

حول الوضعية الديموغرافية في الجزائر والصحة الإنجابية

بوتفوشات حياة

علم الاجتماع، جامعة سعد دحلب البليدة

الملخص:

عرف النمو الديموغرافي في الجزائر ارتفاعا محسوسا بعد الاستقلال بهدف تعويض الخسائر البشرية التي خلفها الاستعمار الغاشم، وبقي محافظا على هذه الوتيرة حتى منتصف الثمانينيات، أين انخفض معدل التزايد السكاني إلى 2.74٪ في سنة 1986 بعدما كان 3.34٪ في 1966 و 3.11٪ في 1985، ولهذا مثلت سنة 1986 قطيعة حقيقية في التطور الديموغرافي بالجزائر بعد الاستقلال وهذا من خلال بعض البرامج التي سطرته الدولة وأهمها البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي الذي يقوم أساسا على متابعة الحمل ومراقبة الأطفال بعد الولادة وقبل بلوغهم الست سنوات في إطار الترقية الصحية الأولية ضمن سياسة مجانية العلاج وكذا مكافحة وفيات الأمومة والطفولة.

Résumé

La croissance démographique en Algérie a connu une augmentation considérable après l'indépendance à l'effet de récupérer la perte humaine due à la colonisation. Cette croissance se poursuit jusqu'au milieu des années quatre-vingt où le taux d'accroissement démographique a baissé à 2.75% en 1986 en étant 3.34% en 1966 et 3.11% en 1985. L'année 1986 a représenté une véritable rupture dans l'évolution démographique en Algérie après l'indépendance suite à la mise en œuvre des programmes édictés par l'état dont essentiellement le programme national de maîtrise de la croissance démographique qui se base sur le suivi de la grossesse et le contrôle des enfants après l'accouchement et avant l'âge de six ans dans le cadre de la promotion sanitaire primaire visée par la politique de la gratuité de soin et ainsi la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

مقدمة:

يتحدد المسار الديموغرافي في أي بلد بمحددات وعوامل خاصة منها ما هي: اجتماعية، اقتصادية سياسية... وغيرها، فمختلف هذه العوامل تتدخل في العناصر الديموغرافية، مثل: الولادات، الوفيات، الهجرة... والتفاعل بين هذه العناصر يجعل النمو الديموغرافي يعرف منحى معيناً. وتأتي الرعاية الصحية الخاصة بالطفل والأم معا من أهم المسؤوليات التي يجب على كل دولة أن تقدمها على أحسن وجه وتعطيها كل الأهمية وتدعمها بكل ما هو مادي أو معنوي على حد سواء لضمان سلامة المجتمع برمته.

وفي هذا السياق، سنحاول أن نتناول في هذا المقال المسار الديموغرافي في الجزائر قبل الاستقلال وبعده، وأهم العوامل التي تحكمته في تطوره ثم نخرج على عنصر مهم وجاد ألا وهو الصحة الإنجابية بما يضمن سلامة أو صحة الأم والطفل معا.

الوضعية الديموغرافية في الجزائر:**1 - تطور السكان في الجزائر:**

أ - المميزات الديموغرافية في الجزائر قبل 1962 (قبل الاستقلال): أجري أول إحصاء للسكان في الجزائر سنة 1836، أي بعد احتلال الجزائر من طرف فرنسا بست سنوات، وقد سبق هذا الإحصاء إجراء تقدير أولي لعدد سكان الجزائر الذي تم مع دخول جيوش الاحتلال الفرنسية سنة 1830، وقدر عدد السكان وقتئذ بحوالي ثلاثة ملايين نسمة⁽¹⁾.

إن المتتبع للمعطيات الإحصائية عن سكان الجزائر طوال فترة الاحتلال يلاحظ أن نمو السكان قد مر بثلاث مراحل متباينة:

• **مرحلة الركود والتراجع السكاني:** وتبدأ من بداية فترة الاحتلال لتنتهي سنة 1886، وهي أخطر مرحلة مر بها نمو سكان الجزائر، إذ ظل فيها عدد السكان يتجه نحو التدنّي باستمرار، حيث قدر في 1843 بحوالي ثلاثة ملايين نسمة حتى بلغ 2462935 نسمة في 1876.

وهذا عائد إلى عدة عوامل من أهمها: الأمراض والأوبئة التي اجتاحت الجزائر ابتداء من سنة 1849 وحتى سنة 1881، وكذا انخفاض المستوى الصحي العام.

• **مرحلة النمو السكاني البطيء:** وتمتد من سنة 1886 إلى سنة 1921 وهي مرحلة مستقرة دامت 35 سنة، حيث كانت الزيادة الطبيعية فيها تتراوح بين 0.4% و 1.7%⁽²⁾.

(1) حسين تومي، رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1995، ص 202.

(2) محمد السويدي، مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص 69 - 70.

• تتميز هذه المرحلة بانتعاش وتيرة النمو السكاني في الفترات (1921-1926) و(1926-1931) و(1931-1936) بمعدلات متزايدة مسجلة على التوالي: 0.9% و1.6% ثم 2.1%، وبعد هذا الانتعاش يتراجع معدل النمو السكاني للفترة 1936-1948 مسجلا ما قدره 1.5%⁽¹⁾.

ويرجع هذا الانخفاض إلى الأسباب التالية:

- انخفاض معدلات المواليد وارتفاع الوفيات بين البالغين
- فرض التجنيد الإجباري على الشباب الجزائري من طرف الاستعمار الفرنسي خلال الحرب العالمية الثانية في الجيش الفرنسي مما أدى إلى انخفاض معدلات المواليد.
- النقص في تسجيل المواليد والتقليل المقصود في عدد السكان من طرف فرنسا⁽²⁾.

ومن جديد تسترجع وتيرة النمو السكاني في الجزائر نشاطها نحو التصاعد وبقوة هذه المرة وبمعدل مرتفع نسبيا يقدر ب 2.7% للفترة (1948 - 1954) وباندلاع ثورة التحرير الوطني في غرة نوفمبر 1954 تعود البلاد إلى حالة الحرب من جديد والتي دامت أكثر من سبع سنوات مخلفة أضرارا جسيمة، وتدميرا شبه كلي للقرى والأحياء السكنية وتخريبا للبنية التحتية للاقتصاد الجزائري.

كل هذا انعكس على معدل نمو السكان في الجزائر مسجلا تراجعا نسبيا هائلا، إذ لم يتجاوز المعدل السنوي للفترة (1954 - 1960) ما نسبته 1.6%⁽³⁾.

والجدول التالي يظهر عدد السكان في خلال عشرين عملية إحصائية تمت في الجزائر قبل الاستقلال.

الجدول رقم (1): تطور عدد سكان الجزائر قبل الاستقلال

سنة التعداد	عدد النسمة
1845	2028000
1851	2324000
1856	2310000
1861	2737000
1866	2656000
1872	2134000
1876	2479000
1881	2842000

⁽¹⁾ حسين تومي، مرجع سابق، ص 205.

⁽²⁾ السعيد مريبي، التغيرات السكانية في الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984، ص. 117- 118.

⁽³⁾ حسين تومي، مرجع سابق، ص 206.

3287000	1886
3577000	1891
3781000	1896
4089000	1901
4478000	1906
4741000	1911
4923000	1921
5151000	1926
5588000	1931
6201000	1936
7460000	1948
8745000	1954

المصدر: وزارة الصحة والسكان، "التقرير الوطني للندوة الدولية حول السكان والتنمية"، الجزائر، 1994، ص10.

وتجدر الإشارة هنا، إلى أن عمليات التعداد التي قامت بها إدارة الاستعمار ذات الطابع العسكري، لا سيما تلك التي جرت خلال القرن 19، هي تقديرات مزيفة ترمي إلى التقليل من أهمية عدد السكان المسلمين، إضافة إلى أن احتلال المناطق الشمالية والجنوبية لم يتم إلا في بداية القرن العشرين⁽¹⁾.

ب - وضعية السكان في الجزائر بعد الاستقلال:

1 - نمو السكان: غداة الاستقلال قدر عدد السكان الجزائريين بعشرة ملايين نسمة.

في 1966، تاريخ أول إحصاء جزائري بعد الاستقلال (التعداد العام للسكان والسكن) سجل 12 مليون نسمة، بمعدل نمو سكاني 3.34٪، فكان من أهم المعدلات في العالم.

في الفترة 1962 - 1970، لم يكن بإمكان المجتمع الجزائري أن يجد مخرجا لتدارك العجز الديموغرافي سوى عن طريق السلوك التوليدي (Nataliste). بعد 1970، معدل الولادات بدأ في تناقص طفيف والوفيات واصلت في الانخفاض بشكل كبير وسريع.

ولهذا فالنمو السكاني بالجزائر بات معتبرا ويعد من أهم المعدلات المرتفعة في العالم حتى منتصف الثمانينيات، حيث قدر معدل النمو الطبيعي بـ 3.2٪ بين التعدادين: 1966 و 1977 وقدر بـ 3.06٪ بين 1977 و 1987، وبالتالي عرفت الجزائر تضاعفا في عدد سكانها في مدة 23 سنة⁽²⁾.

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، "التقرير الوطني للندوة الدولية حول السكان والتنمية" - القاهرة من 5 إلى 13 / 09 / 1994 -، الجزائر، 1994، ص10.

⁽²⁾ Chebab(T), Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970 a 1992, CENEAP, Alger, 1999, pp.16-18.

والجدول التالي يظهر وتيرة النمو السكاني في الجزائر من 1962 إلى 1985

الجدول رقم: (2): وتيرة النمو السكاني في الجزائر من 1962 إلى 1985.

الفترة	معدل النمو السكاني الطبيعي(%)
61 - 65	3.39
66 - 69	3.29
69 - 70	3.34
71 - 75	3.14
76 - 80	3.15
1981	3.15
1982	3.15
1983	3.16
1984	3.15
1985	3.11

Source: Chebab(T), Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1971 a 1992, CENEAP, Alger, p17.

وتعود الزيادة المعتبرة للسكان مباشرة بعد الاستقلال إلى عدة عوامل متمثلة في النقاط التالية:

- انخفاض معدلات الوفيات نتيجة انتشار الرعاية الطبية
- ارتفاع معدلات الزواج
- انتهاء الحرب التحريرية واستقرار الأمن بالبلاد
- ارتفاع المستوى المعيشي
- تحسين عملية الحصر السكاني خاصة في السجلات الحيوية وزوال ظاهرة التخوف من العد والتقليل من عدد السكان التي كانت موجودة أثناء الاستعمار⁽¹⁾.

فبعد الوتيرة السريعة للنمو السكاني بعد الاستقلال وحتى منتصف الثمانينيات، عرفت نهاية هذه العشرية (الثمانينيات) مرحلة جديدة في المسار الديموغرافي الجزائري كما توضحه المعطيات في الجدول التالي:

⁽¹⁾ السعيد مرييبي، مرجع سابق، ص118.

الجدول رقم (3) : تطور نمو السكان من 1986 إلى 2008

السنوات	معدل النمو السكاني الطبيعي (%)
❖1986	2.74
1987	2.73
1988	2.73
1989	2.50
1990	2.50
1991	2.41
1992	2.43
❖❖1994	2.17
1995	1.89
1996	1.69
1997	1.64
1998	1.57
1999	1.51
2000	1.48
2001	1.55
❖❖❖2002	1.53
2003	1.58
2004	1.63
2005	1.69
2006	1.78
❖❖❖❖2008	1.9

Source: * ONS, Données démographiques Algériennes, in Données statistiques, N°159, Alger, 1992.

** Ministère de la sante et de la population, Op.cit. p13.

*** ONS, Démographie Algérienne, in Données statistiques, N°471. année 2006.p2.

**** Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière,

Réagir a la crise économique...investir dans le développement durable, 2009, sans page.

من خلال الجدول أعلاه ومقارنة مع الجدول رقم 2، نجد أن سنة 1986 مثلت قطيعة واضحة في التطور السكاني، فمنذ ذلك حدثت تغيرات معتبرة متمثلة خصوصا في تغيير السلوك الإنجابي، فنجد أن المؤشر التركيبي للخصوبة كان يقدر ب 7.1 طفل لكل امرأة في 1980، انخفض إلى 5.50 طفل لكل امرأة في 1986، لينتقل إلى 2.54 طفل لكل امرأة سنة 2000.

ويعود هذا إلى ارتفاع متوسط السن الأولى للزواج الذي انتقل من 18.3 سنة في 1966 إلى 25 سنة في 1991 ليصل إلى 33 سنة لدى الرجال و 29.3 لدى النساء حسب التعداد العام للسكان والسكن لسنة 2008.

هناك أيضا الانتشار الواسع للتخطيط العائلي والمرتببط بانطلاق المباشرة في البرنامج الوطني لضبط النمو الديموغرافي سنة 1983⁽¹⁾.

وحسب الجدول رقم 3، نلاحظ أن السنوات الأخيرة الممتدة من 2001 إلى 2008، يسجل ارتفاع ملحوظ في النمو الطبيعي للسكان، وهذا راجع إلى الارتفاع المحسوس للنساء في سن الإنجاب وارتفاع الزيجات، هذان المؤشران اللذان يساهمان بشكل مباشر في ارتفاع معدل الولادات ومنه في ارتفاع النمو السكاني مع الاحتفاظ بالنمو المنخفض في الوفيات.

فنجد أن المعدل الخام للزواجية انتقل من 6.79‰ سنة 2002 إلى 8.82‰ سنة 2008، في المقابل انتقل معدل الولادات الخام من 19.68‰ سنة 2002 إلى 22.07‰ في سنة 2006⁽²⁾.

2 - الولادات:

عرفت الولادات بعد الاستقلال ولمدة طويلة مستوى جد مرتفع، حيث تراوحت معدلاتها بين 45 و 50‰ معبرة بذلك عن مستوى خصوبة طبيعية (أي خصوبة تلاحظ في مجتمع يتميز بالزواج المبكر وعدم استعمال وسائل منع الحمل)، ولم يلمس معدل الولادات انخفاضا إلا في بداية الثمانينيات ولا سيما منذ 1986⁽³⁾. أين قدر خلالها ب 34.73‰ ويعود هذا إلى تطبيق سياسة تباعد الولادات التي شرع فيها منذ سنة 1983.

ومن مميزات هذا الانخفاض في معدل الولادات في الجزائر، هو انخفاض معدل الخصوبة عند الفئة العمرية 15 - 19 سنة و 20 - 24 سنة، فبعبارة أخرى كانت معظم الولادات تنتج من نساء

⁽¹⁾ Chebab (T), op.cit.p21.

⁽²⁾ ONS, *Démographie Algérienne, in données statistiques*, N° 471, 2006, p6.

⁽³⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، *السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010*، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، ديسمبر 2001، ص8.

ذوات فئات عمرية 20 - 29 سنة انتقلت القيمة القصوى للولادات من الفئة العمرية 25 - 29 سنة إلى الفئة العمرية 30 - 34 سنة بعد سنة 1990⁽¹⁾.

وقد أكدته مؤخرا المسح الوطني الخاص بمتابعة وضعية الأطفال والنساء سنة 2006، حيث يمثل معدل الخصوبة لكل ألف امرأة في الفئة 30 - 34 سنة، أعلى قيمة مقدرة بـ 129.2‰، في حين الفئة 15-19 سنة: 4.4‰⁽²⁾.

وقد تفسر هذه الميزة بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة والتحاقها بسوق العمل اللذين يؤثران تأثيرا إيجابيا في تأخير سن الزواج.

الملاحظ فقط، أن معدل الولادات في السنوات الأخيرة عرف بعض الارتفاع الطفيف لسنوات متتالية، مثلاً في سنة 2002 كان يقدر بـ 19.62‰، في سنة 2006 بـ 22.07‰ وفي سنة 2008 بلغ 23.5‰، وهذا راجع كما سبق قوله، إلى الارتفاع المحسوس للنساء في سن الإنجاب وارتفاع الزيجات، فبين 2002 و2006 ارتفع معدل الزواجية الخام بنقطتين (6.97‰ و8.82‰ على التوالي)⁽³⁾.

3 - الوفيات وأمل الحياة:

أ- الوفيات العامة: عرفت الوفيات في الجزائر بعد الاستقلال تقلصا مهماً. إن المعدل الخام للوفيات الذي قدر بـ 16.45‰ في سنة 1970 انتقل إلى 5.46‰ سنة 2002⁽⁴⁾، و 4.4‰ سنة 2008⁽⁵⁾.

حسب فئات الأعمار وطبقا للبيان العالمي، فإن الوفيات المرتفعة دوماً في الشهور الأولى من الحياة تنخفض لتبلغ أدناها حول السن العاشر لكي ترتفع تدريجياً عند الأعمار الموالية.

تجدر الإشارة، أنه ابتداء من السنة الأولى من الحياة، فإن العوامل الداخلية المرتبطة عموماً بالتشوهات، بالعيوب الوراثية وكذا الصدمات أثناء الحمل والولادة، تتجه نحو

⁽¹⁾ جوييدة عميرة، "الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر"، رسالة الأسرة، الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، العدد الخامس، 2005، ص. 16 - 17.

⁽²⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, ONS, **Suivre de la situation des enfants et des femmes**, rapport principal, décembre 2008, p110.

⁽³⁾ ONS, op.cit, p6.

⁽⁴⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص.10.

⁽⁵⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, **Réagir à la crise économique.... investir en développement durable**, 2009, sans page.

الانعدام تدريجيا بحيث تصبح العوامل الخارجية المرتبطة عادة بالمحيط وفي بعض الأحيان بالأمراض المقتزنة بالظروف المعيشية والاقتصادية هي أساس الوفاة.⁽¹⁾

الجدول رقم(4): تطور المعدل الخام للوفيات بالجزائر

السنة	المعدل الخام للوفيات (%)
1970	16.45
1980	11.77
1990	6.03
2000	5.46
❖2008	4.40

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص9.

*: Ministère de la sante, de la population et de la reforme. Hospitalière, op.cit, sans page.

ب - أمل الحياة عند الولادة: إن أمل الحياة، الذي يشكل في نفس الوقت مؤشر الصحة ومؤشر التنمية يتجاوز اليوم 70 سنة، حيث ارتفع بـ 23 سنة مقارنة مع 1970 و18 سنة مقارنة مع 1980 وبـ 5 سنوات تقريبا مقارنة مع سنة 2000، أي بزيادة سنوية قدرها 0.61 بين 2008 و1970، و0.65 سنة بين 2008 و1980 وأخيرا 0.62 سنة سنويا بين 2008 و2000.

إن أمل الحياة عند الولادة هو أكبر عند النساء منه عند الرجال، وهذا طبقا للامتداد العالمي في طول العمر السنوي، وعليه فإن الفارق بين الجنسين الذي يقدر بين سنة وستين يبقى منخفضا مقارنة مع البلدان الغربية، إذ بلغ الفارق بين الجنسين ست سنوات لصالح المرأة في الاتحاد الأوروبي سنة 1995⁽²⁾.

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص10.

⁽²⁾ نفس المرجع، ص10.

والجدول التالي يظهر لنا تطور أمل الحياة عند الولادة حسب الجنس منذ 1970

الجدول رقم (5): تطور أمل الحياة عند الولادة حسب الجنس

السنة	أمل الحياة عند الولادة بالسنوات		
	المجموع	نساء	رجال
1970	52.6	52.8	52.6
1980	57.4	58.8	55.9
1991	67.3	67.8	66.9
2000	70.76	72.1	69.4
❖2008	75.7	76.7	74.9

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص10.

* Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, op.cit, sans page.

ج - وفيات الأطفال الرضع: الأطفال الأقل من سنة يمثلون دائما نسبة معتبرة في الوفيات العامة، مثلا في 1994، مثلت تقريبا الربع (24٪) من مجموع الوفيات.

حجم وفيات الأطفال الأقل من سنة الذي كان يقدر بـ 48000 حالة وفاة للأطفال الرضع في 1970 انتقل إلى 25000 في سنة 1995، أي بفارق 23000 وفاة.⁽¹⁾

"وقدر مؤخرا أي في سنة 2008 بـ 20800".⁽²⁾ وبفارق 4200 بين هذه السنة الأخيرة وسنة 1995.

يتضح أن الوفيات الرضع انخفضت انخفاضاً جلياً منذ الاستقلال، هذا الانخفاض نتج عن تحسين الظروف العامة للحياة وعن تنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، إذ يحتل التلقيح المكانة الأولى.

في حين تجدر الإشارة أن الوفيات في السنوات الأولى من الحياة تشكل دائما موضوع انشغال الصحة العمومية.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Khaldoun(H) et autres, **La démographie Algérienne face aux grandes questions de la société**, CENEAP, Alger, Mai1999, p19.

⁽²⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, op.cit, sana page.

4- الزواجية:

إن التطور السكاني الجزائري حسب الحالة الزواجية، وفيما يخص الجنس والسن بعد الاستقلال، يظهر أن البنية الزواجية عرفت تغيرا معتبرا، فعدد حالات الزواج ارتفع بين 1985 و1995، حيث انتقل من 123688 حالة زواج إلى 153723 حالة وبين 2002 و2008، انتقل من 218620 إلى 331190 أي بزيادة سنوية قدرها 18761.66 بين 2002 و2008.

سن الزواج الأولى عرفت ارتفاعا معتبرا منذ الاستقلال لكلا الجنسين، وهذا ما أكدته معطيات التعدادات السكانية المتتالية، ففيما يخص النساء، انتقلت سن الزواج الأولى من 18.3 سنة في 1966 إلى 20.9 سنة في 1977، 23.7 سنة في 1987، 27.6 سنة في 1998⁽²⁾. "وبلغ 29.3 سنة في 2008"⁽³⁾. إن هذا المؤشر الخاص بسن الزواج الأولى له ارتباط وثيق بالتغيرات الاجتماعية التي تعرفها البلاد في العقود الأخيرة، مثل تعليم المرأة وحصولها على مستوى تعليمي عال ومن ثم التحاقها بسوق العمل ووصولها إلى أعلى المراتب، إلى جانب متغيرات أخرى تعد من ضمن المشاكل التي يعيشها شبابنا اليوم، مثل البطالة، مشكل السكن، تكاليف الزواج الباهظة... وغيرها.

هذه العوامل وأخرى كلها ساهمت بشكل أو بآخر في الزواج المتأخر، هذا الأخير الذي يؤثر بشكل إيجابي في تخفيض معدلات الخصوبة من خلال التقليل من سنوات التعرض للحمل.

الصحة الإنجابية:

1 - تعريف الصحة الإنجابية:

"الصحة الإنجابية هي الحالة الجسمية والعقلية والاجتماعية الجيدة في جميع المسائل المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليس فقط غياب المرض والوهن، ومن ثم يتضمن مفهوم الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية آمنة ومرضية وأن تكون لديهم الإمكانية والقدرة على الإنجاب، والحرية في أن يقرروا الإنجاب أو عدم الإنجاب، وفي حالة ما إذا قرروا الإنجاب، تكون لديهم القدرة على تحديد موعد وعدد مرات الإنجاب. الشرط الأخير يشير ضمنا إلى حق كل من الرجل والمرأة في أن يكونا على دراية بإمكانية الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة المقبولة التي يختارونها والتي تكون آمنة وفعالة وفي حدود

(1) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مرجع سابق، ص11.

(2) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المعطيات الديموغرافية، اللجنة الوطنية للسكان، 2007، بدون صفحة.

(3) Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, op.cit, sana page.

إمكاناتهم المالية، كما يتضمن كذلك الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تكفل السلامة والأمان للنساء خلال فترة الحمل والولادة كما تضمن للزوجين الحصول على طفل في صحة جيدة⁽¹⁾.

2 - نشاطات الصحة الإنجابية:

إن تعزيز نشاطات الصحة الإنجابية في سنوات التسعينيات، كان يهدف بصفة عامة إلى توسيع سهولة تقديم الخدمات والعلاجات ذات النوعية في ميدان التنظيم العائلي، وكذلك في الميادين المرتبطة بها مثل التكفل بالأمومة والأمراض الأخرى التي تعد من أسباب اعتلال ووفيات النساء في سن الإنجاب.

1 - البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي سنة 1983: كانت الجزائر تفتقر عند الاستقلال إلى أي تخطيط للأسرة، وفي سنة 1966 قام اتحاد الدراسات السكانية والاجتماعية في الجزائر بتحريرات لمعرفة موقف الأزواج الجزائريين تجاه تنظيم الأسرة.

وفي عام 1967 تم افتتاح أول مركز لتنظيم الأسرة في الجزائر بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بحضور وزير الصحة العامة والتربية الوطنية، وفي عام 1969 أنشئت مراكز وهران وقسنطينة إلا أن العمل توقف في هذين المركزين بعد مرور سنتين.

وفي عام 1974 قدم البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة وبدئ العمل به، بينما لم يكن في البلاد كلها سوى مركز واحد يعمل في العاصمة⁽²⁾. هذا البرنامج المقدم، جاء لتطوير وتقديم وسائل منع الحمل في المؤسسات العامة للصحة، وهو برنامج حماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات (PMI /EN)

ولقد قادت وزارة الصحة هذا البرنامج الذي تركّز على متابعة الحمل ومراقبة الأطفال بعد الولادة وقبل بلوغهم ست (06) سنوات في إطار الترقية الصحية الأولية ضمن سياسة مجانية العلاج وهذا لمحاربة وفيات الأمومة والطفولة.

⁽¹⁾ جينس ميلر، كلير باهامون وآخرون، المصطلحات المستخدمة في إدارة برامج تنظيم الأسرة، برنامج التنظيم الإداري لتنظيم الأسرة، مؤسسة العلوم الإدارية للصحة، 1998، ص29.

⁽²⁾ مليكة لعجالي، المبادئ بين الولادات في الجزائر، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، السنة غيرمذكورة، ص12.

وبهذا المضمون سطر هذا البرنامج في قانون الصحة لسنة 1976⁽¹⁾. وفي الثمانينيات تم تطبيق هذا البرنامج بإشراف الدائرة المركزية لرعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة المنتشرة في كافة أقاليم الجزائر⁽²⁾.

وفي نهاية الثمانينيات بلغ عدد المراكز 2000 وحدة، وخلال هذه المرحلة تم برمجة تباعد الولادات على كل الوحدات الأساسية: العيادات المتعددة الخدمات، مراكز الصحة، قاعات العلاج، ولقد كلفت في هذه المرحلة 199 مؤسسة صحية بتوفير وسائل منع الحمل الهرمونية.

لقد سجل برنامج التحكم في النمو الديموغرافي مرحلة جديدة، بحيث تجاوز الإطار الصحي وتيرة النمو السكاني من خلال حرية الأزواج في اختيار عدد أطفالهم واحترام القيم الاجتماعية والدينية⁽³⁾.

ب- توسيع شبكة تقديم الخدمات في سنوات التسعينات: في إطار تعزيز نشاطات الصحة الإنجابية في سنوات التسعينيات، تم توسيع شبكة الهياكل القاعدية العمومية التي تساهم في عرض وسائل منع الحمل من خلال إدماج هذا النشاط في المصالح التوليدية ومصالح طب النساء الخاصة بالتوليد على مستوى المؤسسات الاستشفائية، حيث تم إنشاء 363 مركز عائلي على مستوى المصالح التوليدية للمراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية على المستوى الوطني، وهذا طبقا لقرارات وزارية صادرة تحت أرقام 39 و5 المؤرخة على التوالي في 4 سبتمبر 1994 وفي 25 فبراير 1995.

جاء هذا المشروع لتنصيب المراكز المرجعية التي تضم الموظفين المناسبين الطبيين منهم وشبه الطبيين وتوفير واسع لمجموع الخدمات المدمجة في مجال الإنجاب إلى جانب إزالة الهوة المتواجدة بين التوليد والتنظيم العائلي⁽⁴⁾.

ج- انتشار استخدام وسائل منع الحمل: يعرف استخدام وسائل منع الحمل ارتفاعا محسوسا منذ نهاية الثمانينيات، بعدما كان هذا الاستخدام في تدني كبير بعد الاستقلال، فحين قام اتحاد الدراسات السكانية والاجتماعية عام 1966 في الجزائر بتحريرات لمعرفة موقف الأزواج الجزائريين تجاه تنظيم الأسرة، خرج ببعض النتائج، حيث تبين أن 44.5% من النساء و65% من الرجال في المدينة على اطلاع على طريقة واحدة على الأقل من وسائل منع

(1) جوييدة عميرة، مرجع سابق، ص 12.

(2) مليكة لعجالي، مرجع سابق، ص 12.

(3) جوييدة عميرة، مرجع سابق، ص 17.

(4) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، مرجع سابق، ص 31.

الحمل، أما في الريف فإن هذه النسبة تتدنى لتبلغ 15٪ بالنسبة إلى النساء و30٪ بالنسبة إلى الرجال. ومن ناحية أخرى لوحظ أن الرغبة في التنظيم تكون أكثر وضوحا كلما ارتفع مستوى المعيشة ومستوى التعليم⁽¹⁾. إذا جئنا إلى نسب الاستخدام، نجد أن هذه النسبة انتقلت من 8٪ سنة 1970 إلى 50.9٪ في 1992، وهي منتشرة بكثرة لدى النساء الأكثر تعليما واستخدامها بشكل كبير للطرق الحديثة، معدل الاستخدام منتشر في المدينة عنه في الريف.

فيما يخص التحقيق الخاص بسنة 1986، معدلات الاستخدام مرتفعة لدى النساء ذوات الفئة العمرية 30 - 39 سنة (51.2٪) وعند هؤلاء اللواتي لديها عدد الأطفال أكبر.

نسبة الاستخدام ارتفعت خلال عشرية الثمانينيات، من 25٪ في 1984 إلى 36 ٪ في سنة 1986، وهناك علاقة بين عدد الأطفال واستخدام وسائل منع الحمل، خصوصا ابتداء من طفلين.

في سنة 1992 قدر استخدام وسائل منع الحمل بـ 56٪ لدى النساء في الفئة العمرية 30 - 39 سنة، حيث انخفضت هذه النسبة إلى 26٪ لدى النساء اللواتي تتراوح سنهن بين 15 و 19 سنة أما بالنسبة إلى اللواتي سنهن 45 - 49 سنة فمثلت 39 ٪ لهذا الاستخدام⁽²⁾.

وفيما يلي الجدول رقم (6) يوضح لنا: معدلات النساء المتزوجات اللواتي كانت تستخدم

وسائل منع الحمل، وهذا حسب عدد الأطفال سنة 1992(٪) وكذا حسب وسط الإقامة

المجموع	5 أو أكثر	4	3	أقل من 3	عدد الأطفال وسط الإقامة
57.5	62.5	68.9	61.6	44.8	حضري
44.1	48.1	55.5	45.7	35.6	ريفي

Source: Chebab (T), op.cit, p112

⁽¹⁾ مليكة لعجالي، مرجع سابق، ص 12.

⁽²⁾ Kouidri (M), Khaldoun (H), **Famille et démographie en Algérie**, CENEAP, FNUAP, Alger, mai 1999, p55.

الجدول رقم (7): معدلات النساء المتزوجات المستخدمات لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال والمستوى التعليمي للنساء (%) في 1992.

المجموع	5 أو أكثر	4	3	أقل من 3	عدد الأطفال / المستوى التعليمي
43.9	48.8	50.9	41.2	28	أمية
59.8	72.3	70.7	69.9	41.6	ابتدائي
62.4	71.4	84	63.8	55.1	متوسط
55.8	75.8	83.9	67	48	ثانوي فأكثر

Source: Ibid, p112.

من خلال الجدولين أعلاه، يظهر لنا أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل معتبرة بالحضر منها بالريف، وترتفع تبعا لعدد الأطفال والمستوى التعليمي الأعلى.

أما إذا حاولنا مقارنة نسب استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر مع بعض الدول المجاورة بالمغرب العربي، فيظهرها لنا الجدول رقم (8).

الجدول رقم (8): نسب استخدام وسائل منع الحمل بالجزائر، المغرب وتونس (%) الجزائر

السنوات	1970	1984	1986	1990	1992	1995
المعدلات	7	25	35.5	40.6	50.8	56.9

تونس

السنوات	1978	1983	1988	1994
المعدلات	31.4	41.1	49.8	59.4

المغرب

السنوات	1979	1987	1992	1995
المعدلات	19.4	35.9	41.5	50

Source: Kouidri (M), Khaldoun (H), op.cit, p56.

معطيات الجدول أعلاه تبين لنا أنه في سنوات السبعينيات كانت النسبة بالجزائر جد ضئيلة مقارنة مع جيراننا بالمغرب العربي في كل من تونس والمغرب، لكن انطلاقا من الثمانينيات بدأ هناك ارتفاع محسوس إلى أن تجاوز المغرب وقارب مثيله تونس.

فما يمكن تسجيله، أنه قبل انطلاق البرنامج الديموغرافي الجزائري في 1983، الفروقات فاقت كل التوقعات، لكن التحسن كان سريعا جدا بعد المباشرة في البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي PNMCD، والدليل على ذلك أنه تجاوز المستوى الموجود بالمغرب⁽¹⁾.

حسب المسح الخاص بصحة الأسرة لسنة 2002 تم تسجيل نسبة 57٪ من المستخدمات لوسائل منع الحمل بالجزائر مقابل 50.9 ٪ في 1992 كما سبق ورأينا، مع ارتفاع الطرق الحديثة من 43.1٪ إلى 51.8٪، وهناك انخفاض بالنسبة إلى الوسائل التقليدية، والملاحظ في هذا المسح أنه لم تعد هناك فروقات معتبرة بين الريف والحضر (59 ٪ في الوسط الحضري مقابل 54.4٪ في الوسط الريفي) فالفروقات في استخدام وسائل منع الحمل حسب المسح الخاص بـ 2002 ظاهرة حسب المستوى التعليمي، رغم التسجيل المعتبر لدى النساء الأميات، حيث أعطيت النتائج التالية: 58.3٪ لدى النساء ذوات المستوى الثانوي فما فوق، مقابل 52.9٪ للنساء الأميات مع ارتفاع يقارب 10 نقاط في استخدام وسائل منع الحمل بين 1992 و 2002 في هذه الفئة الأخيرة⁽²⁾. وتبقى نسب الاستخدام لوسائل منع الحمل مستمرة في الارتفاع، وهذا ما أكدته نتائج المسح الأخير الخاص بمتابعة وضعية الأطفال والنساء في 2006، حيث تم تسجيل نسبة 61.4٪ من النساء في الفئة العمرية (15 - 49 سنة) اللواتي تستخدمن وسائل منع الحمل لغرض المباشرة أو تحديد الولادات ومن بينها 52.0٪ تستخدم وسائل حديثة وتأتي الحبوب

⁽¹⁾ Ibid, p56.

⁽²⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, op.cit, pp.23-24.

(la pilule) الأكثر استخداما مقدرة بنسبة 45.9٪ وهذا بشكل معمّم لمختلف النساء مهما كان مستواهّن التعليمي⁽¹⁾.

3- صحة الأمومة:

ما زالت الجزائر تسعى إلى ترقية خدمات الأمومة الآمنة بما فيها رعاية الحوامل قبل وأثناء وبعد الوضع، والتركيز على الحمل المنطوي على خطورة، محاولة تشخيص أسباب وفيات واعتلال الأمهات.

وهناك عدة دراسات تمت في هذا المجال نذكر البعض منها: نبدأ بالتحقيق الوطني حول الصحة والسكان (ENSP) الذي تم في 1970، أظهر وجود ارتفاع طفيف في الوفيات الأنثوية حتى سن 35 سنة، لكن أمل الحياة عند الولادة كان أكثر ارتفاعا لدى النساء (53.7 سنة) منه من الرجال (53.4 سنة)، ومن أهم الأسباب المؤدية إلى وفيات النساء كانت وفيات الأمهات. في 1989 تم تسجيل 3.6 ٪ من النساء في الفئة العمرية 15 - 49 سنة من دخلن المستشفى، ومن ضمن المقيّمات بالمستشفى، هناك 41.5٪ من توفيت عند التوليد، حيث التعقيدات تمثلت في 15.6٪ من التوليدات، أي بمعدل أكثر من ولادة واحدة على 7.

إن مستوى وفيات الأمومة سواء الناتجة عن الحمل أم الولادة تشكل دوما كما هو الحال بالنسبة إلى وفيات الأطفال، مشكلا للصحة العمومية.

خلال سنوات التسعينيات، قدرت وفيات الأمومة من خلال معطيات التحقيق حول صحة الأم والطفل 100000/215 ولادة حية، ومن أجل تدعيم برنامج مكافحة وفيات الأمومة أجري مسح من 1 جانفي إلى 31 ديسمبر 1999 الذي تمثل في الإحصاء الشامل لوفيات النساء في سن الإنجاب قصد الكشف عن وفيات الأمومة قدرت خلاله نسبة وفيات الأمومة بـ 117 وفاة / 100000 ولادة حية⁽²⁾. هذه النسبة تتغير بين مستوى أدنى (100000/23.37) (ولاية عنابة بشمال البلاد) ومستوى أعلى: 100000/ 239 (ولاية أدرار بالجنوب)، ومن جهة فنية وفيات الأمومة تجاوزت 10٪ من مجموع الوفيات في سن 15 - 49 سنة.

⁽¹⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, ONS, op. cit, p115.

⁽²⁾ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، مرجع سابق، ص. 12 - 13.

هذا الانخفاض المحسوس في العشر السنوات الذي يقارب 50٪ يرتبط من جهة بانخفاض الخصوبة والتحسين العام في التكفل بالحمل والتوليد المتأتي من ارتفاع معدل الولادات في الوسط الشفائي (قدر ب 91.2٪ في 2002 مقابل 76٪ في 1992) من جهة أخرى ⁽¹⁾.

وبالنظر إلى إمكانيات الجزائر (المتثلة في شبكة الهياكل القاعدية والموارد البشرية ونسبة التوليد في الأوساط المسعفة طبيا التي تقدر ب 80 ٪) باستطاعتها تحقيق مكتسبات بصفة سريعة عن طريق إعادة تعديل برامج صحة الأمومة وما قبل الولادة.

فيما يخص العلاجات قبل الولادة، كانت النسبة تقدر ب 80.7 ٪ في 2002، أي نسبة النساء اللواتي قمن على الأقل باستشارة واحدة قبل الولادة، في حين كانت هذه النسبة تعادل 58.4٪ فقط في 1992.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك 56.8٪ من النساء من تلقين في 2006 التلقيح الضروري ضد التيتانوس لضمان حماية ولادتهن الأخيرة ضد تيتانوس الولادة الجديدة (Néonatal)، مقابل 42٪ في سنة 2000 و24٪ في 1992.

المسح الأخير الذي تم في 2006 أظهر أن هناك 95.3 ٪ من الولادات التي تمت بالأوساط المسعفة طبيا وهذا في الخمس سنوات السابقة للتحقيق، وخصوصا بالقطاع العمومي مقارنة مع 2002، هذه النسبة كانت 90.2٪، أي هناك تحسن ب 5 نقاط، في حين هذه النسبة لم تكن تمثل في سنة 1992 إلا ما يقدر ب 76٪ من النساء.

كما أظهرت نتائج مسح 2006 أن مجمل الولادات تمت بحضور شخص مؤهل من الصحة في غالب الأحيان: القابلات أو الممرضات (78.1٪) ونسبة 17.2 ٪ من الحالات أطباء.

فيما يخص المتابعة بعد الولادة، هناك أقل من امرأة من 3 أي 30.6٪ من تلقين علاجات بعد التوليد في الخمس سنوات التي سبقت التحقيق وفي 23.3٪ من الحالات تمت العلاجات بعد التوليد من طرف أطباء و7.3٪ من قبل ممرضات وقابلات ⁽²⁾.

هذه النتائج تظهر بعض التقدم البارز فيما يخص العلاجات أو ما يسمى تعزيز نوعية التكفل الصحي.

⁽¹⁾ Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, ONS, op.cit, p17.

⁽²⁾ Ibid, p179.

الخلاصة:

من خلال عرضنا لهذا المقال تبين لنا المسار الديموغرافي الذي عرفته الجزائر والمتمثل في المنحى المتصاعد مباشرة بعد الاستقلال والانخفاض التدريجي منذ الثمانينيات وخصوصا منذ 1986. هذه السنة التي مثلت قطيعة حقيقية في التطور السكاني، المقترن بمتغيرات عديدة كانت وراء الوجهة الحقيقية والأرقام الصريحة والأكيدة المقدمة وعلى وجه الخصوص التحسن في التكفل النوعي للصحة العامة بشكل عام وصحة الأم والطفل بشكل خاص هذا من جهة، ومن جهة أخرى التغير لدى الأفراد في سلوكياتهم الإنجابية ومدى تجاوبهم مع وسائل تنظيم النسل بالنسبة إلى مختلف الشرائح من حيث المستوى التعليمي أو وسط الإقامة من ريف ومدينة، فالفرق أخذ يتقلص شيئا فشيئا، كما لاحظناه وما هو مذكور من قبل، هذه العوامل وأخرى تم عرضها سمحت لأن يصل الوضع الديموغرافي في الجزائر لما هو عليه الآن.

قائمة المراجع:

I - مراجع باللغة العربية:

- 1- جويدة عميرة، "الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر"، رسالة الأسرة، الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، العدد 5، الجزائر، 2005.
- 2- جينس ميلر، كلير باهامون وآخرون، المصطلحات المستخدمة في إدارة برامج تنظيم الأسرة، برنامج التنظيم الإداري لتنظيم الأسرة، مؤسسة العلوم الإدارية للصحة، 1998.
- 3- حسين تومي، مشكلة النمو الديموغرافي وتنمية مجتمعات العالم الثالث، رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1995.
- 4- السعيد مربيبي، التغيرات السكانية في الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، 1984.
- 5- محمد السويدي، مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.
- 6- مليكة لعجالي، المباحدة بين الولادات في الجزائر، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، لندن، السنة غير مذكورة.
- 7- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التقرير الوطني للندوة الدولية حول السكان والتنمية، الجزائر، 1994.

8- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010**، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، ديسمبر 2001.

9- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **المعطيات الديموغرافية**، اللجنة الوطنية للسكان، 2007.

II- مراجع باللغة الأجنبية:

1- Chebab thamany, **Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970 a 1992**, CENEAP, Alger, 1999.

2- Khaldoun hamid et autres, **La démographie Algérienne face aux grandes questions de la société**, CENEAP, Alger, mai 1999.

3- Kouidri mohamed, Khaldoun hamid, **Famille et démographie en Algérie**, CENEAP, FNUAP, Alger, mai 1999.

4- Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, ONS, **Suivie de la situation des enfants et des femmes**, rapport principal, décembre 2008.

5- Ministère de la sante, de la population et de la reforme hospitalière, **Réagir a la crise économique....investir dans le développement durable**, 2009. 6- ONS, **Démographie Algérienne, in données statistiques**, N° 471, Alger, 2006.

7- ONS, **Données démographiques Algériennes, in données statistiques**, N°159, Alger, 1992.