALA RACHID	Rue Badache Moukhtar	Ain Oulmene	Radiologie
286	BENAMOR RADOUANE	Lotissement 363, N°261	Ain Oulmene	Néphrologie
287	AZZI TOUFIK	Lotissement 67 lots, lot N° 55	Ain Oulmene	Entéro-Gastrologie
288	BEBAIA LAHCENE	Lotissement N°12, lot N°92	Ain Oulmene	Cardiologie
289	GUERAH RAFIKA	Projet 50 logts LSP Bt 05 entrée 8	Salah Bey	Médecine Interne
290				
291	BELMOUHOUB MED SAID	Cité Belle vue Bt N°201	Bougâa	Gynécologie
292	KELLIL FERIAL	Cité des jardins	Bougâa	Gynécologie
293	AZLI MALEK	Lot Annab (lot N° 43 , llot E,	Bougâa	Pédiatrie
294	BOUDEHANE LAKHDAR	Cité Elbassatine Bt C N°42 RDC	Bougâa	Pédiatrie
295	BENKHOULA RABIA	Lotissement 05 juillet 1962 Lot N°51	Bougâa	Pédiatrie
296	NOUIOUA SABRINA	Rue des frères MADJEN	Bougâa	Chirurgie pédiatrique
297	ACHOU CHE MOKHTAR	Rue de Palestine	Bougâa	Maladies Infectieuses
298	ZAHDA AHMED	Rue Bachtoula Amar centre commercial N°19	Bougâa	Cardiologie
299	GUEFROUDJ ABDELHAK	Cité 90 logts Bt E N°41	Bougâa	ORL
300	BENSEBAA RABAH	Cité 70 logts Bt D 1 ^{er} étage N°52	Bougâa	Endocrinologie
301	SAIDI ZOHIR	Lotissement 52 lots 05 juillet 1962 RDC	Bougâa	Orthopédie
302	MECHEKOUR MOHAMED LAID	Cité du nouveau marché	Bougâa	Urologie
303	ADOUANI FOUAD	Cité 70 logts Bt AB	Bougâa	Orthopédie
304	CHITOUR SADEK	Lotissement 52 lot, 05 juillet 1962	Bougâa	Radiologie

305	BELACEL KARIM	Cité 70 logts Bt CN°41	Bougaa	Ophtalmologue
306	BOUIKENI RACHID	Rue Chennoune Mohamed	Bougaa	Pneumo- phtisiologue
307	MENAA NOUREDDINE	Lotissement 52 lot 5 juillet 62	Bouandas	Chirurgie Général
308	BEKKA ADEL	Bouandas Centre	Bouandas	Pédiatrie
309	BATATA MOHAMED FAYCEL	Tadjeghalt	Beni Ourtilane	Médecine Interne
310	KECHAT LOUBNA	Beni Ourtilane	Beni Ourtilane	Médecine Interne
311	BENDJENNI MOHAMED	CITE AMEGROUD	Beni Ourtilane	Chirurgie générale
312	GRAINE KHALED	Avenue 1er Novembre 54 cité fonctionnaires	Sétif	Dentiste Spécialiste Prothèse dentaire
313	CHAFI AHMED	Cité Yahiaoui- Rue Djahch Saci n° 2-	Sétif	Dentiste Spécialiste Odontologie Conservatrice
314	KERMALI SALIM	Cité du 20 aout 55 ,1000 logts bt G11 N° 991	Sétif	Dentiste Spécialiste Pathologie Bucco dentaire
315	ATROUS MOURAD	Cité 01 Novembre 1954, lots N° 141 Avenue Rouabah Moussa	Sétif	Dentiste Spécialiste Prothèse dentaire
316	BELFELAHI LOTFI	Angle des Avenues 8 Mai 45 et frères Hebache classe 211 du groupe 11 N°5	Sétif	Dentiste Spécialiste ODF

تم بتوفيق الله وبفضله