



صندوق الأمم المتحدة للسكان



اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا



جامعة الدول العربية

Distr.
LIMITED

E/ESCWA/SDD/2004/WG.1/7
11 November 2004
ORIGINAL: ARABIC

المنتدى الإقليمي العربي للسكان
بيروت، ١٩-٢١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٤

التحول الديموغرافي في الدول العربية وآثاره

إعداد
حافظ شقير

ملاحظة: طبعت هذه الوثيقة بالشكل الذي قدمت به ودون تحرير رسمي. والآراء الواردة فيها هي آراء المؤلف وليست، بالضرورة، آراء الإسكوا.

04-0540

دخلت الدول العربية في عملية التحول الديموغرافي وهي في أوضاع تتميز بغياب النموذج التنموي المناسب، الذي يسمح بتطوير مردود إقتصادياتها والتغلب على الفقر وتحسين خصائص مواردها البشرية من أجل التوظيف الأمثل للرفع من إنتاجية اليد العاملة العربية ومن أجل إحداث توازن أكبر بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي والاستغلال الجيد للثروات بما يحسن رفاه السكان. ويتسم الوضع الديموغرافي بالتفاوتات حسب المراحل التي دخلت إليها هذه البلدان في عملية التحول الديموغرافي والتحول الوبائي، كما أكدت ذلك نتائج المسوحات الأخيرة والتي أشارت الى ان بعض الدول بدأت تتقدم بخطى سريعة في الدخول إلى المراحل الأخيرة للتحول الديموغرافي بينما لا تزال الدول العربية الأقل نموا في المراحل الأولية منه.

والسؤال المطروح هنا: هل ستمكن الدول التي لم تبلغ بعد المراحل المتقدمة من التحول الديموغرافي من اختصار الطريق والانتفاع من تجارب الدول الأخرى بما فيها الدول العربية؟ وهل سوف تتمكن الدول المتقدمة في عملية التحول الديموغرافي من الدخول في مراحل العملية الثانية من التحول الديموغرافي والتي شهدتها عدة دول في العالم وبالاخص الدول الأوروبية بما فيها دول جنوب أوروبا بعد فترة مطولة من انخفاض الخصوبة؟ وهل ستمكن بالتالي من تحقيق متطلبات هذا التحول من تغير في القيم والعادات وفي عدة نواحي من حياة المجتمع واتجاهاته؟ وهل ان الدول العربية المعنية سوف تتمكن من اختصار الطريق هنا ايضا حتى وان لم تتوفر الشروط لديها؟ ومحاولة منا للمساهمة في الاجابة على هذه الاسئلة، فأن هذه الورقة ستعرض إلى مظاهر التحول الديموغرافي في الدول العربية وإلى تغيير أنماط الزواج والتحولات في منظومة القيم السائدة والتي يمكن أن تؤثر على السلوك الإنجابي، ثم نتعرف الى خصائص الهرم السكاني و اجتياحات بعض الفئات مثل الشباب والمسنين.

I- مظاهر التحول الديموغرافي في الدول العربية

إن التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها الدول العربية كان لها الأثر الكبير على عملية التحول الديموغرافي في الوطن العربي، حيث انخفضت الخصوبة والوفيات بوتائر مختلفة حسب البلد، وتبقى الفوارق في الخصوبة من اهم الظواهر التي تستدعي تحليلا معمقا حيث نلاحظ فوارق في سيرورة هذه التحولات حتى في البلدان التي تتشابه من الناحية الاقتصادية والاجتماعية (مثل حالي تونس وسوريا) . يبرز الجدول (٠١) أن معدلات الخصوبة تتراوح بين ٢ طفل لكل امرأة في تونس و أكثر من سبعة أطفال لكل امرأة في موريتانيا و اليمن، كما يكشف الجدول الفوارق في سرعة إنخفاض معدلات الخصوبة حسب فترات معينة و خاصة خلال العشرية الأخيرة من القرن الماضي حيث انخفضت هذه الأخيرة بما يعادل ٣٥% في تونس و ٣٢% في الجزائر و لم يزد هذا الانخفاض عن ١٥% في كل من موريتانيا و جيبوتي و اليمن . و يمكن تصنيف الدول العربية عموما إلى أربع مجموعات:

أ- المجموعة الأولى

وتشمل كل من تونس ولبنان والمتميزتان بتقدمهما في عملية التحول الديموغرافي حيث انخفضت فيهما معدلات الخصوبة إلى مستوى يقارب معدلات الإحلال (٢,١ طفل لكل امرأة) . بدأ يظهر هذا الإنخفاض بشكل واضح في أواسط الستينيات، و مرّ كلا البلدين بفترة ركود نسبي خلال أواسط السبعينات تلتها فترة إنخفاض سريع الوتائر في الفترة الموالية، وقد بدأ إنخفاض الوفيات في تونس منذ نهاية الخمسينات مع البرامج الصحية المكثفة، مما أدى إلى ارتفاع توقع الحياة بصفة متواصلة من ٤٤,٦ سنة في بداية الخمسينات إلى ٧٢,٨ سنة في بداية القرن الجديد. ونلاحظ نفس الإتجاه في لبنان حيث ارتفع توقع الحياة خلال نفس الفترة من ٥٥,٩ سنة إلى ٧٣,٥ سنة. و نظرا للانخفاض السريع للخصوبة و الإنتشار الواضح لوسائل منع الحمل فإن محددات الخصوبة في هذه المجموعة من الدول تبدو مرتبطة أساسا بالقيمة التي يوليها الأولياء للأطفال، و إنتشار العمل المؤجر، و نظم التأمينات الاجتماعية، حيث أن الطفل يفقد في هذه الدول قيمته الاقتصادية ووظيفته المتعلقة بالتأمين على الشيخوخة للوالدين و يعزز هذا الموقف التقلص الحاصل في قوة العمل الفلاحية و في الإرتكاز على الفلاحة كعنصر أساسي في الاقتصاد.

ب- المجموعة الثانية

وهي مجموعة الدول التي بدأت تنخفض فيها الخصوبة بشكل ملحوظ في أواسط الثمانينات، وهي في غالبيتها من البلدان العربية النفطية حيث تشمل الكويت والبحرين والجزائر والإمارات و ليبيا بالإضافة الى المغرب (غير نفطية). وتتميز هذه الدول بالإنخفاض السريع للخصوبة لديها خلال الفترة ٨٢-٩٢ حيث إنخفض معدل الخصوبة الكلية بـ ٢,٦ طفل لكل امرأة في الجزائر و ١,٩ طفل لكل امرأة في المغرب و ٣,٣ طفل لكل امرأة في ليبيا (من ٧,٢ طفل لكل امرأة خلال الفترة ٨٠-٨٥ إلى ما يقارب ٤,١ طفل لكل امرأة خلال الفترة ٩٠-٩٥). واستمر هذا الانخفاض بأوتار اقل سرعة خلال الفترة ٩٢-٢٠٠٢. ويمكن تفسير التراجع السريع في مستويات الخصوبة في بلدان هذه المجموعة بالوضع الاقتصادي والاجتماعي لتلك المجتمعات التي استفادت من الخيرات التراكمية للعائد النفطي، والذي كان نتيجته تحسين الظروف المعيشية و التعليمية والصحية للسكان.

وصاحب إنخفاض الخصوبة في هذه المجتمعات تغيرات كبيرة في السلوكيات الانجابية و في القيم المتعلقة بالإنجاب، و لعل توفر الخدمات الصحية الجيدة كان له الأثر الكبير على إرتفاع إستعمال موانع الحمل و على تحسن مكونات الصحة الانجابية و خاصة برامج الصحة الإنجابية وخفض الوفيات و منها وفيات الأطفال و وفيات الأمهات.

و لم يتبع إنخفاض الوفيات نفس النسق في هذه المجموعة حيث بدأت مبكراً في كل من البحرين و الإمارات ثم تلتها الكويت و باقي البلدان الأخرى. و يتراوح توقع الحياة عند الميلاد في هذه البلدان بين ٦٩ سنة في كل من الجزائر و المغرب و يفوق الـ ٧٤ سنة في باقي الدول النفطية من نفس المجموعة. ويعود هذا التباين اساسا الى التباين في معدلات وفيات الأطفال والأمهات والتي أصبحت نسبيا متدنية في الدول النفطية من هذه المجموعة بينما تصل الـ ١١٧ لكل ١٠٠ ألف ولادة في الجزائر، و تفوق الـ ٢٠٠ لكل مائة ألف ولادة في المغرب ، و يرجع هذا التباين بدوره إلى عدة إعتبارات منها عدم توفر الخدمات الصحية بشكل ملائم ووجود نسبة كبيرة من السكان يعيشون في مناطق معزولة أو شبه معزولة في كل من الجزائر والمغرب.

ج- المجموعة الثالثة

و هي مجموعة الدول التي بدأت تشهد انخفاضا في الخصوبة و لكن بوتائر اقل سرعة وفي بعض الأحيان مرّ هذا الإنخفاض بركود نسبي. و تضم هذه المجموعة بلدان مختلفة منها دول نفطية مثل عمان و السعودية و قطر والتي بدأت فيها عملية تحول الخصوبة في مرحلة متأخرة (أواخر الثمانينات) و بلدان أخرى مثل مصر و سوريا التي بدأت فيها عملية التحول الديموغرافي منذ فترة طويلة نسبيا و لم يكن فيها إنخفاض الخصوبة متواصلا بنفس النسق، حيث عانت هذه البلاد فترات

ركود يرجع سببها إلى عدّة عوامل منها نوعية خدمات الصحة الانجابية وتكريس بعض القيم التقليدية التي تحد من سرعة هذا التحول والمترتبة في الغالب على الاعتماد المكثف للاقتصاد على الفلاحة و تكريس بعض القيم التقليدية المتعلقة بالسلوك الإنجابي.

و تتميز هذه المجموعة بإختلافات كبيرة في مستوى الوفيات حيث يكون توقع الحياة عند الولادة في حدود ٧٢ سنة في البلدان النفطية و سوريا ، بينما لا يتعدى الـ ٦٩ سنة في حالة مصر رغم أن انخفاض الوفيات قد بدأ منذ فترة طويلة حيث كان معدل الوفيات يفوق الـ ٢٠ بالآلاف في بداية الستينيات و تراجع إلى حدود ٦,٥ بالآلاف خلال آخر التسعينات.

وتمثل السودان حالة خاصة إذ لا زالت نسبة الوفيات مرتفعة رغم أن الإنخفاض في معدلات الوفيات الخام قد بدأ منذ نهاية السبعينيات. ويعود الـ بطئ في انخفاض الوفيات لتردي الأوضاع الصحية الناجمة عن النزاعات الداخلية التي يعيشها السودان، حيث لم يرتفع توقع الحياة عند الولادة إلا بـ ٦,٤ سنة خلال العشرين سنة الماضية، أما في السعودية فقد بدأ إنخفاض الوفيات بصفة سريعة إبتداء من اواسط السبعينيات حيث إنخفض المعدل الخام إلى دون الأربعة خلال الفترة الأخيرة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠ .

د- المجموعة الرابعة

وهي مجموعة الدول التي تفوق فيها الخصوبة ٥,٥ طفل لكل امرأة وتضم كل من جيبوتي، وموريتانيا، واليمن والصومال وهي الدول التي تتسم بارتفاع معدلات الفقر ولم تشهد هذه الدول انخفاضا ملحوظا في معدلات الخصوبة.

كما تتميز هذه المجموعة بمستوى مرتفع للوفيات حيث يقل توقع الحياة عند الميلاد على الخمسين عاما في كل من الصومال و جيبوتي و يساوي ٥٢,٥ سنة في موريتانيا و ٦٠ سنة في اليمن في بداية سنوات الالفية. و تتميز هذه الدول بظروف صحية صعبة، فمعدلات وفيات الأمهات لا تزال مرتفعة جدا و تقارب الـ ٣٥٠ لكل مائة ألف ولادة في اليمن ، كما أن استعمال وسائل منع الحمل لا يزال ضئيلا حيث لا يتعدى الـ ١٠% في كل من هذه البلدان ما عدا اليمن.

II - محددات التحول الديموغرافي في الدول العربية

إن عملية التحول الديمغرافي هي نتيجة للتحولات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يمر بها المجتمع وهي كذلك محركا لها لحدّة الترابط بين تلك المتغيرات والإتجاهات السكانية.

ولقد ساهمت البرامج الصحية والتي استهدفت بشكل خاص تخفيض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأمهات والأطفال، وبرامج تنظيم الأسرة في الإنتقال من المراحل الأولى من التحول

الديمغرافي الى مراحل متقدمة منه. ولقد ساعدت البرامج الإقتصادية والإجتماعية والبرامج التعليمية بقسط كبير في هذا التحول، اضافة الى التغير الذي نتج عن هذه البرامج على الخصائص السكانية وخاصة تعليم المرأة.

كما كان للتغيير في بعض القيم وخاصة تلك المتعلقة بقيمة الطفل وسلوكيات الزواج والقيم المرتبطة بالنوع الإجتماعي والمساواة بين الجنسين وتغيير الأدوار الأسرية والذي كان من نتائجه ظهور أنماط عائلية مختلفة والفردية الأثر الكبير على اتجاهات الخصوبة نحو التقلص.

ولعل دخول بعض الدول العربية في مراحل متقدمة من التحول الديمغرافي، أسرع في تحول العديد من القيم وخاصة تلك المتعلقة بالسلوك الإنجابي. إذ أن ظهور العائلة النووية ذات الحجم الصغير ساعد في ترسيخ بعض من قيم المساواة بين الجنسين.

كما لعبت القوانين دورا أساسيا في تحول هذه القيم وخاصة في الدول التي قامت بتحويلات جوهرية في قانون الأسرة وقوانين الاحوال الشخصية وقوانين الزامية التعليم والضمان الإجتماعي.

ولم تثبت التجارب الدولية التأثير الخاص لكل واحدة من هذه العوامل المذكورة أعلاه على التحول الديمغرافي، ويصعب عزلها عن بعضها لتداخلها من حيث المحتوى إلا أنه من الأكيد أن تضافر هذه العوامل يعجل عملية التحول الديمغرافي، اذ اثبتت التجارب أن وجود كل هذه المنظومة في نفس الوقت من شأنه أن يحسن بشكل أساسي في الخصائص السكانية.

كما تجدر الإشارة الى أن الأوضاع السياسية التي تتم فيها هذه التحولات تتسم بقلة تمتع السكان بالحقوق السياسية وممارسة حقوق الإنسان بكل ابعادها وكذلك بوجود تيارات أصولية تحاول أن تعطل كل ما من شأنه أن يخلق الظروف الملائمة للتحول الديموغرافي وخاصة في ما يتعلق بتحسين وضع المرأة ومساواتها بالرجل.

إن الأوضاع التي ترتب عنها عنف اجتماعي وسياسي كان لها تأثير على ما تتحمله المرأة من عنف أسري ومن عنف ناتج عن وضعها كإمرأة.

فغياب الحريات والمشاركة الفعلية للفئات الأكثر احتياجاً للخدمات الصحية ولخدمات الصحة الإنجابية لم تساهم في تكريس مبدىء الحقوق والحريات في اقتراب البرامج ومفاهيم الصحة الإنجابية.

• البرامج الصحية

لعبت البرامج الصحية وبخاصة تلك البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية دوراً هاماً في تقليص الوفيات، وخاصة وفيات الأطفال والرضع مما أدى إلى انخفاض سريع لمعدلات وفيات الأطفال والرضع في المراحل الأولى من التحول الديمغرافي ثم أكثر تواضعاً بعد ذلك، وقد نتج عن ذلك ارتفاع توقع الحياة عند الولادة كحصيلة لبرامج تطعيم الأطفال ورعاية النساء الحوامل، إلا أن هذه البرامج لم تكن بالجودة الكافية حتى يتواصل هذا الانخفاض بأنساق مقبولة، ولم يستجب في العديد من الدول (ما عدا الدول النفطية) عرض الخدمات الصحية للطلب المتزايد والمتنوع على الخدمات الصحية إذ لا تزال العديد من الدول العربية تعاني من مستويات مرتفعة من وفيات الأمهات، نتيجة بساطة الخدمات الصحية المتعلقة برعاية الحمل والولادة الآمنة والرعاية ما بعد الولادة وتقديم الخدمات في الحالات الطارئة. كما أن الإمكانيات البشرية والمادية غالباً ما تكون شحيحة لقلّة الموارد البشرية ولغياب الموارد اللازمة حتى أن ميزانية البرامج الصحية لا تتعدى ٤% أو ٥% من الميزانية العامة للدولة.

وبالإضافة إلى ذلك نلاحظ من خلال البيانات المتوفرة اختلالات كبيرة في الأنظمة الصحية، أكان ذلك في مكونات هذه الأنظمة أو في عدم عدالة توزيع الخدمات جغرافياً وبين فئات المجتمع إذ أن مؤشرات الصحة في كل البلدان العربية تعكس هذه التفاوتات بصفة واضحة.

ولقد لعبت برامج الصحة الإنجابية وخاصة منها المتعلقة بالمباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة دوراً هاماً من ناحية توفر الخدمات الصحية وبلوغ المستعملات إلى المراكز الصحية. إلا أن هذه البرامج لم تكن في أغلب الأحيان كاملة ولا بنوعية جيدة من شأنها أن تصاحب حاجيات السكان وبخاصة في المراحل المتقدمة من التحول الديموغرافي.

ويختلف الوضع في البلدان النفطية وخاصة الخليجية منها حيث أن التطور السريع للخدمات الصحية واستجابتها لحاجيات السكان كان العامل المهم في تقليص الفجوة بين بداية

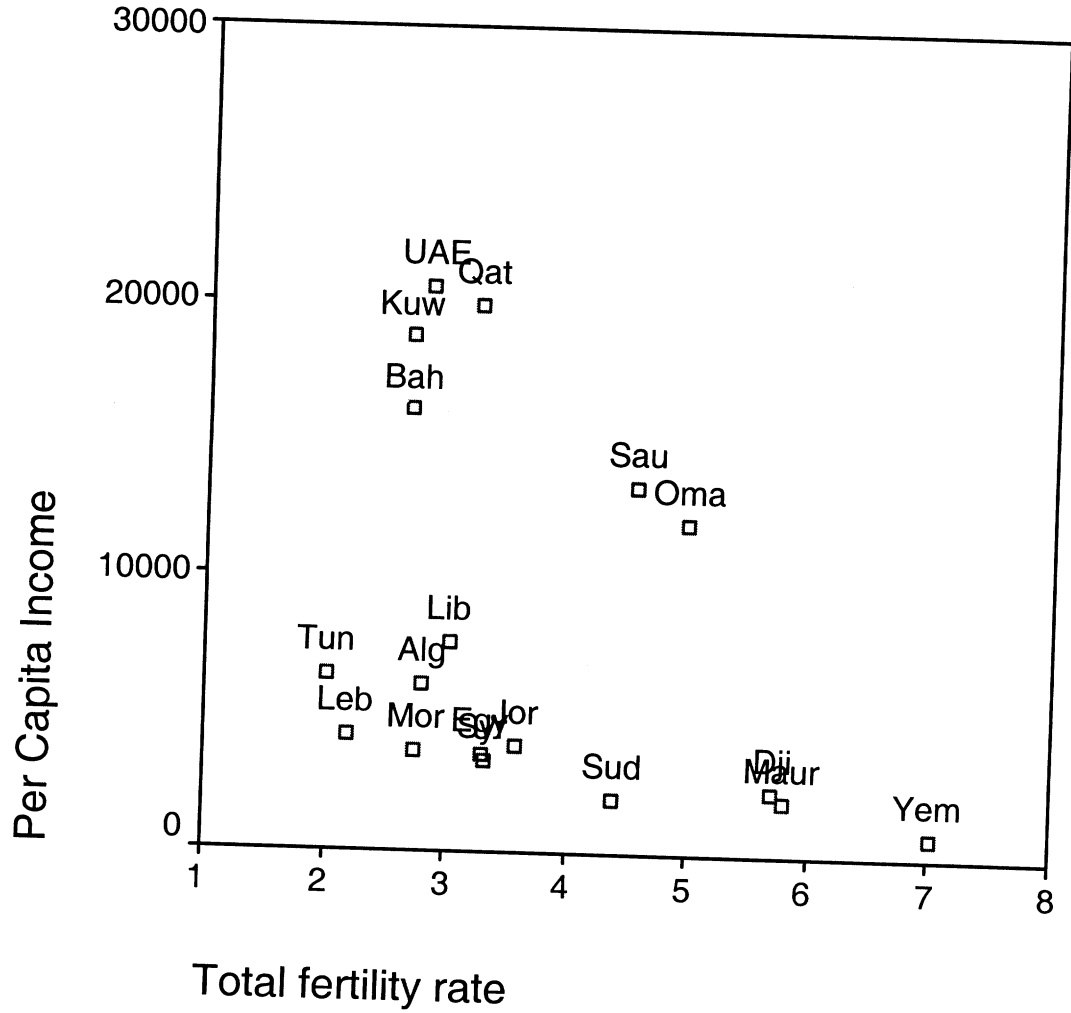
البرامج التنموية وبداية الدخول في المراحل الأولى من التحول الديموغرافي، مثلما تبرز ذلك حالات عمان والكويت والبحرين اذ أن عرض الخدمات الصحية بصفة شاملة نشط الطلب عليها وخاصة في ما يتعلق بالصحة الإنجابية واستعمال موانع الحمل.

وتبقى مدى استجابة الخدمات الصحية الى الطلب المتزايد في الدول العربية وخاصة في مكوناته الجديدة (صحة الشباب ، الأمراض غير المنقولة، أمراض المسنين) من التحديات الكبرى التي يمكن، اذا لم تؤخذ بعين الاعتبار في الوقت اللازم، أن تعطل مسار التحول الديموغرافي من جهة وتعظم من الفوارق الإجتماعية من جهة أخرى.

• الدخل

إن البيانات المتوفرة حول الدخل والخصوبة لا تعكس مدى إرتباط الخصوبة بالدخل الفردي مثلما يبرز ذلك الرسم البياني رقم ١ ويرجع هذا إلى عدّة إعتبارات منها التفاوت الحاصل بين الدول في مراحل التحول الديموغرافي، ووجود برامج خاصة للحدّ من الزيادة السكانية و هي غير متوفرة بنفس الشكل. فبعض البلدان اعتمدت برامج و سياسات سكانية واضحة مثل حالة تونس ومصر وأخرى لم تعد برامج لهذا الغرض و لكنها طورت برامج صحية فاعلة. كما أن تركيبة الدخل القومي مختلفة من بلد إلى آخر حيث أن وجود النفط بقسط كبير في بعض البلدان العربية يجعل من الصعب مقارنة متوسط الدخل و ربطه بالخصوبة أو بباقي المتغيرات الديموغرافية والصحية. هذا لا يعني غياب علاقة مباشرة بين دخل الفرد (أو المستوى المعيشي) و الخصوبة، كما أنه لا يوجد دليل على علاقة بين المستوى المطلوب للتنمية و بداية إنخفاض الخصوبة ، إلا أن تجربة بلدان الخليج و بعض البلدان أظهرت بأن تراكم كم معيّن من التنمية يمكن أن يُعجّل في انخفاض الخصوبة. كما نلاحظ من خلال بلدان المجموعة الثانية أو الثالثة أن المدّة الفاصلة بين بداية البرامج التنموية وبداية انخفاض الخصوبة تتقلص مع حدّة هذه البرامج ، و تعدّ حالتا البحرين و الكويت أمثلة جيدة للفترة الوجيزة بين بداية البرامج التنموية و انخفاض الخصوبة ، بينما تعد حالة الجزائر مثالا معاكس لذلك.

Fertility and income in arab counti



و تجدر الإشارة هنا الا أن عدّة دراسات حاولت بدون جدوى إيجاد علاقة احصائية بين متوسط الدخل الفردي و الخصوبة في البلاد العربية

نذكر منها دراسات¹ Bongaarts John ٢٠٠٢ والتي تناولت مثل هذه العلاقة في جهات عدة من العالم و لم تتوصل إلى نتيجة إيجابية لمنطقة الشرق الأوسط رغم وجود مثل هذه العلاقة في مناطق أخرى من العالم. تشير العديد من الدراسات إلى العلاقة بين البيانات الفردية الاقتصادية والاجتماعية والخصوبة. وتم تفسير هذه العلاقة باستعمال نماذج اقتصادية عديدة منها النظريات المتعلقة بقيمة الطفل، فنجد أن إرتفاع الدخل عند الأسرة يجعل من الطفل أداة استهلاك أكثر منه عنصر إنتاج و عنصر لتأمين الشيخوخة.

¹ – Paper prepared for the UN Expert Group Meeting on “Completing the Fertility Transition “ New York 11-14 March 2002

كما تختلف هذه العلاقة من بلد إلى آخر حسب نسق البلد في عملية التحول الديموغرافي ففي دراسة مقارنة بين مصر و تونس باستعمال بيانات المسح العربي لصحة الطفل توصلنا الباحثان شقير و فرح¹ ١٩٩٩ إلى أن معدلات الخصوبة تتأثر بمستوى الدخل² مقاسا بمؤشر تقريبي أحتسب من واقع البيانات الاقتصادية و الاجتماعية المتوفرة في المسح و ان حدة هذه العلاقة تختلف في كلا البلدين .

التعليم

أكدت غالبية الدراسات على أهمية التعليم و خاصة تعليم الفتاة كأحد المحددات الرئيسية التي تؤثر على تغيير السلوك الانجابي مثل انخفاض الخصوبة و التقليل في معدلات الوفيات وإعتماد تصرفات انجابية مختلفة. و تشير الدراسات و هي غزيرة في هذا الموضوع، إلى أن المتغيرات التعليمية تؤثر بصفة هامة على المتغيرات المقربة للخصوبة و الوفيات و من ثم على السلوك الإنجابي ، و نقصد بالمتغيرات المقربة الزواج، الاجهاض و فترة الأمان ما بعد الولادة و إستعمال موانع الحمل، فالمرأة المتعلمة تشارك بصفة أكثر فاعلية في عملية صنع القرار داخل الأسرة و خاصة منها القرارات المتعلقة بصحتها الانجابية و ذلك لأن التعليم يمكنها بقدرات تفاوضية لا تكسبها المرأة غير المتعلمة، مما يسمح لها مناقشة المواقف المتعلقة بها و بصحتها الانجابية مع الإشارة إلى أن التعليم وحده لا يكفي إذا لم تجد المرأة السبل الكافية لتوسيع رقعة حريتها ومساهمتها في إتخاذ القرار مثلما ابرزت ذلك دراسة² Kishor, Ayad, Way من خلال واقع بيانات مصر . و من أهم العوامل التي تجعل التعليم يؤثر على الخصوبة يمكن أن نذكر ما يلي :

١- النساء المتعلّمات يتزوجن في أعمار متقدمة نسبيا مقارنة بمثيلتهن غير المتعلّمات ، فعلى سبيل المثال بين المسح العربي لصحة الأسرة أن العمر عند الزواج الأول في الجزائر سنة ٢٠٠١ للنساء

¹ – Hafeedh Chekir and Abdul-Aziz Farah “Household Structure Gender Perspectives of Reproductive Behavior of Arab Women – Evidence From Egypt And Tunisia . Paper presented to the Arab Conference on Maternal and Child Health , Cairo 7-10 June, 1999.

وقع احتساب مؤشر تقريبي للدخل باستعمال طرف multifactorial analysis والتي تختصر المتغيرات وتسمح باحتساب مؤشرا مركبا استنادا الى عدة عوامل اقتصادية واجتماعية تعكس الدخل. ولقد شملت استمارة صحة الطفل PAPChild العديد من هذه المتغيرات.

وان لم تأخذ هذه الطريقة الدخل بصفة مباشرة ، لغيايه كمتغير في المسح إلا أنها أدخلت كل المتغيرات التي تعكسه مثل تلك المتعلقة بملكية السلع المعمرة، خصائص المسكن، درجة الرفاهية داخل السكن وهي كلها متغيرات مرتبطة بالدخل ولهذه الطريقة عدة ميزات إذ أنها تتفادى المشاكل المتعلقة بدقة بيانات الدخل والغموض الحاصل بين الدخل والإنفاق إذ أن غالبية المسوح تركز على الإنفاق.

² – Sunita Kishor, Mohamed Ayad, Ann Way « Women’s Empowerment and Demographic Outcomes : Examining Links Using Demographic and Health Surveys Data » Paper presented to the Arab Conference on Maternal and Child Health , Cairo 7-10 June, 1999.

المتعلّقات يساوي ٢٨,٣ سنة بالنسبة للنساء الأميات و يبلغ ٣٠,٧ سنة بالنسبة لللاتي حصلن على شهادة متوسطة و ٣٣,٢ سنة لمن لهن المستوى الثانوي و اكثر. و نلاحظ نفس الاتجاه بالنسبة للرجال. و توجد هذه الفوارق في كل البلدان العربية التي تتوفر فيها بيانات ، و تأخير سن الزواج له تأثير مباشر على صحة الأم عند الولادة و التقليل في نسبة الأطفال الذين يولدون في ظروف خطرة (عمر الأم أقل من ١٧ سنة مثلاً).

٢- إن النساء المتعلّقات لهن قدرة أكثر على التفاوض في إختيار الزوج أو رفضه في حالة إعتباره غير ملائم و غير مقبول من المرأة، و قد أظهر المسح التونسي لصحة الطفل أن الفارق في العمر بين الزوجين يرتفع عندما يكون عمر البنت عند الزواج مبكر مما يدل على أن البنت المتعلّمة تختار زوجا يناسب عمرها و له مستوى تعليمي يقارب مستواها، بينما تقبل البنت غير المتعلّمة بسهولة أكثر إقتراحات العائلة و الزواج المدبر.

٣- إن التعليم يؤثر بصفة مباشرة على تحسين الأوضاع الصحية للمرأة و ذلك نتيجة معرفتها ووعيتها بظروف و طرق الوقاية و لحرصها على تحسين و المحافظة على صحتها و على صحة أطفالها. فنلاحظ على سبيل المثال فوارق هامة في معدلات وفيات الأطفال و الرضع حسب المستوى التعليمي للأم. و تبرز نفس الفوارق إذا أخذنا نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من نقص الوزن حيث نرى في حالة السودان مثلاً أن هذه النسبة تتراوح بين ١,٥ ٪ عند النساء الأميات و تنخفض بسرعة إلى ٣٣,١ ٪ إذا كانت المرأة تقرأ و تكتب ثم تنخفض إلى مستوى أقل من ذلك بكثير ١٧,٦ ٪ إذا كانت المرأة لها مستوى تعليمي يساوي الثانوي أو اكثر. نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن حسب المستوى التعليمي للأم في بعض البلدان العربية

المختارة

أمية	تقرأ و تكتب	ابتدائي	متوسط	ثانوي
12.5	6.8	3.0	4.0	5.6
11.0	7.9	6.3	6.3	4.6
41.5	33.1	24.4	25.2	17.6
17	8.8	10.3	6.5	7.4
تونس	الجزائر	السودان	سوريا	

المصدر: النتائج المجمعة للمسح العربي لصحة الأم و الطفل في الوطن العربي

كما أننا نلاحظ أن نسبة النساء اللاتي تتمتعن بتصرف صحي معقول ترتفع في حالة تونس من ٧٩ ٪ بالنسبة للنساء غير المتعلّقات إلى ٩٤ ٪ بالنسبة للنساء الحاصلات على المستوى

الاعدادي، و تكون هذه النسبة على التوالي ٣٦% و ٥٧% في حالة مصر ، وقد تم إحتساب هذا المؤشر حول السلوك الصحي المقبول من واقع بيانات المسح التونسي لصحة الطفل و المسح المصري لصحة الطفل (شقيير و فرح، ١٩٩٩)^١.

٤- كما تلعب المؤسسة التعليمية دورا هاما في الترويج إلى سلوك مختلف يتسم أكثر بالحدثة و ذلك عن طريق المعلمات و اللاتي يلعبن دور النموذج الايجابي للمرأة ، إذ غالبا ما يكون للمعلمة (وخاصة في بداية الستينات و السبعينات) تصرف صحي و سلوك يتسم أكثر بالحدثة والعقلانية. كما تلعب المؤسسة التعليمية دورا هاما في انتشار النساء من ضغوط المؤسسة الأسرية وخلق قنوات تعامل حديثة بين النساء و خاصة الريفيات منهن و المؤسسات الحديثة للدولة.

٥- تتعرض المرأة المتعلمة أكثر من غير المتعلمة أو الأقل تعلما إلى نماذج الحدثة ، أكان ذلك عن طريق السفر و السياحة أو قراءة المجلات و متابعة برامج التلفزيونية حيث أصبحت القنوات الفضائية منتشرة في غالبية المناطق .

• القيم ذات العلاقة بالسلوك الإنجابي

إن التحول إلى مراحل متقدمة من عملية التحول الديموغرافي تتطلب إعتقاد تصرفات جديدة على مستوى الفرد و المجتمع و السؤال الذي يطرح نفسه هنا ، هل يمكن في إطار الواقع الحالي في الدول العربية وبصفة خاصة في الدول التي وصلت إلى المراحل الأخيرة من عملية التحول الديموغرافي، إعتقاد بعض من هذه التصرفات الجديدة وذلك في إطار منظومة القيم السائدة ؟ وهل يمكن التفكير في تحول القيم المتعلقة بالمساواة بين الجنسين ؟

ركز المختصون الذين درسوا العملية الثانية للتحول الديموغرافي في أوروبا على عدة جوانب مرتبطة بالقيم نذكر منها ما يلي :

- الجوانب الدينية و العادات و التقاليد
- المشاركة السياسية و خاصة ضمن التيارات الايكولوجية /الخضر
- تطور قيم المساواة بين المرأة و الرجل
- الاعتزاز بالتعبير عن الرأي و الجرأة في إعتقاد تصرفات مختلفة
- تصرفات غير تقليدية في ما يخص الاخلاقيات
- إعتقاد سلوكيات تتميز بالشخصية

^١ نفس المصدر المذكور

■ الانفتاح على العولمة و تكنولوجيايات الاتصال الحديثة.

و سنتطرق في ما يلي إلى بعض المظاهر المتعلقة بالقيم و التي يمكن أن تؤثر مباشرة على السلوك الانجابي ، و سنعتمد على مسح الصحة في العديد من البلدان العربية و على مسح أجري في الجزائر سنة ٢٠٠١ حول قيم المساواة من طرف مجموعة ٩٥ (المغرب العربي /المساواة)¹

١- مشاركة المرأة في اتخاذ القرار

تعتبر مشاركة المرأة في اتخاذ القرار من أهم المتغيرات التي يمكن أن تؤثر مباشرة على السلوك الانجابي و بروز أنماط جديدة من الأسر ، إذ أنها من العناصر التي تؤدي إلى التمكين الفعلي للمرأة و ذلك عن طريق العوامل التالية :

- تصرفات إنجابية أكثر عقلانية و المطالبة بالحقوق الانجابية و يبدو ذلك في الرعاية الصحية التي يمكن أن تحظى بها المرأة بما في ذلك استعمال موانع الحمل و إختيار الطريقة المناسبة لها و التوقيت الذي تختاره لإنجاب أطفالها و المباشرة بينهم ، فلقد أظهرت نتائج بعض المسوحات التي أجريت في الدول العربية، ومثلا في المغرب أن النساء لا تتمكن من الذهاب لحالهن إلى مراكز الصحة و ينتظرن الوقت المناسب للزوج لمراجعة الطبيب أو القابلة مما يؤثر على صحتهن وعلى صحة اطفالهن، ويبقى ضعف الحرية في أخذ القرار عند المرأة فيما يتعلق بصحتها من العناصر التي تجعل معدل وفيات الأمهات مرتفعا في بعض البلدان إذ أن قرار نقل المرأة إلى المستشفى في الحالات الإستعجالية يرجع للزوج أو لأحد أفراد الأسرة الممتدة في إطار النظم التقليدية لأخذ القرار.

وتؤكد المسوحات الصحية أن التعليم يعطي للمرأة قدرة تفاوضية و قدرة إقناع أكثر من أجل أخذ القرار المناسب لصحتها.

وتجدر الإشارة كذلك الا أن بعض الدراسات أشارت إلى الصبغة التفاعلية بين التصرف الانجابي المسؤول و تمكين المرأة . إذ أن المرأة التي تستعمل موانع الحمل الحديثة تساهم أكثر في أخذ القرار على مستوى الأسرة و تعيش حالات إستقرار نفسي افضل من النساء غير المستعملات.

■ كما أن إنخفاض الخصوبة و ظهور عائلة نووية غير ممتدة و عدد قليل من الأطفال (٢-٣) من شأنه أن يقلص في الفوارق بين الولد و البنت في التربية و التعليم و كل مظاهر الحياة الأخرى إذ أن كلفة الطفل لا تختلف حسب نوعه ، و أن الوالدين الذين إختاروا أحجام صغيرة لأسرهم لهم نفس الطموحات للإبن و البنت .

■ إن مشاركة المرأة في أخذ القرار داخل الأسرة يجعلها تكتسب أكثر نفوذا في تسيير أمور عائلتها إذ يصبح لها شأن أكبر بالقضايا المتعلقة بتربية أولادها و حتى في ما يتعلق بميزانية

¹ COLLECTIF 95 MAGHREB – EGALITE : Degré d'adhésion aux valeurs égalitaires

الأسرة إذ بين المسح التونسي لصحة الأسرة (٢٠٠٢) أن مشاركة المرأة في أخذ القرار ترتفع عند الأجيال الجديدة إذا ما أخذنا بعين الاعتبار تاريخ تكوين الأسرة ، و أبرز المسح أن نسبة النساء اللاتي لا تشاركن في أخذ القرارات المتعلقة بالزوج أو التصرف في ميزانية الأسرة تقلصت مع الزمن ، مثلما يبرزه الجدول الموالي فعلى سبيل المثال كانت نسبة النساء اللاتي لا تشاركن في القرارات المتعلقة بالزوج ٢٤% بالنسبة للأسر التي تكونت خلال الفترة ٧٠-٨٠ و إنخفضت إلى ١٦% خلال الفترة ٩١-٢٠٠٠ ، و تبلغ هذه النسب على التوالي ٢٠% و ١٢% في ما يتعلق بالنساء اللاتي لا تشاركن في القرارات المتعلقة بميزانية الأسرة.

++نسبة النساء اللاتي لا تشاركن في أخذ القرار حسب مجالات محددة و تاريخ تكوين الأسرة

	٨٠-٧١	٢٠٠٠-٩١
ما يهم عمل الزوج	٢٤	16
ما يهم حاجات الأسرة	8	5
ما يهم ميزانية الأسرة	20	12

المصدر: المسح التونسي لصحة الأسرة ٢٠٠٢

و تختلف حالة عمان عن حالة تونس حيث أن نسبة ضعيفة من النساء تشاركن في أخذ القرارات المتعلقة بميزانية الأسرة فتكون هذه القرارات من نصيب الزوج في ٧٠% من الحالات و ٢١% من نصيب شخص آخر يرجح أن يكون من أقارب الزوج و لا تشارك المرأة إلا في ٩% فقط من الحالات و ذلك من واقع بيانات المسح الصحي العماني لسنة ٢٠٠٠.

مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي

رغم أن مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي في الدول العربية لا تزال ضعيفة (جدول ٥) تتراوح بين ٢٠% في عمان و ٣١% في الجزائر و ٤٢% في الكويت ، إلا أن هذه المشاركة لها أكثر من دلالة و مؤشر كبير على سلوكها الانجابي لا من حيث الدخل فقط بل من حيث المكانة التي تأخذها داخل الأسرة، حيث تشير كافة البيانات أن المرأة العاملة لها أقل أطفال من المرأة التي لا تعمل و هي تستعمل موانع الحمل بمعدلات أكثر إرتفاعا من باقي النساء، و تسهر أكثر على صحتها ، و تتمتع المرأة العاملة بأكثر قدرة على أخذ القرارات، ففي حالة عمان مثلا فإن نسبة النساء اللاتي تشاركن في أخذ القرارات المتعلقة بانفاق الأسرة تساوي ١٧% بالنسبة للمرأة التي تعمل بينما تساوي ٧,٣% للمرأة غير العاملة و هذا ما أكدته المسح التونسي لصحة الأسرة حيث أن حوالي

نصف نساء العينة أكد أن المرأة التي تعمل لها وزن و قيمة أكبر داخل الأسرة و تعتبرن عكس ذلك نسبة صغيرة لا تفوق الـ ٦% ، فالمرأة العاملة لها اكثر إستقلالية مادية و تساهم بصفة لا يمكن الإستغناء عنها في ميزانية الأسرة و يمكن تعميم هذه المواقف على غالبية الدول العربية ، فسلطة المسوح العربية حول صحة الأسرة أكدت أن نسبة النساء اللاتي ترغبن بأن يعملن بناتهن مقابل أجر يفوق ٧٥% في كل الدول العربية التي شملها المسح.

تطور قيم المساواة بين الجنسين

لا تزال قضية المساواة بين الجنسين قضية نقاش تثير العديد من الاهتمامات عند كل فئات المجتمع و تأخذ عدة ابعاد منها الدينية و الفلسفية و السياسية... إلخ . و لا توجد دراسات عديدة في نظرة المجتمع لهذا النوع من المساواة و ذلك لصعوبة تناول الموضوع و حساسيته حيث أن مناقشة بعض المواضيع المتعلقة بقيم المساواة تثير جدلا بين أوساط المفكرين، حتى أصبح أي تغيير في قوانين الأحوال الشخصية موضع نقاش وطني و ما حدث في المغرب خلال فترة نقاش المدونة لأكثر دليل على ذلك. تأخذ قضية المساواة بين الجنسين عدة أبعاد ، سنركز في هذا القسم من الورقة على البعض منها و الذي له أكثر علاقة بتغيير السلوك الانجابي .

١ - قضية الطلاق

يعتبر الطلاق من القضايا الرئيسية التي تهدد المرأة في وضعها داخل الأسرة إذ أن القوانين الجارية في غالبية الدول العربية لا تحمي المرأة و لا تعطيها حقوقها المساوية بالرجل، و لقد بدأنا نشاهد خلال السنوات الأخيرة تطور إيجابي لهذه القوانين في بعض الدول العربية مثل المغرب و مصر و لكنها تبقى محدودة، و تطرح قضية الطلاق، قضية حضانة الأطفال و قضية مغادرة المرأة لمسكن الزوجية إذ أن المرأة تجد نفسها في العديد من الأحوال بدون مأوى و في ظروف إقتصادية رديئة ، و أدى التطور الحاصل في مجتمعاتنا العربية إلى تغيير في الرأي العام كان له تأثير على تطور قوانين الأحوال الشخصية في البلاد العربية، و لقد أبرز المسح الجزائري حول المساواة (٢٠٠٠) أن ٨٠% من المواطنين الجزائريين من الذين شملهم المسح يساندون مبدأ المساواة بين المرأة و الرجل في طلب الطلاق كما توافق نسبة عالية من المبحوثين أن تبقى المرأة في المنزل إن كانت لها حضانة الأطفال رغم أن القانون الجاري في الجزائر لا يعطي هذا الحق للمرأة ، و لا تفوق نسبة الرجال الذين يرفضون بقاء المرأة و أطفالها في مسكن الزوجية الـ ٣% .

٢ - عمل المرأة و المساواة في الفرص

تمثل مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي أحد الميادين التي تعكس عدم المساواة بين المرأة و الرجل في عملية التنمية و في الحصول على الدخل ، إذ أن العمل الذي تقوم به المرأة لا يتمتع بنفس الاعتبار مثل العمل الذي يقوم به الرجل و أن جزءاً كبيراً من عملها يبقى في القطاع غير المنظم أو غير المأجور كما تطرح مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي (أ) قضية استعمال مداخيل المرأة، إذ تبين العديد من المسوح أن المرأة لا تتصرف لحالها في هذه المداخيل،(ب) وقضية المساواة في الحصول على عمل و ذلك لتفضيل الذكور حتى إذا ما تساوت الشهادات والخبرات . يبقى عمل المرأة مصدر قوة لها مثلما أشرنا سابقاً، و تختلف آراء الرجال عن ذلك حيث أن تردي الأوضاع الاقتصادية جعل البعض منهم يرى أن المرأة تنافس الرجل في تلك الفرص المتاحة و أن للرجل الأولوية بما أنه يعيل العائلة.

ولقد اكدت هذا الإتجاه نتائج المسح الجزائري حول المساواة حيث أبرزت أن حوالي ثلثي الرجال يعارضون عمل المرأة و تبلغ هذه النسبة ١٨% (أي ١/٥) عند النساء و يشير تقرير المسح المذكور أعلاه أن الاختلاف في المواقف حول عمل المرأة عادة ما يكون من مصادر العنف ضد المرأة .

٣- مشاركة المرأة في الحياة السياسية

تعد مشاركة المرأة في الحياة السياسية متواضعة جداً في الدول العربية حيث أن نسبة النساء اللاتي تشاركن في صنع القرار السياسي و في العمل المجتمعي لا تزال ضئيلة مثلما يشير إلى ذلك " تقرير التنمية الانسانية في الدول العربية ٢٠٠٢ "أو دراسات الشبكة العربية للمنظمات الأهلية، وتشير بيانات المسح الجزائري المذكور أعلاه أن المواطنين في الجزائر لا يعترضون بصفة قطعية على التصويت للمرأة كرئيسة للبلدية (٧١% : ٨٣% نساء مقابل ٦٠% رجال) ، بينما تقل هذه النسبة في حالة تقدم امرأة لرئاسة الجمهورية فنسبة الذين لهم إستعداد للتصويت على امرأة تصل إلى ٥٦% كرئيسة للجمهورية (٧٢ للنساء و ٤٢ للرجال) ، و تبقى مساهمة المرأة في الحياة الاجتماعية ضعيفة جداً و أضعف بكثير من مثيلاتها عند الرجال (٧% للنساء مقابل ١٨% للرجال) وينعكس هذا على مشاركة المرأة في الحياة السياسية حيث أن ٣% فقط من النساء شاركن في إجتماع سياسي خلال العشرية السابقة للمسح الجزائري بينما تمثل هذه النسبة ١٠% عند الرجال .

٤- الحريات الفردية

و تشمل الحريات الفردية محورين إثنين يتعلق المحور الأول بحراك المرأة داخل فضاء معين بما في ذلك المدينة أو القرية أو بعض الأجزاء منها أما المحور الثاني فيتعلق بمظاهر المرأة بما في ذلك جسدها و لباسها.

فمراقبة الحريات الفردية للمرأة تمكن الزوج أو المؤسسة الأسرية الموسعة من خلق جدار على المرأة و باقي أفراد العائلة ، و وضع وسائل لمراقبة تفتحها على العالم الخارجي. و لقد ابرز المسح الصحي العُماني أن المرأة تحتاج إلى موافقة الرجل في ٦٠% من الحالات و ذلك للتجول في البلد و إلى أكثر من ٤٠% في حالة التسوق و ذلك مهما كان المستوى التعليمي للمرأة ، و في حالة الجزائر مثلاً فإن ٤٠% من المبحوثين يساندون مراقبة حرية تنقل المرأة و لباسها و مظهرها بصفة عامة بينما ١٥% من السكان يساندون وضع قيود على مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي و تعليمها (المسح الجزائري حول المساواة).

٥- تفضيل الذكر في الإنجاب

لا تزال غالبية النساء تفضلن الذكر على الأنثى خاصة فيما يتعلق بالإنجاب الأول فالمرأة تعتبر في العديد من الحالات أنها بحاجة إلى تثبيت موقفها داخل الأسرة بإنجاب ابن يخلف اسم العائلة و لم ينجح انخفاض الخصوبة في تقليص هذا النوع من التفضيل إلا أن نتائج المسح التونسي حول صحة الأسرة أظهرت أن هذا التفضيل يختلف حسب درجة إنخراط المرأة في الحداثة حيث أن المرأة الأقل تفتحاً هي الأكثر سعياً لإنجاب الذكر ، كما أكدت هذه النتائج سلاسل المسوح العربية حول صحة الطفل و صحة الأسرة.

٦- العنف ضد المرأة :

تعد ظاهرة العنف ضد المرأة من الظواهر التي تعاني منها المرأة بشكل مزمن و لا تزال نسبة كبيرة من السكان تعتبر أن للزوج الحق في ضرب زوجته في بعض الحالات حيث أن فقط ٣٩% من الذكور و ٥٧% من الإناث يعتبرون أن ضرب الزوجة لا يصح مهما كانت الحالات (المسح الجزائري حول المساواة)

و تدل هذه البيانات أن الالتزام بقيم المساواة في الدول العربية لا يزال ضعيفاً حيث أن نسباً لا يستهان بها من السكان ترفض مبدأ المساواة ، البعض من منطلق إيديولوجي و البعض الآخر من جراء التقاليد و العادات و الجهل و البعض من ناحية المصالح الخاصة ، ففي الجزائر أعتبر تقرير المسح المذكور سالفاً حول المساواة أن نسبة السكان الذين ينخرطون مع مبادئ المساواة تصل نسبتهم إلى ٣٥% عند الإناث مقابل ١٨% عند الذكور .

وفي الخلاصة يمكن أن نلاحظ أن تحول القيم المتعلقة بالإنجاب لا يزال يسير بخطى مترددة و يبرز تناقضات وازدواجية في التصرفات بين الحداثة والتقاليد.

وتبقى قيم المساواة بين المرأة والرجل من القيم التي تعاني بشكل ملحوظ من ركود وجمود رغم ظهور عناصر ايجابية من شأنها أن تساعد على تحقيق أكثر مساواة بين الجنسين. وفي الحقيقة فإن لم تؤثر التيارات الأصولية على اتجاهات الخصوبة إلا أنها كرست أراء سلبية في ما يخص المساواة بين الجنسين وخلقت بذلك عناصر من شأنها أن توقف الإصلاحات القانونية خاصة المتعلقة بتحسين أوضاع المرأة وتعيق بذلك مساهمتها في عملية التنمية.

III - عرض لمحددات التحول الديموغرافي في بعض البلدان المختارة

أ- حالة البلدان التي دخلت مراحل نهائية في عملية التحول الديموغرافي

مثل ما أشرنا سابقا دخلت تونس و لبنان مراحل متقدمة في عملية التحول الديموغرافي إذ بلغت الخصوبة منذ فترة متوسطة معدلات تقترب أو دون معدل الاحلال (٢,١ طفل لكل امرأة) و السؤال المطروح هنا: هل إستكملت تونس كل مراحل التحول الديموغرافي؟ وهل ستدخل في عملية ثانية من التحول الديموغرافي و هل سيشمل إنتشار هذه الأخيرة تونس و باقي البلدان المغاربية مثلما شملت بلدان جنوب أوروبا؟

للإجابة على هذه الأسئلة سنحاول أن نفحص بصفة دقيقة آخر البيانات المتوفرة على تونس من واقع المسح التونسي لصحة الأسرة ٢٠٠٢. تشير البيانات أن معدل الخصوبة الكلية وصل إلى حدود ٢ طفل لكل امرأة سنة ٢٠٠٢ و أن معدل الولادات يساوي سنة ٢٠٠٢ حوالي ١٥ ألف و هي المؤشرات التي تسمح بتصنيف أحد البلدان بأنه دخل مراحل الخصوبة المنخفضة و يجدر التذكير أن تونس قد إعتمدت منذ الستينات برنامجا للحدّ من الزيادة السكانية و الخصوبة بالذات و كذلك برامج صحية و تعليمية من شأنها أن تغيّر الخصائص السكانية بالإضافة إلى مجموعة قوانين عملت على تحسين الوضع القانوني للمرأة و من بينها حمايتها من الطلاق التعسفي و التهديد بتعدد الزوجات. لقد لعبت برامج التنظيم العائلي دورا أساسيا في إنخفاض الخصوبة، و من الملاحظ لتطور هذه الأخيرة يمكن أن نستخلص من خلال العديد من الدراسات (عياد و جميعي ٢٠٠١)^٢ أن خلال الثمانينات لم يكن إستعمال موانع الحمل هو المحدد في إنخفاض الخصوبة بل ان التأخير في سن الزواج عند الذكور والإناث هو العامل الرئيسي في هذا الانخفاض ، ويعود التأخير في الزواج بدوره لعدة عوامل نذكر منها التعليم و الهجرة الداخلية و ما ترتب عنها من اضطرابات في الأسواق التقليدية للزواج و من إختلاف في الآراء المتعلقة بقضايا النوع الاجتماعي وتحول القيم المتعلقة به و خاصة المساواة بين الجنسين. و فيما عدا جهة الوسط الغربي فإن غالبية مناطق البلاد لها معدلات خصوبة

² :Mohamed Ayad , Hédi Jemai « Les déterminants de la fécondité » in Population et Développement en Tunisie : La métamorphose sous la direction de Jacques VALLIN et Thérèse LOCOH.

تقارب ٢,١ طفل لكل امرأة أو دونه و خاصة الشمال الغربي و إقليم تونس حيث تكون الخصوبة على التوالي ١,٨ طفل لكل امرأة و ١,٩ طفل كما يمكن ملاحظة من خلال الجدول الموالي أن إعتداد نظام الخصوبة المنخفضة قد بدأ منذ منتصف التسعينيات في إقليم تونس ثم اخذ ينتشر إلى باقي الجهات حيث أن معدل الخصوبة الكلية في إقليم تونس كان يساوي ٢,٣ طفل لكل امرأة سنة ١٩٩٣ و إنتقل إلى ١,٩ سنة ٢٠٠١ بينما إنخفض معدل الخصوبة الكلية في منطقة الشمال الغربي من ٣,٢ طفل لكل امرأة إلى ١,٨ طفل لكل امرأة خلال نفس الفترة رغم أن هذه الجهة تتميز بنقص التنمية فيها مقارنة بباقي الجهات مثل الوسط الشرقي والجنوب مما يؤشر على أن هذا التشابه في معدلات الخصوبة لا يعكس تشابها في الخصائص الاقتصادية والاجتماعية للسكان حيث توجد تفاوتات في معدلات التعليم والأمية ومشاركة المرأة في النشاط الإقتصادي . تدل هذه النتائج على الإقترب نحو نموذج موحد للتصرفات الانجابية لا يأخذ بعين الإعتبار خصائص السكان أو النساء إنما يعكس إختيارات من الممكن أن تكون عقائدية أو ثقافية. و لقد لعب برنامج التنظيم العائلي دورا أساسيا في الإقترب نحو هذا النموذج الشبه الموحد للسلوك الإنجابي على الصعيد الوطني وذلك عن طريق تلبية حاجيات السكان من جهة و خلق الطلب على خدمات الصحة الانجابية في المناطق الريفية أو عند الفئات التي تتوفر عندها الرغبة للطلب على هذه الوسائل.

تطور معدلات الخصوبة الكلية حسب المناطق في تونس

تطور معدلات الخصوبة الكلية حسب المنطقة في تونس			
2001	1993	1985	
1.9	2.3	4.1	إقليم تونس
2.1	3.2	5.3	الشمال الشرقي
1.8	3.2	5.3	الشمال الغربي
2.1	2.8	4.7	الوسط الشرقي
2.9	4.2	6.7	الوسط الغربي
2.2	3.4	6.2	الجنوب الشرقي
2	3.8	6.9	الجنوب الغربي

و تجدر الإشارة هنا الى أنه و فيما عدا النساء الأميات ، فإن غالبية النساء مهما كان مستواه التعليمي وصلن إلى معدلات خصوبة كلية تساوي أو تقل عن معدل الاحلال اي ٢,١ طفل لكل امرأة كما يتبين ان هذه المعدلات قد تدنت إلى ١,٦ طفل لكل امرأة بالنسبة للنساء اللاتي يفوق مستواه التعليمي الثانوي بينما يبقى معدل الخصوبة الكلية أكثر إرتفاعا بالنسبة للنساء الأميات حيث يبلغ ٢,٧ طفل لكل امرأة. ومع مقارنة هذا المعدل مع مثيله سنة ١٩٩٤ يتبين أن هذا الأخير قد إنخفض

بسرعة أكثر بين الأميات من مثيله عند النساء في الفئات التعليمية الأولى حيث كان يبلغ ٤ طفل لكل امرأة سنة ١٩٩٤ وانتقل إلى ٢,٧ طفل في الوقت الحاضر وبالنسبة للاميات. ولقد صاحب هذا الانخفاض في الخصوبة الفعلية انخفاض في الخصوبة المرغوب فيها حيث أن عدد الأطفال المرغوب فيه قد تقلص وأصبح يقل عن المتوسط الفعلي لعدد الأطفال لكل امرأة (٣,٢ مقابل ٣,٤) و لا يختلف هذا المتوسط بين الريف و الحضر. و تعكس هذه النتائج نمودجا معيناً للخصوبة و لتكوين الأسرة يركز على الرغبة في تكوين عائلة صغيرة الحجم تتكون من طفلين إذ أن حوالي ٨٠% من النساء اللاتي لهن طفل واحد يرغبن في إنجاب طفل ثاني بينما حوالي ٣/٤ النساء اللاتي لهن طفلين لا ترغبن في إنجاب طفل ثالث. وتجدر الإشارة بهذا الصدد إلى أن دراسة تفضيلات الإنجاب تعكس تفضيل الذكور عند المرأة و ذلك أن نسبة لا يستهان بها لا تكفي ببنت أو بنتين حيث أن إنجاب الذكر لا يزال له مدلولات اجتماعية و ثقافية معينة لم تتغير بصفة ملحوظة على مر الزمن .

ويجدر التساؤل هنا: ان كانت هذه البيانات تدل على أن تونس لها إستعداد لدخول مراحل أولية من العملية الثانية للتحويل الديموغرافي رغم وصولها إلى نظام الخصوبة المنخفضة؟ الإجابة على هذا السؤال تبدو صعبة و ذلك لقلة البيانات المتعلقة بقيم الشباب و تصرفاتهم الفعلية ولأسباب اقتصادية واجتماعية و ثقافية لا تعبر عن تناسق كامل في مجال العمل نحو اتجاهات وسلوكيات تتصف بالحدثة نذكر منها ما يلي :

• لكون قسما مهما من قوة العمل لازال يعمل في قطاعات اقتصادية تقليدية، حيث لا يزال يعتبر قطاع الفلاحة من القطاعات الأساسية للإقتصاد التونسي إذ يشكل نسبة هامة من اليد العاملة النسائية بينما لا يستقطب قطاع الصناعة إلا جزءا من اليد العاملة (منها اليد العاملة النسائية) وترتفع نسبة النساء التي تعملن كمعينات للعائلات بدون أجر.

■ لا تزال الحدثة غير معمة على الفئات الاجتماعية و حتى المتعلمة منها و الأكثر عرضة للحدثة، إذ تتصرف هذه الفئات بطرق متناقضة بين " الحدثة " و " الأصالة " سواء كان ذلك في الخطاب اليومي أو في السلوكيات . كما توجد في تونس فئات اجتماعية تعيش على الطريقة الغربية و لكن بنسبة قليلة و لا يمكن تقليدها بسهولة من طرف باقي الفئات الاجتماعية.

■ رغم أن نسبة السكان التي تعيش في الوسط الريفي لا تزال مرتفعة و أن نسبة العاملين في القطاع الفلاحي هامة إلا أن الفوارق بين الريف و الحضر تبدو في طريقها إلى الزوال أكان ذلك على مستوى التعليم و المسكن أو الصحة أو السلوك الانجابي.

■ تعيش تونس تيارات هجرة من الريف إلى الحضر ومن البلاد إلى الخارج و خاصة أوروبا ، مما يسهل عملية "إستيراد" سلوكيات مختلفة وتحول الاتجاهات والسلوكيات التقليدية إلى اتجاهات تتصف بأكثر حداثة.

- تلعب السياحة دورا هاما في إقتصاد البلاد و تعدّ عامل انفتاح على الخارج.
- يوجد إستعداد للتغيير السريع عند كل الفئات الاجتماعية خاصة في ما يخص التصرفات الفردية
- رغم أن تغيير القيم الاجتماعية لم يتم بنفس النسق و يلقي في العديد من الأحيان المقاومات من طرف بعض الفئات المؤثرة

ب- حالة البلدان التي دخلت مراحل متقدمة من التحول الديموغرافي

تتكون هذه المجموعة من البلدان النفطية مثل الكويت و البحرين و ليبيا و الإمارات بالإضافة إلى الجزائر و المغرب .

ففي هذه البلدان خاصة الخليجية منها لعب التعليم و تحسين الظروف الصحية المعيشية للسكان دور إيجابي في الانخفاض السريع للخصوبة، كما ساهمت التركيبة الديموغرافية لهذه البلدان الخليجية في هذا التحول حيث أنها تتميز بهجرة يد عاملة وافدة مكثفة تساعد في تقديم الخدمات اليومية وخاصة في ميدان الرعاية بالأطفال. وتزامن ذلك مع وجود البرامج التعليمية والاقتصادية والاجتماعية الرامية لتحسين الدخل و توفر المسكن اللائق . فعلى سبيل المثال تفوق نسبة المواليد التي حصلت على الرعاية الصحية قبل الحمل الـ ٩٥% في الكويت و تتم هذه الرعاية في مراكز صحية لا تبعد في غالب الأحيان أكثر من نصف ساعة عن مسكن المرأة، كما بلغت معدلات التعليم عند المرأة مستويات مرتفعة تفوق معدلات الذكور حيث تقدر نسبة إلحاق البنات في التعليم الثانوي ٧٣% في الجزائر و ١٠٥% في البحرين .

وترتب عن ذلك ان اصبحت المرأة تستعمل موانع الحمل بصفة مكثفة في غالبية البلدان الخليجية حيث نلاحظ من خلال البيانات المتوفرة أن نسب إستعمال موانع الحمل قد فاقت الـ ٥٠% في هذه البلدان، غير انه يلاحظ بالنسبة للبحرين مثلا ان هناك نسبة ضعيفة من المستعملات لوسائل حديثة بلغت ٣١% فقط في حين ان نسبة الاستخدام بلغت ٦٢%. كما يلاحظ ان الرغبة في الانجاب لازالت مرتفعة ولا تعبر عن اتجاه واضح نحو الانخفاض، حيث عبرت النساء في البحرين عن رغبة في انجاب ٤,٣ طفل في المتوسط وهو لا يتطابق مع عدد الاطفال لكل امرأة الحالي. ذلك ما يؤشر عن ازداوجية في الاتجاهات قد تؤثر سلبيا على تراجع الخصوبة في السنوات الموالية.

كما تبرز البيانات أن في مثل هذه الدول ترتفع نسبة الاستعمال بشكل ملحوظ مع مستوى تعليم المرأة، ففي الكويت مثلا تساوي نسبة الاستعمال عند الأميات ٢٥% بينما تصل هذه النسبة إلى ٤٧% عند النساء التي يفوق مستواهن التعليمي الإعدادي و أكثر.

اما بالنسبة لحالة الجزائر فانه يلاحظ من ناحية، ومثلها مثل باقي دول هذه المجموعة، انخفاض سريع في معدلات الخصوبة حيث تراجعت من ٧,٢ طفل لكل امرأة سنة ١٩٧٧ إلى ٢,٨ طفل لكل امرأة عام ٢٠٠٢.

كما تشير الحالة في الجزائر مثل ما سبق الإشارة اليه بالنسبة لحالة تونس بانتشار انخفاض الخصوبة في غالبية الفئات الاجتماعية حيث أن معدل انخفاض الخصوبة في العشر سنوات الأخيرة كان أعلى عند الأميات و غير المتعلّقات (الجدول الموالي)

غير انه يلاحظ من ناحية ان معدلات الخصوبة تختلف حسب الجهات، فقد وصلت الى دون ٢,١ في منطقة الجزائر العاصمة في حين لا تزال مرتفعة نسبيا في جنوب البلاد ومنطقة الهضاب العليا. كما يلاحظ من ناحية اخرى ان هناك تعثرا في إستعمال الطرق الحديثة لوسائل منع الحمل حيث لم يرتفع استعمال الطرق الحديثة خلال الفترة ١٩٩٢-٢٠٠٢ إلا بأقل من نقطة كل سنة مما يدل على تعثر في أداء برامج الصحة الانجابية حيث إرتفعت نسبة استعمال موانع الحمل الحديثة من ٤٣ % سنة ١٩٩٢ إلى ٥٢% سنة ٢٠٠٢ ويعود ذلك بدوره إلى الظروف الخاصة التي عاشتها الجزائر خلال العشرية الأخيرة من القرن الماضي. و تشير البيانات أن معدلات الخصوبة بدأت تقترب إلى معدل الاحلال . وينطبق ذلك على كافة النساء مهما كان مستواهن التعليمي فيما عدا الأميات حيث يقدر معدل الخصوبة الكلية بـ ٢,٩ طفل لكل امرأة أمية ، بينما يبلغ ٢,٤ لمن تقرأ و تكتب فقط.

تطور الخصوبة حسب مستوى التعليم في الجزائر

أمية	تقرأ و تكتب	إبتدائي	متوسط	ثانوي	الجملة
2000	2.9	2.4	2.2	2	2.4
1995	4.4	3.6	3.1	2.6	1.5
1990	5.2	4.2	3.4	2.3	1.7
				2.1	4.3

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة ٢٠٠١

ومن المعوقات التي يمكن أن تعطل التقدم بأكثر سرعة في الدخول إلى المراحل المتقدمة من التحول الديموغرافي في حالة الجزائر يمكن أن نذكر الانخفاض البطيء الحاصل في الوفيات إذ لا تزال وفيات الأطفال تساوي ٣٥ في الألف و انخفضت بشكل بطيء خلال العشر سنوات السابقة حيث كانت تساوي ٤٤ في الألف في بداية التسعينات. و يبقى معدل وفيات الأمهات مرتفعا إذ يبلغ ١١٧ لكل مائة ألف ولادة مع فوارق واضحة حسب مناطق البلاد.

غير أن بيانات الجزائر وبعض البلاد المماثلة لها تدل على أن وجود التيارات الدينية والاصولية لم تتمكن من وضع حد كبير لتغيير السلوك الإنجابي ، إذ أن انخفاض الخصوبة تواصل رغم كل الصعوبات وأن هذه التيارات لم توقف بشكل واضح عملية تحول القيم المتعلقة بالسلوك

الإيجابي كما تدل على ذلك آراء الشباب فيما يخص أنماط الزواج والتحول الواقع في العائلة وفي العدد الأمثل للأطفال.

ج- حالة بلدان المجموعة الثالثة

وهي مجموعة غير متجانسة من ناحية سيرورة التحول الديموغرافي ، يتكون الجزء الأول منها من بلدان بدأت فيها عملية التحول الديموغرافي منذ فترات طويلة، لكنها ولعدة أسباب تعطلت ومرت بفترات ركود مثل حالي مصر و سوريا و السودان و يتكون الجزء الثاني من البلدان الخليجية التي بدأت عملية تحول الخصوبة فيها مؤخرا مثل حالة السعودية و عمان و قطر بالإضافة إلى الأردن .

ففي حالة المجموعة الأخيرة من البلدان فقد تمكنت البرامج الصحية بشكل رئيسي ثم البرامج التعليمية و الاقتصادية الاجتماعية بدرجة ثانية من دفع عملية التحول الديموغرافي حيث أن معدلات الوفيات بدأت في الانخفاض بصفة جلية ابتداءً من نصف السبعينات مع التحسن في السياسات الصحية وتعميم التعليم حيث أن معدل الوفيات مثلاً إنخفض في السعودية بين الفترتين ٧٠-٧٥ و ٨٠-٧٥ بحوالي ٥٠ % إذ إنتقل من ١٦,٣% إلى ١٠,٧% وتم هذا الانخفاض بنفس النسق في عمان حيث إنخفض معدل الوفيات الخام من ١٤,٦ في الألف إلى ١٠ في الألف .

كما بدأت عملية إنخفاض الخصوبة في أواسط التسعينيات حيث تراجع معدل الخصوبة الكلية في عمان من ٧,١ طفل لكل امرأة سنة ١٩٨٢ إلى ٦,٩ سنة ١٩٨٧ و ٦,٥ سنة ٩٢ ثم وصل إلى ٤,٩ خلال سنة ٢٠٠٢ أي تناقص بحوالي ١,٥ طفل خلال العشر سنوات الأخيرة، بينما بلغ هذا الانخفاض ١,٢ طفل في السعودية خلال نفس الفترة . ومع ذلك فما زالت معدلات الخصوبة عالية

نسبياً حيث يفوق معدل الانجاب ٣٠ بالألف في كل من عمان و السعودية ولقد تراجعت الخصوبة لعدة أسباب منها التحسن في الخصائص التعليمية للسكان حيث يلاحظ في عمان مثلاً أن إنخفاض الخصوبة تزامن مع دخول الأجيال التي شملها برامج التعليم في نهاية السبعينات، وكذلك كنتيجة لتحسن الظروف الصحية للمجتمع كما اشرت فقد وصلت التغطية الصحية في هذه المجموعة من البلدان مستوى جيد في بداية التسعينيات مثل ما أبرزته نتائج مسح الأسرة التي أنجزت في نهاية الثمانينات و بداية التسعينات كما تدنّت معدلات وفيات الأمهات إلى مستويات منخفضة و إنخفضت معدلات الوفيات و تحسنت الرعاية الصحية للنساء الحوامل حيث شملت ما

يزيد عن ٧٠% منهن في كل من السعودية و عمان و ٨٤% في قطر . وبالإضافة إلى التأخر السريع في سن الزواج و الذي سنتطرق إليه في ما بعد ، فإن إنتشار إستعمال وسائل منع الحمل ساهم في تغيير السلوك الديموغرافي للسكان حيث بلغت هذه النسبة ٢٤% في عمان ، و ٣٢% في السعودية و ٤٣% في قطر .

ونظرا لحدثة عملية التحول الديموغرافي فإن انتشار هذا التحول لازال محدودا حيث لا تزال الفوارق في معدلات الخصوبة بين الجهات داخل هذه البلدان مهمة ، ففي حالة عمان مثلا أبرز المسح الصحي لسنة ٢٠٠٠ أن معدلات الخصوبة الكلية تساوي ٤,٥ طفل لكل امرأة في الوسط الحضري و ٥,٧ طفل لكل امرأة في الوسط الريفي و إن الفارق في مستوى الخصوبة بين الجهات يتراوح بين ٣,٧ طفل لكل امرأة في منطقة الظاهير و ٦,٣ طفل لكل امرأة في ظفار أي أن انتشار الخصوبة جغرافيا لم يبدأ بصفة جلية رغم انخفاض معدلات الخصوبة . وبنفس الشكل نلاحظ نفس الفوارق حسب المستوى التعليمي حيث أن الخصوبة تنخفض بشكل ملحوظ حسب المستوى التعليمي للمرأة مثلما يبرزه الجدول الموالي .

ورغم انخفاض الخصوبة لا تزال المرأة العمانية تفضل العائلة الواسعة حيث أن العدد المرغوب فيه للأطفال يساوي ٥,٥ طفل لكل امرأة بالتساوي بين الريف والحضر وهو لا يختلف كثيرا حسب عمر المرأة المبحوثة أو المستوى التعليمي للمرأة.

وفي الخلاصة يمكن القول بأن هذه المجموعة تتميز بحدثة مراحل دخولها إلى مراحل التحول الديموغرافي ونظرا للتعلق بأنماط العائلة الواسعة يكون من الأرجح أن تنخفض الخصوبة في المراحل القادمة بوتائر متواضعة حتى بلوغها مستويات متقدمة في عملية تحول الخصوبة .

عمان : معدلات الخصوبة حسب بعض الخصائص

العدد المرغوب بنسبة	متوسط عدد الأطفال	معدل الخصوبة الكلية	
5.5	5.2	5.73	ريف
5.5	4.9	4.53	حضر
4.9		3.67	الظاهر
6.1		5.28	الدخيلة
5.9		4.25	الشرقية
6.9		6.29	ظفار
5.1		5.44	باطنة
5.0		3.94	مسقط
		3.05	جامعي
		3.31	ثانوي
		4.28	تحضيري
		5.10	إبتدائي
		5.73	بعض من الابتدائي
		6.15	أمية

المجموع	4.84	5.0	
---------	------	-----	--

المصدر : المسح الصحي العماني سنة ٢٠٠٠

و تمثل حالة سوريا و مصر و السودان حالات خاصة حيث أنه رغم وجود برنامج خاص لمباعدة الولادات لم تنخفض الخصوبة بشكل متواصل و مرت بفترات ركود لا يمكن تفسيرها إلا بوجود عوامل هيكلية داخل الأنظمة الصحية المتعلقة بالصحة الانجابية و ذلك لأن خصائص السكان و خاصة منها الخصائص التعليمية تعد نسبيا جيدة خاصة في سوريا و مصر .

و تمثل سوريا أكثر من غيرها حالة خاصة حيث أن الخصوبة بدأت تنخفض بشكل ملحوظ في بداية السبعينات و لكن لم يكن نسق هذا الانخفاض سريع خاصة في الفترات الأخيرة حيث كانت نسبة الانخفاض تساوي ٢٥% خلال الفترة ٨٧-٩٢ ثم تقلصت إلى ١٧% خلال الفترة ٩٢-٩٧ .

و تشير بيانات المسح الصحي السوري الأخير أن الفوارق حسب المستوى التعليمي بدأت تتقلص بشكل ملحوظ بين كل فئات النساء مهما كان مستواهن التعليمي، إلا أن معدل الخصوبة الكلية يبقى أعلى من معدل الاحلال حتى للفئات الأكثر تعلما (٢,٦ طفل لكل امرأة) بينما بلغ هذا المعدل بالنسبة للمتحصلات على شهادات جامعية مستويات تقل بكثير عن مستوى الاحلال في كل من تونس و الجزائر و لبنان ، و يمكن تفسير هذا الانخفاض المتواضع و البطيء بمرود البرامج الصحية في سوريا حيث أن نسبة إستعمال موانع الحمل الحديثة إستقرت في مستواها خلال الفترة ٩٣-٢٠٠٣ (٤٣,٦% منذ ١٩٩٣ إلى ٤٦,٦% سنة ٢٠٠٢)

و نلاحظ نفس الأداء إذا ما أخذنا بعين الإعتبار بعض المؤشرات الصحية الأخرى مثل نسبة النساء اللاتي تحصلن على رعاية صحية أثناء الحمل والي بلغت ٧٠% سنة ٢٠٠٢ بينما كانت في حدود ٥١% سنة ١٩٩٣ و بالنسبة للنساء اللواتي تلدن في المنزل (٤٤,٦%) حيث بقيت نسبتهم في نفس المستوى منذ سنة ١٩٩٤ .

و يلاحظ ان عدد الأطفال المرغوب فيه مرتفعا نسبيا حيث بلغ ٤,٦ طفل سنة ٢٠٠٠ بينما يساوي متوسط عدد الأطفال الفعلي ٤,٢ طفل، وتفيد عموما حالة سوريا أن التعطل في عملية تحول الخصوبة يرجع بالأساس إلى إستمرار تفضيل الاسرة الكبيرة الحجم رغم التحسن المتواصل في الخصائص التعليمية للسكان ذكورا و إناثا، و لعل تواضع أداء برامج الصحة الانجابية لم يسمح بترسيخ سلوك إنجابي مختلف.

IV - التطور في أنماط الزواج و العلاقات الأسرية

يعتبر التغيير في أنماط الزواج تعبيراً عن التحولات الاجتماعية في أوساط الشرائح المختلفة للمجتمع و يمثل الزواج و تكوين الأسرة أحد أركان مكونات المجتمعات العربية و مرآة لطبيعة العلاقات الأسرية ، كما يعبر التغيير في أنماط الزواج على بروز محددات جديدة للزواج و العلاقات الاجتماعية التي تحكمه خاصة فيما يتعلق بطرق التعارف بين الزوجين و دور العائلة و العلاقات الأسرية في ذلك حيث أن تفكك الأسرة و ظهور أنواع جديدة من الأسر و الهجرة الداخلية و الخارجية و إنتشار الفردية كسلوك سائد في المجتمع كلها عوامل كان لها الأثر الكبير على انماط الزواج خاصة و أن البنت بدأت تفك بعض القيود التقليدية من خلال إلحاقها بالتعليم و الهجرة الداخلية حيث أن البيانات الأخيرة حول الهجرة الداخلية تشير إلى أنها بدأت تشمل النساء و الرجال سوية (حافظ شقير ١٩٩٩)^١ و أدت هذه الظواهر الجديدة إلى بروز اتجاهات وسلوكيات جديدة عند الشباب سترجع إليها في ما بعد، و سننظر بصفة خاصة في هذه الفقرة إلى التأخير في سن الزواج و إنتشار نمط موحد للزواجية، و إلى المواقف من زواج البنت و طرق التعارف بين الزوجين و إلى بعض العوامل المتعلقة بتكوين الأسرة و العلاقة مع أسرة الوالدين.

١- التأخير في سن الزواج و الإنتقال إلى نمط موحد للزوجية

أصبح التأخر في سن الزواج ظاهرة في كل الدول العربية و لكن بأنساق مختلفة. فلقد بلغ العمر عند الزواج الأول مستويات مرتفعة في بعض الدول العربية مثل تونس و الجزائر حيث يقارب ٣٠ سنة للبنات و ٣٣ سنة للرجال بينما ينخفض إلى حدود ٢٢ سنة في كل من السعودية و الكويت و البحرين و يبقى متدني في البلدان التي لا تزال فيها الخصوبة مرتفعة مثل اليمن حيث كان يبلغ هذا المتوسط ١٦ سنة في بداية التسعينات . و مثل ما هو متوقع يرتفع هذا السن بإرتفاع المستوى التعليمي للمرأة أو للرجل ، ففي حالة سوريا مثلاً يساوي العمر عند الزواج الأول ٢٤,٢ سنة عند الأميات و ٢٥,١ سنة عند المتعلّقات اللواتي تحصلن على شهادة إعدادية و يقفز إلى ٢٨,٢ سنة بالنسبة للمتحصلات على شهادة ثانوية أو أكثر ، كما نلاحظ نفس الفوارق عند الذكور . و تختلف وتائر حدوث هذا الإرتفاع من بلد إلى آخر ، ففي تونس و الجزائر كانت وتائر الإرتفاع سريعة حيث إرتفع للإناث في الجزائر من ٢٥,٩ سنة عام ١٩٩٢ إلى ٢٩,٦ سنة عام ٢٠٠٢ و تبلغ هذه الأرقام بالتوالي ٣١,١ سنة و ٣٣ سنة عند الذكور ، كما نلاحظ نفس الاتجاه في عمان فقد إرتفع العمر عند الزواج الأول عند الاناث من ١٩,٢ سنة في نهاية الثمانينات إلى ما يقارب الـ ٢٤ سنة خلال سنة ٢٠٠٠ معبراً عن التغيير في نمط الحياة في هذا البلد وعن الثورة التعليمية التي عاشتها السلطنة خاصة بالنسبة للجيل الذي وُلد بعد السبعينات وعن ظهور أنماط جديدة للاستهلاك

حافظ شقير ، مظاهر الهجرة الداخلية في الدول العربية ، ورقة مقدمة إلى اجتماع جمعية المدن العربية، الكويت ، ١٩٩٩ - ١.

وللعلاقات الأسرية و التي بدأت تتميز بالانفتاح نحو الحداثة، وبالعكس لم يكن الارتفاع في سن الزواج سريعا في سوريا خلال العشرية السابقة حيث إرتفع بسنة واحدة خلال الفترة ١٩٩٣-٢٠٠٢ و إنتقل من ٢٤,٥ سنة إلى ٢٥,٦ سنة خلال هذه الفترة ، ولقد تزامن هذا الركود مع مؤشرات أخرى منها الكمية مثل استعمال موانع الحمل أو نسب إلحاق الفتيات في التعليم الثانوي أو الكيفية مثل النظرة إلى عدة عوامل مرتبطة بالقيمة التي تعطى للأطفال والعدد الأمثل للأطفال. نذكر على سبيل المثال أن نسبة الإلحاق في التعليم الثانوي ارتفعت بشكل متواضع عند الإناث في سوريا بين سنة ١٩٨٠ و سنة ١٩٩٥ من ٣٥% إلى ٤٠% بينما تراجعت هذه النسب عند الذكور مما يطرح عدة نقاط استفهام حول العلاقة بين الخصائص الاجتماعية و الثقافية للاناث و الذكور واعتماد سلوكيات إنجابية لا تتماشى مع النموذج السائد في باقي الدول العربية

(حالة سوريا) متوسط عمر العزوبية حسب نوع و مكان الإقامة و المستوى التعليمي

المتغيرات	ذكور	إناث
مكان الإقامة		
حضر	٢٩,٨	25.2
ريف	28.8	26.0
المستوى التعليمي		
أمي	28.5	24.2
القراءة و الكتابة	28.0	25.1
إبتدائي	28.5	24.5
إعدادي	29.3	25.1
ثانوي فأكثر	31.2	28.2
جملة	29.4	25.6

المصدر : مسح صحة الأسرة في سوريا، سنة ٢٠٠٢

كما نلاحظ كذلك من خلال البيانات المتوفرة في بعض الدول تقلص الفارق بين الريف و الحضر و حسب المستوى التعليمي للمرأة، ففي الجزائر مثلا تقلص هذا الفارق في متوسط العمر عن الزواج الأول للإناث بين الريف و الحضر من ٢,٤ سنة، عام ٩٣ إلى ما لا يقل عن سنة خلال عام ٢٠٠٢ و لقد إنخفض هذا الفارق بأقل حدة في تونس حيث إنتقل من ١,٦ سنة، عام ١٩٧٥ إلى ١,١ سنة، عام ٢٠٠١ كما نلاحظ من خلال البيانات المتوفرة للعمر عند الزواج الأول حسب المستوى التعليمي للمرأة تقارب في أنماط الزواج خاصة بالنسبة للمتحصلات على شهادة ابتدائية وشهادة إعدادية وأن نمط زواجهن بدأ يبعد بكثير على أنماط زواج غير المتعلّمات وبدأت تتشابه مع

اللاتي تحصلن على شهادة جامعية و اللاتي تنفردن بتصرفات زواجية خاصة بهن تتميز بإرتفاع في نسب العازبات في الفئات العمرية المتقدمة في السن (بعد ٣٥ سنة) وفي إختيار الزوج والعلاقة الأسرية بعد الزواج .

ففي الجزائر مثلا يشير الجدول الموالي إلى التقارب في أنماط الزواج بين النساء حسب مستوى الشهادات المتحصل عليها. و تدل هذه البيانات على الخطى السريعة التي ينتشر بها هذا النموذج الحديث لأنماط الزواج بين الفئات الاجتماعية و بين الجهات وعلى إعتقاد نمط شبه موحد مما ساعد على انتشار عملية التحول الديموغرافي و انخفاض الخصوبة بين المناطق الجغرافية .

متوسط العمر عند الزواج في الجزائر حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة

المتغيرات		النوع	
الوسط	ريف	ذكور	إناث
		٣٣,٧	30.0
المستوى التعليمي	حضر	31.9	29.1
	أميّ	31.0	28.3
	القراءة و الكتابة	32.2	28.7
	إبتدائي	33.4	29.3
	إعدادي	33.2	30.7
	ثانوي فأعلى	35.5	33.2
المجموع		33.0	29.6

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأسرة

و قد أكدت بيانات تونس هذا الاتجاه نحو إعتقاد نموذج متقارب في نمط الزواج بين كل الفئات كما تدل على ذلك المعدلات التراكمية للزواج حسب العمر و التي تعكس إحتتمالات الزواج في كل الفئات العمرية إذ أن مقارنة هذه الدالات بين الريف و الحضر والخصائص الأخرى للمرأة مثل التعليم تبرز تقلص الفوارق، و لقد بدأ يظهر هذا الاتجاه منذ منتصف التسعينات حيث تساوت هذه المعدلات بين الريف و الحضر رغم التباين الشديد في المستوى التعليمي بين الوستين.

و يعد الفارق في سن الزواج من المتغيرات التي يمكن ذكرها و التي تعكس بعض من التحولات في أنماط الزواج حيث أخذ هذا الفارق يتقلص شيئا فشيئا مما يدل على مشاركة أكثر للفتاة في اختيار الزوج أو على عدم رضاها بزواج يختلف عمره عن عمرها بكثير ولا ينتمي إلى جيلها وإلى قيم جيلها إذ يعتبر الفارق المرتفع لسن الزواج مؤشر للزواج المدبر من طرف الأسرة و الذي لا يؤخذ

فيه رأي الفتاة، و يعتبر الفارق بين العمر عند الزواج للرجل و المرأة من المتغيرات التي تعكس إلى حد معين فوارق النوع الاجتماعي باختلاف العمرين للمرأة و الرجل من شأنه أن يقوي من سيطرة الرجل على المرأة خاصة لو تزوجت هذه الأخيرة في سن مبكر وهو ما يحدث عادة ويحرمها من المساهمة في صنع القرار أين تفوق خبرته الحياتية على خبرتها خاصة وأن الإحتمالات أن يكون قد عاش تجارب زواجية من قبل غير ضعيفة.

وفي دراسة سابقة، (شقيير و فرح ١٩٩٩) أستنتجا الباحثان ان الفارق في السن عند الزواج بين الزوجين يكون أعلى عند البنات اللاتي تزوجن مبكرا و عند غير المتعلّقات أو اللاتي لهن مستوى تعليمي متدني كما أبرزت نفس الدراسة، أنه كلما تقلص هذا الفارق في سن الزواج كلما تحسنت ظروف المرأة المتعلقة بصحتها الانجابية مثل الرعاية الصحية خلال الحمل واستعمال موانع الحمل. ففي سوريا كان يساوي هذا الفارق ٤ سنوات في بداية التسعينات و لم ينخفض خلال العشرة سنوات الأخيرة بينما إنخفض في الجزائر من ٤,٢ سنة إلى ٣,٤ سنة خلال نفس الفترة، و في عمان ٦,٢ سنة في بداية التسعينات إلى ٣ سنوات ، سنة ٢٠٠٠ و يبقى مستقرا في تونس في حدود الـ ٤ سنوات وذلك لارتفاع السن عند الزواج منذ أواسط التسعينات و إعتداد أنماط زواج متقاربة بين الفئات الاجتماعية المختلفة .

و للتأخير في سن الزواج عدة دلالات نذكر منها ما يلي:

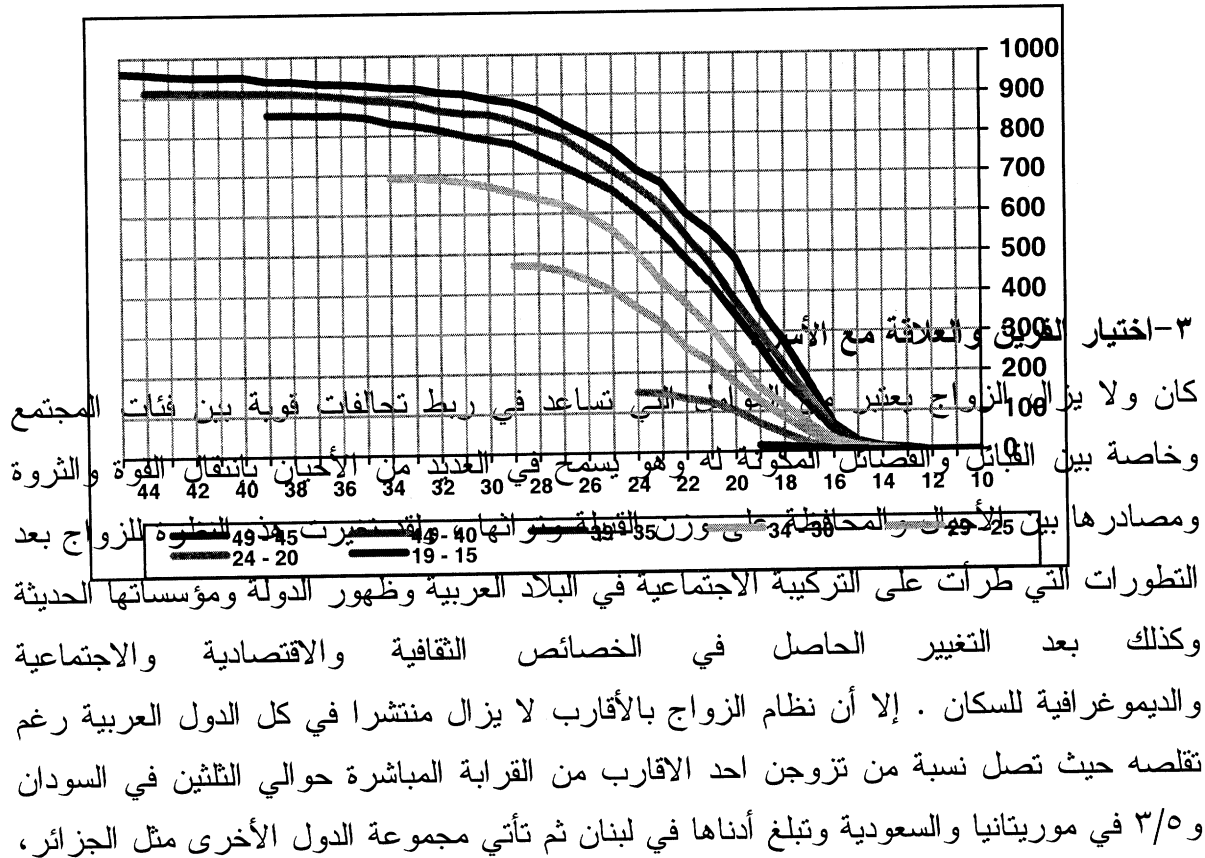
- ١- انخفاض نسبة الزواج في الفئات العمرية دون العشرين عاما
- ٢- طول فترة العزوبة قبل الزواج حيث تبقى نسب العزوبة ذكورا او إناثا مرتفعة جدا إلى حد الثلاثينيات من العمر فقد بلغت نسبة العزّاب من الذكور في تونس والجزائر ٩٠% او أكثر في الفئة ٢٠-٢٤ وبلغت نسبة العازبات في الفئة ٢٠-٢٤ في تونس ٨٥,٣% و في الجزائر ٨٣,٤% بينما تساوي في عمان ٥٣,١% مما يعطي للشباب حياة عزوبة اطول حيث يتمكن الاناث و الذكور من العمل خلال هذه الفترة و من التعليم المتقدم و التفكير في المستقبل و بوعي اكبر فيما يخص الاختيارات و الحقوق الانجابية ونوع الأسرة التي يريدونها و الحياة التي يرغبون فيها، كما تسمح لمن لهم الحظ في العمل على الحصول على الامكانيات اللازمة لإعداد الزواج مما يعطيهم أكثر إستقلالية عن الأسرة ويخفف من إعتمادهم عليها .

٢-ارتفاع في نسب العزوبة النهائية

رغم أن الزواج لا يزال يعتبر ظاهرة عامة عند الذكور و الاناث حتى أن نسبة العزوبة في الفئات العمرية ٤٥-٤٩ و ٥٠-٥٤ تكاد تكون ضعيفة و لا تفوق الـ ٢% أو ٣% في غالبية الدول العربية إلا أن الملاحظ لهذه الظاهرة يمكن له أن يشاهد إرتفاعا طفيفا في حالة بلدان مثل تونس في نسبة العزوبة بين هذه الفئات حيث بلغت هذه النسبة حدود الـ ٤% سنة ٢٠٠١ بينما كانت في

حدود الـ ٢,٥% في وسط التسعينات. ولقد شهدت هذه النسبة إرتفاعا في بعض مناطق البلاد التونسية تعلن عن بداية ظهور نسب مرتفعة للعزوبية النهائية للاناث خاصة ، حيث وصلت هذه النسب في الوسط الشرقي إلى ٦% بينما كانت تساوي ٣% في منتصف التسعينات، كما أخذت هذه النسب في الارتفاع في الوسط الحضري حتى بلغت ٤,١% بينما كانت تساوي ٢,٨% سنة ٩٥ ويؤكد هذا الاتجاه ما يمكن ملاحظته من خلال دالة النسب التراكمية للزواج حسب الأجيال المختلفة والتي تتبؤ بارتفاع في نسب العازبات في الفئات العمرية المتقدمة و التي تنقص فيها احتمالات الزواج. وعلى سبيل المثال بلغت في تونس نسبة النساء العازبات في الفئة العمرية ٣٠-٣٤ سنة وفي الفئة العمرية ٣٥-٣٩ سنة على التوالي ٣١,٧% و ٥% عند الاناث. بينما كانت تبلغ على التوالي ١٨,٥% و ٨,٩% عام ١٩٩٤. إن مواصلة الاتجاه يبدو حتمي وينبئ بارتفاع كبير في نسب العزوبية النهائية وينذر بظهور أنماط جديدة من الأسر المكونة من شخص واحد ومن طلب جديد على الخدمات الصحية ومن الحاجة إلى وجود قوانين جديدة تحمي وتساعد هذا النوع الجديد من الأسر من تحقيق رغباتها وتطلعاتها الانجابية ولا تختلف كثيرا هذه الظاهرة لدى المجتمع الجزائري أين تصل نسبة العازبات في الفئة العمرية ٣٥-٣٩ سنة إلى ١٦,٦% سنة ٢٠٠١ .

تونس: ٢٠٠١ النسب التراكمية للزواج



تونس ، سوريا ، مصر ، اليمن والبحرين . ويلاحظ ان الزواج بالقرابة المباشرة تشمل النسبة الاعلى من هذا الزواج حيث بلغت نسبة اللواتي تزوجن بقريب مباشر ٥٥,٦% في السودان و ٤١,٦% في موريتانيا و ٤٣% في ليبيا بينما تكون هذه الأخيرة عند حدود الـ ٣٠% في باقي الدول العربية ماعدا لبنان حيث تصل هذه النسبة إلى ١٨% . ورغم وصول بعض البلاد العربية إلى مراحل متقدمة من إنخفاض الخصوبة مثل تونس، الجزائر والبحرين إلا ان شبكات التعارف بين الأزواج وانماط الزواج لا تزال تركز على العلاقات والروابط الأسرية مما يدل على أن البنات والبنين لا يتمتعون بفضاءات واسعة للتعارف و يفضلون الزواج بشخص من معارفهم و التي لا تفوق بوتقتها في العديد من الأحيان الوسط العائلي بالاضافة بالطبع إلى إستمرار الأنظمة التقليدية للزواج بين الأقارب.

إلا أن البيانات الحديثة بدأت تبرز بعض التراجع في زواج الأقارب حيث نلاحظ من خلال الجدول التالي انخفاض نسبة الزواج بالأقارب في كل من تونس و الجزائر وسوريا وبدأت تنخفض نسبة الزواج بالقريب المباشر لصالح الزواج بأقارب آخرين مما يدل على اتساع رقعة الاختيار للبنات وللولد. ففي سوريا مثلاً بلغت نسبة الزواج بالأقارب إلى حدود الـ ٤٠% سنة ٢٠٠١ بينما كانت تساوي ٣٨% في بداية التسعينات وارتفعت نسبة الزواج بالأقارب بدرجة ثانية من ٢,٧% إلى ١١% خلال نفس الفترة أما في تونس فقد ارتفعت نسبة الزواج بالأقارب بدرجة ثانية من ١٢% في بداية التسعينات إلى ما يقارب ١٨% سنة ٢٠٠١

نسبة الزواج بالأقارب في بداية السبعينات و في بداية سنة ٢٠٠٠

	بداية السبعينات		بداية ٢٠٠٠	
	قريب مباشر	قرابة أخرى	قريب مباشر	قرابة أخرى
سوريا	34.9	2.7	29	11
الجزائر	25.6	9		
تونس	28.3	12.2	24	18

المصدر: المسح العربي لصحة الطفل و المسح العربي لصحة الاسرة

و تختلف شبكات التعارف بين الزوجين حسب المستوى التعليمي للبنات باعتبار أن المرأة المتعلمة لها حرية الحركة و الالتقاء بالشبان في فضاءات مختلفة عن الفضاءات العائلية ، إذ يشير المسح الجزائري على سبيل المثال أن نسبة الزواج بالأقارب إنخفضت إلى ١٣% بالنسبة للمتحصلات على شهادة ثانوية و ما فوق وفي حين لازالت تبلغ ٤٠% عند الأميات ولا تبرز نتائج المسح فوارق حسب طبيعة مكان الإقامة (ريف/حضر) . و تختلف أراء الشبان والشابات غير المتزوجين عن واقع الجيل الاسبق إذ يتبين أن غالبيتهم تطمح إلى اختيار الزوج المناسب بموجب ارادتهم والخروج

من بوتقة الأسرة و الزواج المدبر، ففي حالة سوريا مثلا يرى ٨٠% من الشبان الذكور و ٥٨% من الاناث أنهم سوف يقومون باختيار شريك حياتهم لوحدهم ، ولا يختلف هذا الوضع في الجزائر حيث الغالبية العظمى (٣/٤) من الشبان و الشابات إختاروا أو سيختارون شريك حياتهم لوحدهم كما أن الغالبية (٢/٣) يعارضون زواج الأقارب، و تتوافق بيانات الجزائر مع حالة تونس حيث أن الغالبية المطلقة للشبان و الشابات سواء كان ذلك في الوسط الحضري أو الوسط الريفي يرغبون في إختيار شريك حياتهم لوحدهم . كما تشير البيانات أن ١٢% من الاناث الريفيات و ٧% من الشابات الحضریات يفضلن أن تختار لهن العائلة الزوج المناسب .

إلا أن واقع العلاقات الاجتماعية وتأثيراتها يختلف عن الاتجاهات وخاصة لدى الاجيال الحديثة حيث تبقى العائلة المحرك الرئيسي في عملية الزواج حتى في حالة النساء الحاملات لشهادات عليا فقد أبرز مسح اجري في تونس (Mahfoud ١٩٩٤)^١ شمل نساء جامعيات أن ٥٣% منهن تعرفن على ازواجهن في الجامعة و ٢٢% في الوسط العائلي و ٧% فقط في الحياة المهنية ، و لا تزال قيود العائلة مفروضة و طاغية حيث أن ١٠% من الجامعيات لم تتحصلن على الإذن بالخروج مع الخطيب قبل الزواج وان حوالي الثلثين تتمتعن بحرية نسبية بينما تحصلن ٢١% منهن على حرية تكاد أن تكون مطلقة .

٤- تغيير أنماط الزواج و تأثيره على التركيبة الأسرية

أفادت العديد من الدراسات أن التركيبة الأسرية في البلاد العربية طرأت عليها تحويرات كبيرة من جراء عدة عوامل نذكر منها العوامل الاقتصادية إذ تقلص العمل العائلي و ظهر العمل المأجور بصفة كبيرة و من جراء التغيير في ظروف السكن و تطور الطلب و العرض لشقق الصغيرة الحجم و كذلك من جراء الهجرة الداخلية و تغيير أنماط الحياة و العلاقة مع الأسرة الممتدة، حيث تشير هذه الدراسات الى تنامي سريع للعائلة النووية على حساب العائلة الواسعة والممتدة ففي الجزائر مثلا تطورت نسبة الأسر التي تتكون من عائلة نووية واحدة من ٥٩,٤% سنة ١٩٦٦ إلى ٧١% سنة ١٩٩٨ و تصل هذه النسبة إلى حدود ٨٠% في بعض الدول الأخرى ، مثل تونس و مصر و نلاحظ نفس النتائج في المغرب حيث أكدت دراسة (CERED ١٩٩٦)^١ حول العائلة في المغرب و شبكات التعاون الأسري أن نسبة الأسرة المتكونة من عائلة نووية وقد ارتفعت من ٥١% عام ١٩٨٢ الى ٦٠,٣% عام ١٩٩٦ ، على سبيل المثال. إن سرعة التحولات الاجتماعية و وجود نماذج ثقافية و قيم مختلفة عند الأجيال الشابة ساعدت على ظهور هذا النوع في الاستقلالية في تكوين الأسرة.

^١ - Mahfoud Dorra (dir), 1994.-Femmes diplômées du Maghreb : pratiques novatrices, -Tunis , FNUAP, Institut de recherches et d'études sur la population .
^١ - CERED, FAMILLE AU MAROC :FAMILLE AU MAROC : Les Réseaux de Solidarité Familiale 1996

و تماشيا مع هذا الاتجاه بدأت الأسرة تستقل عن الأسرة الممتدة في الإقامة و السكن ففي تونس مثلا أبرز المسح حول صحة الأسرة (٢٠٠١) أن حوالي ٧٤% من الأسر مستقلة في السكن عن العائلة و لا تزال ٢٩% من العائلات مرتبطة في السكن مع أهل الزوج و ٤% مع أهل الزوجة كما يبرز نفس المسح أن العائلات الحديثة تستعين بالعائلة في بداية حياتها و إلى حد تحسن ظروفها و إقتناء مسكن أو الحصول على إمكانيات الإيجار حيث تأخذ إستقلالها و تمثل هذه النسبة ما يزيد ١/٣ الأسر حديثة التكوين (٣٦%).

كما أبرزت نتائج المسح المغربي المذكور أعلاه ان حوالي ثلثي العائلات تعيش في مساكن مستقلة على مسكن عائلة الزوجة و الزوج و لقد إختار العديد من ارباب الأسر الشبان أن يسكنوا على مقربة من عائلاتهم (في نفس القرية أو الحي) رغم طموحهم في الاستقلالية و ذلك لرعاية اوليائهم ومعاونتهم حيث لا توجد رعاية صحية كافية للمسنين في غالبية البلدان العربية.

و لا تعني استقلالية العائلة في السكن إستقلالية عن الأسرة الممتدة فالعائلة التونسية في شكلها الحالي أخذت شكلا حديثا في مظهرها و لا يزال الشكل التقليدي يطغى على جزء كبير من محتواها حيث أن القيم الفردية لم تطغى بعد و لا يزال التكافل قائم الذات حيث أن حوالي ٣/٤ الأسر المكونة خلال العقد الأخير يدعمون أوليائهم باستمرار أو بصفة مؤقتة كما لا تزال العديد من الأسر تتلقى الدعم من أسرة رب الأسرة أو من أسرة زوجته سواء كان ذلك من الناحية المادية (سلع و أموال) أو من ناحية المعونة في تربية الأطفال و تسيير أمور المنزل.

فقد اكدت الدراسة المذكورة أعلاه (CERED ١٩٩٦) أن حوالي ٢٦% من ارباب الأسر يسكنون مع أمهاتهم و ١١% مع أبويهم و تختلف هذه النسبة حسب طبيعة مكان الإقامة حيث تساوي ١/٥ في الوسط الحضري و ١/٣ في الوسط الريفي بالنسبة للأم و تبلغ هذه الأرقام على التوالي ٨,٥% و ١٨% بالنسبة لأرباب الأسر الذين يعيشون مع أبويهم ، وتطرق المسح إلى وسائل التكافل الأسري حيث أن هذا الأخير يأخذ عدة أشكال نذكر منها العمل ، السكن ، تحويلات مالية و غير مالية، سلع و قروض مالية و إعارة بعض السلع ، و فيما يخص العمل أبرزت الدراسة أن حوالي ٢٠% من الأسر تستفيد من عمل أفراد الأسرة الممتدة وأن ٢٣% تقدم نفس طبيعة العمل إلى الأسرة الممتدة، و تبلغ هذه الأرقام ١٠% و ١١% على التوالي في حالة التحويلات المالية و ٩% و ١٦% في حالة قروض مالية للأسرة ، كما تدل هذه البيانات على أن كل فئات العائلة الممتدة أو غالبيتها تتلقى وتقدم الخدمات بما في ذلك أهل الزوجة (زوجة رب الأسرة) ، وإستخلصت الدراسة أن التضامن والتكافل بين الأسرة لا يزال قائما بسبب الظروف الاقتصادية وقد أخذ ابعاد أخرى منها التي تمتد إلى عائلة الزوجة.

V - التحول الديموغرافي و التغيرات في الهيكل العمري للسكان

ينعكس انخفاض الخصوبة و الوفيات مباشرة على نسبة الزيادة الطبيعية (جدول ٣) للسكان حيث تشير إسقاطات الأمم المتحدة (الإحتمال المعتدل) إنخفاض هذه المعدلات بصفة اسرع في الدول التي تقدمت فيها عملية التحول الديموغرافي إذ نلاحظ في حالة البلدان التي لا تزال في مراحل بدائية في إنخفاض الخصوبة مثل حالة اليمن ، أن معدل الزيادة السكانية يبقى مستقرا خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٢٠ و يأخذ في الانخفاض البطيء بعد ذلك ليصل إلى حدود ٢٢% خلال الفترة ٢٠٤٠-٢٠٥٠ و يبقى له شوطا طويلا لبلوغ استقرار الوضع الديموغرافي ، و يختلف نسق هذا الانخفاض في حالة الدول التي تقدمت في مراحل إنخفاض الخصوبة مثل تونس و لبنان حيث ينخفض معدل الزيادة الطبيعية تدريجيا ليصل إلى حدود الـ "٠" في نهاية النصف الأول من هذا القرن و هي حالة الاستقرار التام للوضع الديموغرافي. كما نلاحظ نفس درجة الانخفاض في حالة بلدان المجموعة الثانية حيث سيتم إستقرار الوضع الديموغرافي في نفس الفترة . و تشير نفس الاسقاطات أن معدل الزيادة الطبيعية للسكان سينخفض إلى ما دون الـ ١% خلال الفترة ٢٠٢٠-٢٠٢٥ في غالبية الدول العربية التي تقدمت فيها سيرورة التحول الديموغرافي مثل الجزائر و المغرب و البحرين و تونس و قطر و الإمارات بينما تفوق ٢% في موريتانيا و اليمن أين يبلغ ٣,٤% .

كما ستتغير التركيبة العمرية للسكان (جدول ١-٢/٤-٣/٤-٤/٤) حيث ترتفع نسبة السكان في سن العمل ١٥-٥٩ سنة و نسبة المسنين بينما تنخفض نسبة الأطفال دون ١٥ عاما و سيبقى لفئة الشباب وزن لا بأس به في كل الدول العربية . حيث ستشهد غالبية الدول العربية فترة رفاهة من الناحية الديموغرافية إذ ستبقى نسبة السكان في سن العمل مرتفعة إلى حدود ٢٠٢٠ أو ما بعد ذلك حسب البلد.

ففي تونس مثلاً سترتفع نسبة السكان في الفئة العمرية ١٥-٥٩ سنة إلى حد ٢٠١٥-٢٠٢٠ ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي لتصل إلى ما تحت ٦٠% في حدود ٢٠٤٠، بينما يتوقع استمرار ارتفاع نسبة هذه الفئة لحد الفترة ٢٠٣٥-٢٠٤٠ في كل من الجزائر أما في اليمن فيتوقع تواصل هذه النسبة في الارتفاع إلى ما بعد النصف الأول من هذا القرن.

و تعد هذه النافذة الديموغرافية من المظاهر الايجابية في عملية التحول الديموغرافي و التي يمكن إستغلالها للاستثمار و تحسين إنتاجية العمل ، و وضع برامج تسمح بالتكافل بين الأجيال فهي فرصة جيدة لدفع برامج التأمينات الاجتماعية حيث أن عدد السكان الذين ينتمون إلى قوة العمل يفوق عدد السكان خارجها ، كما يمكن أن تسمح هذه الفترة من الرفاه الديموغرافي من خلق العديد من الفرص للاستثمار في الوطن العربي من اجل الاستغلال الأمثل لموارده الطبيعية و البشرية و تحسين خصائص هذه الأخيرة و خاصة تلك المتعلقة بالتعليم و إقتناء المعرفة و بالتقنيات الحديثة

وبالمشاركة في النشاط الاقتصادي لكل الفئات. حيث يلاحظ ان نسبة النشطين اقتصاديا لا تزال متواضعة في غالبية الدول العربية حيث تبلغ على سبيل المثال (٥٥% في الجزائر، ٥٨% في اليمن) و يقدر تقرير منظمة العمل الدولية لسنة ٢٠٠٠ أن إرتفاع هذه النسبة سوف يكون متواضعا خلال العشر سنوات القادمة. و تطرح إشكالية النافذة الديموغرافية عدة قضايا نذكر منها :

* إيجاد فرص عمل كافية تسمح بتخفيض معدلات البطالة العالية حيث يقدر تقرير التنمية في الدول العربية أن على الحكومات توفير ما يزيد على ٥ ملايين موطن شغل سنويا خلال الفترة العشرية القادمة حتى لا تتفاقم حالة البطالة في الدول العربية و خاصة عند فئة الشباب .

* ويعد تقليص معدلات البطالة و خاصة عند الشباب أداة للتوظيف الأمثل لطاقت الشباب و خاصة للمتحصلين على الشهادات منهم و لمحاربة الفقر و حالات الإقصاء التي يعيشها الشباب.

*تحسين إنتاجية العمل و ذلك لتعظيم القدرة التنافسية للاقتصاديات العربية و يتم ذلك بتأهيل اليد العاملة و خاصة اليد العاملة النسائية و إعادة الاعتبار لمساهمتها في النشاط الاقتصادي و مساواتها في الفرص مع الرجل حيث لا تزال مساهمتها ضعيفة في غالبية الدول العربية.

*تحسين برامج التأمينات الاجتماعية و تعميمها على كل المواطنين من أجل توفير الموارد اللازمة للبرامج الصحية و برامج رعاية الفئات الخاصة و المسنين مع ترسيخ مبدأ التضامن بين الفئات الاجتماعية و الأجيال إذ تمثل نفقات صناديق التأمين حاليا نسبا متواضعة جدا مقارنة بنفقات الحكومات، حيث تمثل في حالة مصر ١٦% و ٢٤% في حالة تونس و ١٤% في الجزائر و ٢٣% في الكويت بينما تبلغ ٥٢% في كل من ألمانيا و فرنسا على سبيل المثال، و يرجع هذا بالأساس إلى عدم شمولية الانخراط في نظم التأمينات الاجتماعية إذ تبلغ هذه النسبة ٣٣% من مجموع السكان في السعودية (١٩٩٦) بينما لا تفوق ٤% في موريتانيا.

*لعبت الهجرة الدولية في السابق دورا أساسيا في إقتصاديات بعض البلدان العربية من حيث تخفيض الضغط على الطلب على العمل و من حيث التحويلات بالعملة الصعبة و إذا كانت في السابق تهم فئات غير متعلمة و يد عاملة غير ماهرة إلا انها أصبحت الآن تجلب الكفاءات بأعداد كبيرة وهي تعتبر خسارة مزدوجة حيث أنفقت عليها الدول العربية من ناحية أموالا طائلة و لكون العديد من أسواق العمل في الدول الأوروبية عبرت عن الحاجة لهذه الكفاءات و خاصة منها بعض القطاعات المتعلقة بالتكنولوجيا المتطورة و الأطباء والمهندسين . وخلافا لهجرة اليد العاملة فإن هجرة الكفاءات يمكن أن يكون لها الأثر الكبير على الاقتصاد في البلاد العربية و على تطوره و على مستقبل التنمية و الاستثمار في الموارد البشرية . فعلى سبيل المثال قُدرت بعض الصحف الجزائرية أن هجرة الكفاءات شملت ما لا يقل عن ٣٠٠٠ جزائري سنويا ، و لقد ترسخ مشروع الهجرة عند الشباب فقد عبر ما يزيد على ٧٠% من الذكور و ٤٥% من الإناث عن رغبتهم في

الهجرة لتحسين أوضاعهم وتكوين مستقبلهم و تحقيق آمالهم. (مسح الشباب ضمن المسح الجزائري لصحة الأسرة).

و تبقى فئة الشباب (١٥ - ٢٩ سنة) من الفئات الفاعلة في المجتمعات العربية . حيث تقدر نسبتها في حدود الـ ٣٠% في الوقت الحاضر و من المنتظر أن تنقل نسبته في غالبية الدول العربية بصفة تدريجية بعد فترة إرتفاع تتواصل إلى نهاية العشرية الحالية و أوساط العشرية القادمة ، و تعيش هذه الفئة من السكان مشاكل كبيرة نذكر منها :

١-البطالة، التي تفوق الـ ٥٠% في العديد من الدول

٢-الاقصاء الاجتماعي و الثقافي حيث أن نسبة التسرب من التعليم تعد مرتفعة خاصة عند الذكور بالإضافة إلى المشاكل التي تتعلق بانتشار الجريمة و تعاطي المخدرات و العديد من الانحرافات الأخرى.

٣-الفقر الناتج على غياب فرص العمل و تردي الأوضاع الاقتصادية لعائلات الشبان.

٤-التعرض إلى مخاطر الأمراض المنقولة جنسيا و مرض الإيدز و عدة امراض أخرى خاصة و ان البيانات الأخيرة أظهرت أن فئات الشباب تقتقر إلى معلومات هامة في هذا الشأن ، ففي الجزائر مثلا تعد نسبة الشباب الذين تتوفر لديهم معلومات على السيدا ٩٥% بينما لا تبلغ هذه النسبة الـ ٨% لباقي الأمراض المنقولة جنسيا الأخرى ، كما ابرز المسح التونسي لصحة الأسرة أن حوالي ٦٤% من الذكور و ١٦% من الاناث لا يعرفون مرض الزهري.

■ كما أن إهتمام الشباب بالقضايا الجنسية يتضاعف و يبرز في الحياة العادية إذ أن نسب كبيرة من الشباب في الجزائر و تونس و سورية و عمان بدأت تهتم بالقضايا الجنسية في أعمار مبكرة مع دخول أعمار المراهقة (١٦-١٧ سنة) ، و قد حدد الشبان في تونس مثلا أن السن المناسب لبداية الممارسات الجنسية يكون ١٧ سنة للذكور و ١٥ سنة للاناث حسب تقدير الذكور و ١٧ سنة للذكور والاناث حسب تقدير الاناث و يعتبر قسط كبير من الشباب أن العلاقات الجنسية عند الشباب شائعة نسبيا إذ عبر ٦٥% من الشبان و ٢٢% من الشابات أنهم يعرفون في محيطهم شباب مارسوا الجنس.

■ و رغم هذا الوضع تبقى البرامج الوقائية من الأمراض المنقولة جنسيا متواضعة في غالبية الدول العربية و خاصة فيما يتعلق بتقديم الخدمات للشبان في ما يخص الصحة الانجابية، وتفيد بعض الدراسات الكيفية أن غياب مثل هذه الخدمات له تأثير على وجود عدد من الأمهات غير المتزوجات و أن إستعمال الواقي الذكري عند الشباب لا يزال ضعيفا في كل الدول العربية. وتعتبر فئة المسنين من الفئات التي تستجلب الإهتمامات الكبيرة لعدة اسباب نذكر منها ما يلي:

- ١- أن حجم هذه الفئة يزداد ارتفاعا في كل الدول العربية و لكن بأوتار مختلفة حيث ستصل نسبة السكان ٦٠ سنة و ما فوق الـ ١٠,٥% و ١١% و ١٢% في كل من لبنان ، تونس و الكويت و تبقى بين ٨% و ١٠% في بلدان المجموعة الثانية بينما تقل عن ٥% في اليمن .
- التحول الوبائي. أن طول توقع الحياة عند الولادة جعل العديد من الأمراض غير المعدية تظهر و ترتفع بشكل كبير خاصة عند المسنين .
- غياب خدمات صحية خاصة بالمسنين بما في ذلك بعض الدول النفطية
- غياب نظام التأمينات على الشخوة حيث تعد نسبة السكان المتحصلين على التقاعد (أو أي منحة عن نظام التأمينات) من مجموع السكان ٦٠ سنة و ما فوق ضعيفة إذ تصل سنة ١٩٩٦ إلى ٤٠% في مصر و ٤% في موريتانيا و ١٠,٩% في السعودية ، بينما تصل إلى ما فوق ١٤٠% في ألمانيا و ١٠٦% في البرازيل.
- ونظرا للفوارق في توقع الحياة عند الولادة بين الذكور والاناث ترتفع نسبة الأرامل بين المسنين حيث تبلغ نسبتهم ٤٦% من مجموع النساء في الفئة العمرية ٦٠ و ما فوق في الجزائر . وهو ما أصبح يمثل إحدى أبرز الخصائص الديمغرافية لفئة المسنين.
- بدأت نسبة كبار السن الذين يسكنون لحالهم ترتفع رغم ضلالتها و هو ما يطرح مشاكل متعلقة برعايتهم وتقديم المعونة لهم إذ أبرز المسح الجزائري لصحة الأسرة أن حوالي ٤% من السكان الذين تفوق أعمارهم الـ ٨٠ سنة يعيشون بمفردهم و ترتفع هذه النسبة عند الاناث .
- رغم كل الجهود و الانجازات التي حققها المسنين في حياتهم ، سواء كان ذلك على المستوى الشخصي أو على مستوى العائلة و البلاد فإن نسبة كبيرة منهم لا تشعر بالارتياح في حياتها حيث تبلغ هذه النسبة على سبيل المثال ٣٥% في الجزائر و لا تختلف هذه النسبة حسب المستوى التعليمي لهم و هي أعلى بكثير عند المسنين الذين يعيشون لحالهم.
- لا يزال العديد من المسنين يشاركون في الحياة العملية خاصة عند الذكور حيث تقدر هذه النسبة في الجزائر بـ ١٤% عند الذكور و ٢% عند الإناث و أن نسبة كبيرة منهم يحتاجون إلى معونة إذ أن نسبة الذين يعولون على أنفسهم لا تفوق الـ ١٤% و أن أكثر من الثلث (٣٨%) معالون تماما وفي غالب الأحيان تكون مصدر الإعانة من الأطفال و لا تبلغ نسبة المتحصلين منهم على التقاعد إلا ٥٢%.
- أبرز المسح الجزائري لصحة الأسرة أن كبار السن يعانون من عدة أمراض خاصة منها ضغط الدّم (٢٩%) قرحة المعدة (١٢%) السكرى (١١%) ، أمراض و آلام المفاصل (٢٤%) ، عدم التحكم في البول (٦%) آلام الظهر (١٠%) ، مرض القلب (٨%) أي أن حوالي ثلثين المسنين يعاني على الأقل من مرض واحد ، و أن نسبة هامة منهم (٢/٥) صرّحوا بأنّ لهم مشاكل

للحصول على الأدوية ، أما نسبة الذين يتمتعون بتغطية صحية فهي تساوي ٥٢% و أن ٧٠% منهم فقط راضون على طبيعة الخدمات المقدمة لهم .

تستدعي هذه البيانات إعادة التفكير في طبيعة الخدمات الصحية في البلدان العربية خاصة في إطار عمليات الإصلاح الصحي إذ أن البرامج الصحية الحالية تركز في غالبيتها على معالجة الأمراض المعدية وعلى الوقاية ولم تأخذ بعين الاعتبار الارتفاع في الأمراض غير المعدية والمزمنة والتي تتطلب إستثمارا كبيرا في التجهيزات وفي تكوين الأطر الصحية وفي وجود طرق علاجية مختلفة خاصة فيما يخص المسنين.

لا من شك أن عملية التحول الديموغرافي أخذت في الدخول إلى مراحل متقدمة في غالبية الدول العربية ما عدا مجموعة الدول العربية الأقل نمواً مثل اليمن و موريتانيا و التي لم تتضح فيها بعد الاتجاهات نحو إنخفاض في الخصوبة و الوفيات رغم ظهور بوادر لهذه الاتجاهات، و لقد لعب التعليم و اعتماد البرامج الصحية و البرامج التنموية بالإضافة إلى السياسات السكانية دوراً هاماً في تفعيل نسق التحول الديموغرافي .

و لقد كان لهذه البرامج مفعول كبير على إرتفاع نسب إستعمال موانع الحمل وإنتشار نموذج للزوجية يتصف بالتأخير في السن عند الزواج وغياب الزواج المبكر ، ولهذين العاملين الأثر الكبير على إستمرار إنخفاض الخصوبة في كل الدول العربية . كما ابرزت البيانات أن بلدان المجموعة الثانية مثل الجزائر والمغرب والبحرين ... الخ ستدخل من جراء العوامل التي ذكرناها مراحل الخصوبة المنخفضة على غرار ما وصلت إليه تونس و لبنان ، وتحتاج بلدان المجموعة الثالثة دعماً من ناحية السياسات الصحية و السكانية و خاصة تلك السياسات الهادفة تغيير بعض الاتجاهات والسلوكيات لضمان مواصلة انخفاض الخصوبة بنفس الوتائر .

إلا أن هذه الاتجاهات لا تتوافق مع مضمون العديد من الاتجاهات والقيم السائدة والتي قد تعيق مسار التحول الديموغرافي و أن تحليل نظم القيم و تطورها يشير إلى مظاهر متناقضة فالبعض بدأت تتسم بالحدثة والأخرى لا تزال في إرتباط وثيق بالتقاليد و تعد تركيبة و توزيع الأدوار داخل الأسرة من العناصر التي تأخذ مظاهر الحدثة في شكلها و مظاهر مرتبطة بالتقاليد في محتواها . إلا أن هذه الانماط الجديدة للزواج و ظهور أنواع جديدة من الأسر الفردية و إنتشار السلوك الفردي وإرتفاع نسب العزوبة لدى الذكور والاناث من شأنها أن تغير بعض الاتجاهات في سلوك الشباب والفئات الأخرى من السكان و في مواقفهم المتعلقة بالقيم و إختياراتهم الانجابية وسلوكياتهم مثلاً تؤكد مواقف الشباب و اتجاهاتهم .

وحتى لا نتفاجئ بظهور أوضاع جديدة و حالات لم يقع التفتن و التخطيط إليها يكون من الأجدى إعداد دراسات لرصد هذه الاتجاهات الجديدة من أجل وضع البرامج الصحية و البرامج الاجتماعية والقوانين اللازمة و التي تتماشى مع هذه الاتجاهات .

إن تجربة إنتشار العملية الثانية من التحول الديموغرافي في بلدان جنوب أوروبا والتي كانت تتسم إلى وقت قريب بوجود قيم و تقاليد مخالفة لها تجعلنا نؤكد على الحرص على متابعة تطورات القيم عند الشباب وإعداد البرامج الصحية والاجتماعية اللازمة لتلبية الطلب على الخدمات الصحية وخدمات الصحة الانجابية.

وعلى الدول العربية أن تستفيد من نتائج التحول الديموغرافي وخاصة من النافذة الديموغرافية والتي لن تتكرر مرة ثانية وذلك:

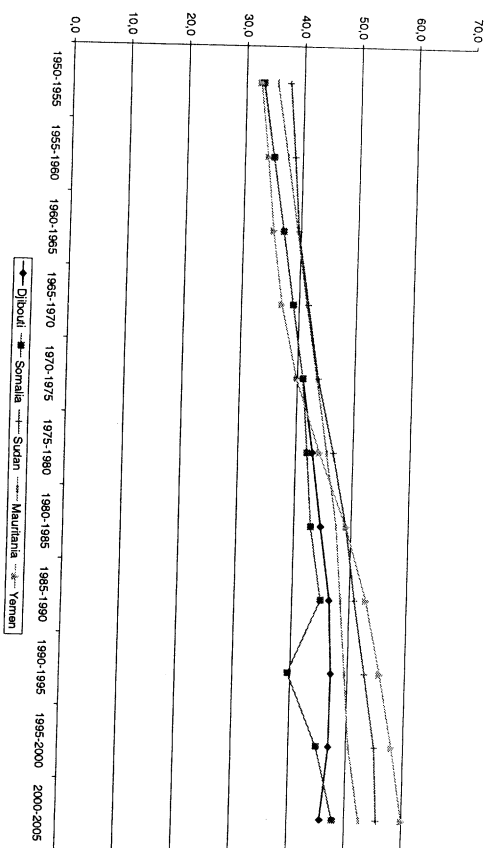
- بتقليص معدلات البطالة وخاصة عند الشباب والإستعمال الأمثل لطاقتهم،
- بتحسين انتاجية العمل وذلك لتعظيم القدرة التنافسية للإقتصاديات العربية واستقطاب خبرات الشباب وخاصة المتحصلين منهم على شهادات عليا،
- بالتوظيف الأمثل لخبرات الشباب لصالح التنمية المحلية،
- بإعادة أعتبار اليد العاملة النسائية ولخبرتها ومهارتها ومساواتها في الفرص مع الرجال،
- بإعداد اصلاحات في الأنظمة الصحية لتأخذ بعين الإعتبار حاجيات كل السكان وخاصة الطلب العاجل للشباب والمسنين ومعالجة الأمراض غير المنقولة وكل مكونات الطلب المستقبلي على الخدمات الصحية،
- بتحسين برامج التأمينات الإجتماعية وتعميمها من أجل الرفع من أداء نظم التقاعد وتمويل البرامج الصحية وضمان تحويل الخيرات بين الأجيال واعداد برامج للحد من الهجرة الدولية وخاصة هجرة الكفاءات،
- بتحديث النظم التعليمية تماشياً مع التطور التكنولوجي والتقني من أجل تأهيل الشباب الى الإندماج في الأسواق الحديثة للعمل ذات الإنتاجية المرتفعة،
- بالعمل على تفعيل وتكريس مبادئ حقوق الإنسان والعدالة وخاصة فيما يتعلق بحقوق الشباب والنساء وتشريكهم بصفة فعلية في أخذ القرار وإعطائهم منابر للتعبير عن آرائهم بكل حرية وعن حقوقهم بما في ذلك حقوقهم الإنجابية وعن رغبتهم بالتمتع بمستقبل لائق.

Table 1 : Evolution of Total fertility rates 1975-2005 (UN Population Division)

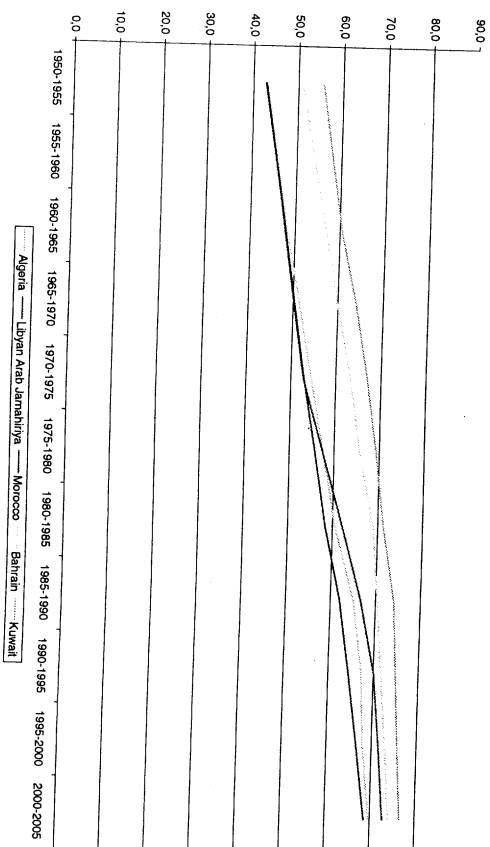
	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	% decrease 1977-1982	% decrease 1982-1987	% decrease 1987-1992	% decrease 1992-1997	% decrease 1997-2002	% decrease 1982-1992	% decrease 1992-2002
TUNISIA	5,69	4,9	4,12	3,13	2,32	2,01	13,9	15,9	24,0	25,9	13,4	36,1	35,8
LEBANON	4,31	3,79	3,41	2,83	2,29	2,18	12,1	10,0	17,0	19,1	4,8	25,3	23,0
KUWAIT	5,89	4,87	3,94	3,2	2,89	2,66	17,3	19,1	18,8	9,7	8,0	34,3	16,9
BAHRAIN	5,23	4,63	4,08	3,42	2,98	2,66	11,5	11,9	16,2	12,9	10,7	26,1	22,2
MOROCCO	5,9	5,4	4,52	3,55	3	2,75	8,5	16,3	21,5	15,5	8,3	34,3	22,5
ALGERIA	7,18	6,36	5,23	4,12	3,15	2,8	11,4	17,8	21,2	23,5	11,1	35,2	32,0
UNITED ARAB EMIRATES	5,66	5,23	4,6	3,8	3,17	2,82	7,6	12,0	17,4	16,6	11,0	27,3	25,8
LIBYA	7,38	7,18	5,65	4,1	3,43	3,02	2,7	21,3	27,4	16,3	12,0	42,9	26,3
QATAR	6,11	5,45	4,7	4,1	3,7	3,22	10,8	13,8	12,8	9,8	13,0	24,8	21,5
EGYPT	5,5	5,3	4,8	4	3,51	3,29	3,6	9,4	16,7	12,3	6,3	24,5	17,8
SYRIA	7,45	7,25	6,15	4,61	3,82	3,32	2,7	15,2	25,0	17,1	13,1	36,4	28,0
JORDAN	7,38	6,77	5,87	4,87	4,11	3,57	8,3	13,3	17,0	15,6	13,1	28,1	26,7
SUDAN	6,3	6	5,6	5,3	4,9	4,39	4,8	6,7	5,4	7,5	10,4	11,7	17,2
SAUDI ARABIA	7,28	7,2	6,58	5,76	5,09	4,53	1,1	8,6	12,5	11,6	11,0	20,0	21,4
IRAK	6,56	6,35	6,15	5,7	5,25	4,77	3,2	3,1	7,3	7,9	9,1	10,2	16,3
OMAN	7,2	7,2	6,9	6,49	5,44	4,96	0,0	4,2	5,9	16,2	8,8	9,9	23,6
DJIBOUTI	7,39	7	6,43	6,46	5,99	5,57	5,3	8,1	-0,5	7,3	7,0	7,7	13,8
MAURITANIA	6,8	6,6	6,4	6,25	6,1	5,7	2,9	3,0	2,3	2,4	6,6	5,3	8,8
YEMEN	6,5	6,3	6,2	6,1	6	5,79	3,1	1,6	1,6	1,6	3,5	3,2	5,1
SOMALIA	8,5	8,5	8,3	7,8	7,3	7,01	0,0	2,4	6,0	6,4	4,0	8,2	10,1
	7,25	7,25	7,25	7,25	7,25	7,25	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Table 2: Life expectancy at birth 1950-2005 (UN population projection)												
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	
Djibouti	33,0	35,0	37,0	39,0	41,0	42,9	44,7	46,5	47,1	47,0	45,7	
Somalia	33,0	35,0	37,0	39,0	41,0	42,0	43,0	45,0	39,5	44,8	47,9	
Algeria	43,1	45,7	48,3	51,4	54,5	57,5	60,5	65,0	67,2	67,9	69,7	
Egypt	42,4	44,9	47,4	49,7	52,1	54,0	56,5	61,0	63,9	67,0	68,8	
Libyan Arab Jamahiriya	42,7	45,3	47,8	50,2	52,8	57,4	62,2	66,7	70,1	71,6	72,8	
Morocco	42,9	45,4	47,9	50,3	52,9	55,7	58,3	61,9	64,4	66,6	55,6	
Sudan	37,6	38,6	39,6	41,6	43,6	46,6	49,1	50,9	52,9	55,0	72,8	
Tunisia	44,6	47,1	49,6	52,1	55,6	60,8	64,9	66,9	70,2	71,7	52,5	
Mauritania	35,4	37,5	39,4	41,4	43,4	45,4	47,4	48,4	49,4	50,5	74,0	
Bahrain	50,9	53,9	56,9	59,9	63,3	65,6	68,9	70,4	71,6	58,7	60,7	
Iraq	44,0	47,0	50,0	53,0	57,0	61,1	62,3	65,0	68,5	69,7	71,0	
Jordan	43,2	45,7	48,1	51,6	56,5	61,1	63,7	65,9	68,5	75,7	76,6	
Kuwait	55,6	58,0	60,5	64,1	67,0	69,3	71,3	74,1	74,9	72,6	73,5	
Lebanon	55,9	58,5	60,7	62,9	65,0	65,0	65,9	67,0	69,2	71,4	72,4	
Occupied Palestinian Territory	43,2	45,7	48,2	51,7	56,6	60,8	64,4	67,1	69,7	71,4	72,4	
Oman	37,6	40,1	43,2	47,0	52,1	57,4	62,7	67,9	71,1	71,6	72,2	
Qatar	48,0	50,9	54,9	58,7	62,1	65,0	67,0	68,2	69,5	70,9	72,3	
Saudi Arabia	39,9	42,9	45,9	49,9	53,9	58,7	62,6	66,5	67,9	70,5	71,9	
Syrian Arab Republic	45,9	48,4	51,0	53,9	57,0	60,0	62,5	64,9	72,5	73,8	74,7	
United Arab Emirates	48,0	51,0	55,0	58,9	62,2	66,2	68,6	71,3	72,5	73,8	74,7	
Yemen	32,5	34,0	35,2	37,0	39,8	44,2	49,1	52,9	55,6	58,0	60,0	

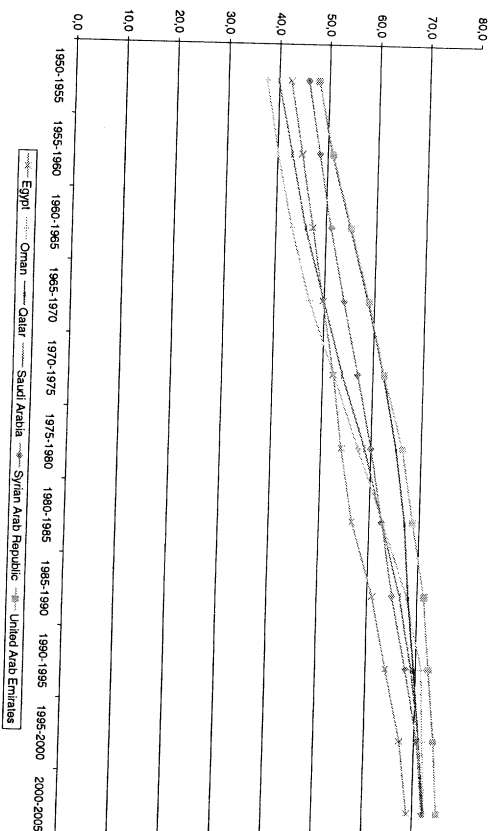
Expectancy of life in Yemen, Sudan, Mauritania an somalia



life expectancy



Expectancy of life in Qatar, Syria, Saudi Arabia, Syria and Emirates



Expectancy of life for tunisia and lebanon

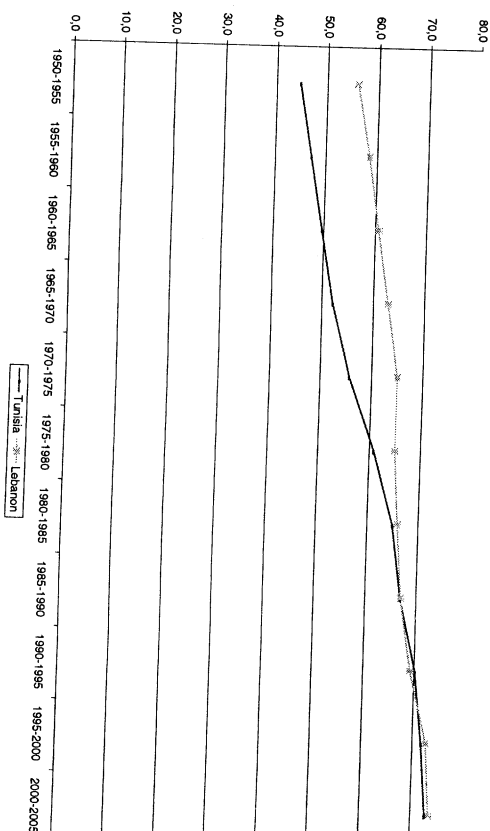
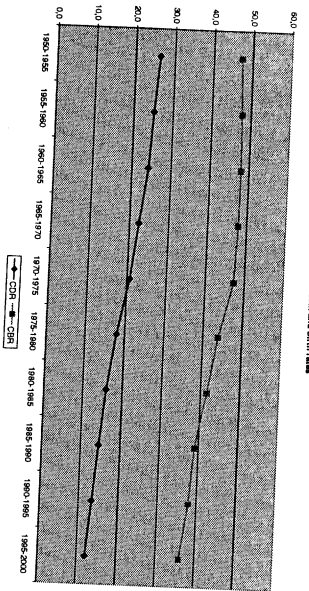


Table 3.1 Crude Birth and Death rates																
		1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	30.4	28.3	26.6	24.7	22.5	20.5	19.0	17.7	17.3	17.2					
Djibouti	CDR	50.3	51.5	52.2	51.0	48.2	45.4	44.3	43.6	43.1	42.3					
Djibouti	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	31.8	29.7	27.4	25.5	23.7	22.9	22.0	20.3	24.8	20.2					
Somalia	CDR	53.4	52.1	51.0	50.8	51.3	51.7	51.8	51.7	52.0	52.4					
Somalia	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	23.9	21.2	19.4	17.4	15.4	13.4	10.4	7.9	6.5	6.0					
Algeria	CDR	51.0	50.8	50.4	48.9	48.0	45.0	40.6	35.1	29.2	24.1					
Algeria	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	24.0	21.0	20.4	18.3	15.3	14.0	12.4	9.6	7.9	6.7					
Egypt	CDR	48.6	44.8	45.4	41.5	39.8	39.7	38.7	35.0	30.0	27.0					
Egypt	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	22.5	19.9	18.3	16.8	14.8	12.7	10.9	5.3	4.2	4.2					
Libyan Arab Jamahiriya	CDR	48.0	48.5	49.0	49.5	49.0	47.3	45.6	31.8	24.6	23.2					
Libyan Arab Jamahiriya	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	25.7	22.7	19.6	17.4	15.7	13.0	11.4	8.9	7.4	6.6					
Morocco	CDR	50.4	50.4	50.1	48.2	45.6	39.4	37.1	32.3	26.7	24.4					
Morocco	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	26.3	25.2	24.2	22.4	20.7	17.9	15.9	14.5	13.3	12.1					
Sudan	CDR	47.2	47.7	47.9	47.8	47.3	43.9	41.6	39.0	37.9	36.0					
Sudan	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	22.6	20.3	17.9	15.5	12.3	9.5	7.6	6.9	5.9	5.5					
Tunisia	CDR	46.4	46.7	46.5	41.8	37.1	36.5	33.6	30.2	24.2	18.7					
Tunisia	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	27.8	25.9	24.3	22.3	20.0	17.4	14.9	11.9	10.2	8.9					
Western Sahara	CDR	47.7	49.3	49.9	48.5	44.3	42.1	41.6	37.9	33.4	30.4					
Western Sahara	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	26.7	25.1	23.7	22.2	20.6	19.0	17.5	16.8	16.2	15.5					
Mauritania	CDR	44.4	46.7	46.8	46.3	45.4	44.8	43.2	42.6	42.4	42.6					
Mauritania	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	16.4	15.7	13.8	10.1	7.5	6.3	4.5	4.0	3.6	3.2					
Bahrain	CDR	45.1	45.5	47.0	43.4	36.0	34.4	32.8	31.2	26.5	23.0					
Bahrain	CBR	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000					
	CDR	21.9	21.0	18.8	16.9	14.6	8.7	8.1	6.8	10.1	9.8					
Iraq	CDR	49.4	49.4	49.3	48.9	47.4	41.9	41.0	40.2	38.8	37.3					
Iraq	CBR															

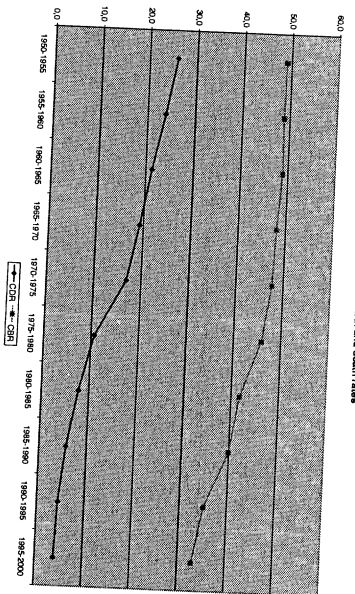
		Table 3.1 : Crude Birth and Death rates															
		1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000						
Jordan	CDR	26,0	23,0	22,0	19,0	13,0	9,6	8,9	7,1	5,8	4,6						
Jordan	CBR	46,7	46,7	52,5	52,5	50,0	45,0	42,3	38,8	34,4	30,9						
Kuwait	CDR	11,2	10,5	9,0	6,3	5,0	4,2	3,2	2,4	2,1	1,9						
Kuwait	CBR	45,2	44,3	44,5	49,7	44,4	40,1	34,6	28,1	20,7	22,8						
Lebanon	CDR	18,7	15,2	13,3	11,8	9,3	8,7	8,8	7,8	6,8	5,5						
Lebanon	CBR	41,0	43,4	42,7	38,8	32,1	30,1	29,3	27,8	24,5	20,4						
Occupied Palestinian Territory	CDR	26,0	23,0	22,0	21,0	16,8	13,5	9,1	6,3	6,9	5,0						
Occupied Palestinian Territory	CBR	46,7	46,7	52,5	52,5	46,6	47,8	44,6	45,1	45,6	41,8						
Oman	CDR	27,1	24,6	21,7	18,5	14,6	11,0	7,7	5,1	3,6	3,4						
Oman	CBR	51,4	50,9	50,4	50,0	49,5	48,1	46,0	42,1	35,5	31,3						
Qatar	CDR	22,2	19,4	16,7	14,1	11,6	9,4	4,9	3,5	3,4	3,6						
Qatar	CBR	46,3	43,7	40,8	37,0	31,3	29,9	28,7	25,6	19,9	22,0						
Saudi Arabia	CDR	25,9	23,7	21,3	19,2	16,9	10,7	7,8	5,7	4,5	3,9						
Saudi Arabia	CBR	49,0	48,8	48,9	48,1	47,6	45,9	41,7	39,9	35,1	32,9						
Syrian Arab Republic	CDR	20,5	18,3	16,1	13,7	11,6	9,7	8,2	6,6	5,1	4,2						
Syrian Arab Republic	CBR	48,1	47,9	48,5	47,4	46,8	46,9	46,4	40,6	32,9	29,6						
United Arab Emirates	CDR	22,8	20,7	17,3	12,3	9,9	7,4	4,0	3,1	2,5	2,3						
United Arab Emirates	CBR	47,8	47,5	43,6	38,6	33,0	30,5	29,5	28,4	22,9	19,0						
Yemen	CDR	34,2	31,8	29,9	27,5	24,6	20,8	16,8	13,8	12,0	10,4						
Yemen	CBR	54,8	54,0	54,1	53,7	54,2	55,4	55,6	53,5	49,3	46,0						

Table 3.2 :Rate on natural increase (UN medium assumption)												
	2000- 2005	2005- 2010	2010- 2015	2015- 2020	2020- 2025	2025- 2030	2030- 2035	2035- 2040	2040- 2045	2045- 2050		
Comoros	28,3	26,3	23,3	20,5	18,5	17,6	16,3	14,6	12,7	10,9		
Djibouti	21,8	19,0	17,5	16,7	15,8	14,7	13,6	12,7	11,9	11,0		
Algeria	17,3	16,2	14,6	12,4	9,9	8,3	7,3	6,1	4,8	3,2		
Egypt	20,3	20,0	17,5	15,0	12,9	11,5	10,2	8,7	7,0	6,0		
Libyan Arab Jamahiriya	18,9	18,3	16,4	13,5	10,5	8,3	7,6	7,0	6,0	4,4		
Morocco	17,2	16,2	14,6	12,7	10,8	9,3	7,9	6,5	4,9	3,7		
Sudan	21,3	18,2	15,8	14,4	13,4	12,3	11,0	9,5	8,0	6,8		
Tunisia	11,5	11,2	10,6	9,6	7,7	5,8	4,5	3,4	2,2	0,8		
Mauritania	27,6	26,8	24,9	23,0	21,1	19,5	17,9	16,4	14,9	13,3		
Bahrain	16,7	14,3	12,5	11,1	9,4	8,2	6,6	5,0	3,7	2,7		
Iraq	26,3	25,2	23,5	21,0	18,8	16,8	15,1	13,3	11,5	9,6		
Jordan	23,7	20,9	18,3	16,3	14,6	12,9	11,1	9,2	7,3	5,9		
Kuwait	18,3	15,5	13,1	11,1	9,7	8,2	6,4	4,3	2,5	1,3		
Lebanon	13,7	12,3	11,1	9,7	8,0	6,8	5,6	4,2	2,7	1,3		
Occupied Palestinian Territory	34,5	32,3	30,0	27,7	25,3	22,8	20,5	18,4	16,5	14,7		
Oman	28,5	26,8	24,1	21,2	18,8	17,3	15,9	14,1	12,1	10,3		
Qatar	13,7	11,4	10,6	9,9	8,5	6,4	3,9	1,9	1,1	1,0		
Saudi Arabia	27,9	24,8	22,0	19,6	17,6	15,9	14,0	12,1	10,2	8,5		
Syrian Arab Republic	23,9	22,2	20,0	17,2	14,7	12,8	11,1	9,5	7,8	6,3		
United Arab Emirates	14,3	12,7	11,5	9,9	7,7	5,1	2,6	0,8	-0,7	-1,9		
Yemen	35,8	36,3	36,3	35,5	33,9	31,9	29,6	27,1	24,6	22,1		

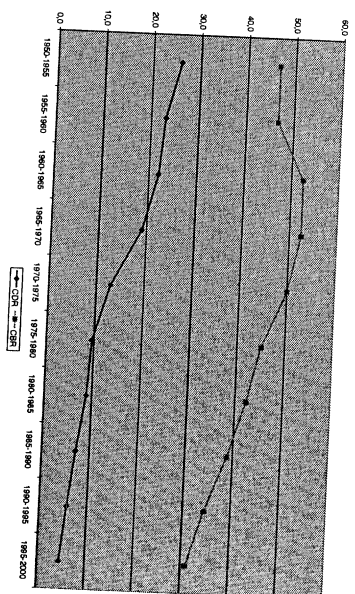
Sudan Crude birth and death rates



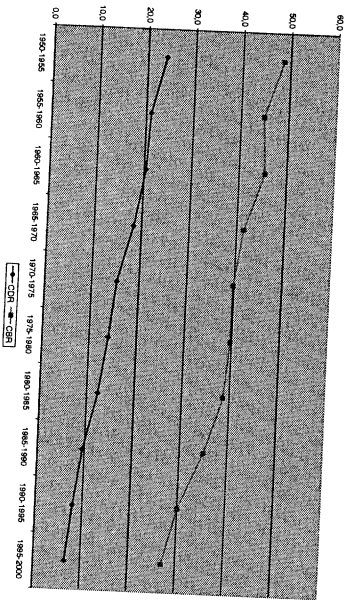
Saudi Arabia Crude birth and death rates



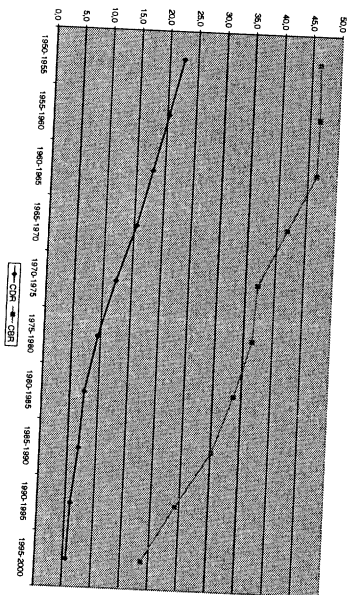
Jordan Crude birth and death rates



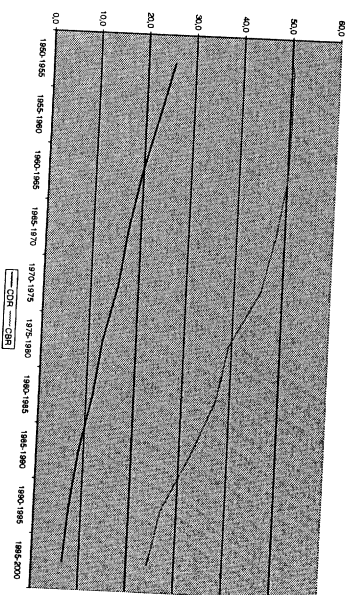
Egypt Crude birth rate and death rates



Tunisia Crude birth and death rates

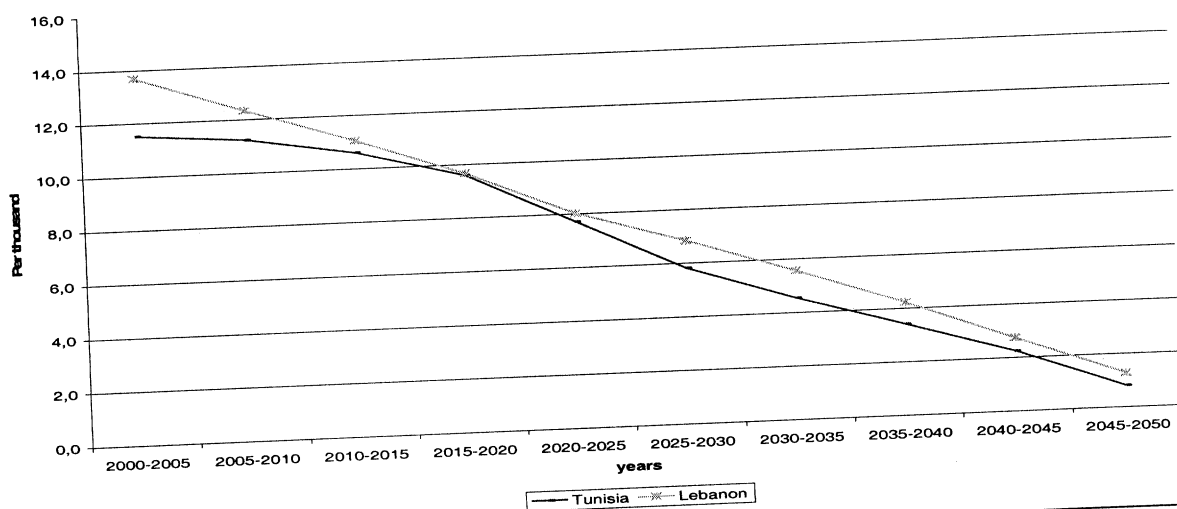


Morocco Crude birth and death rates

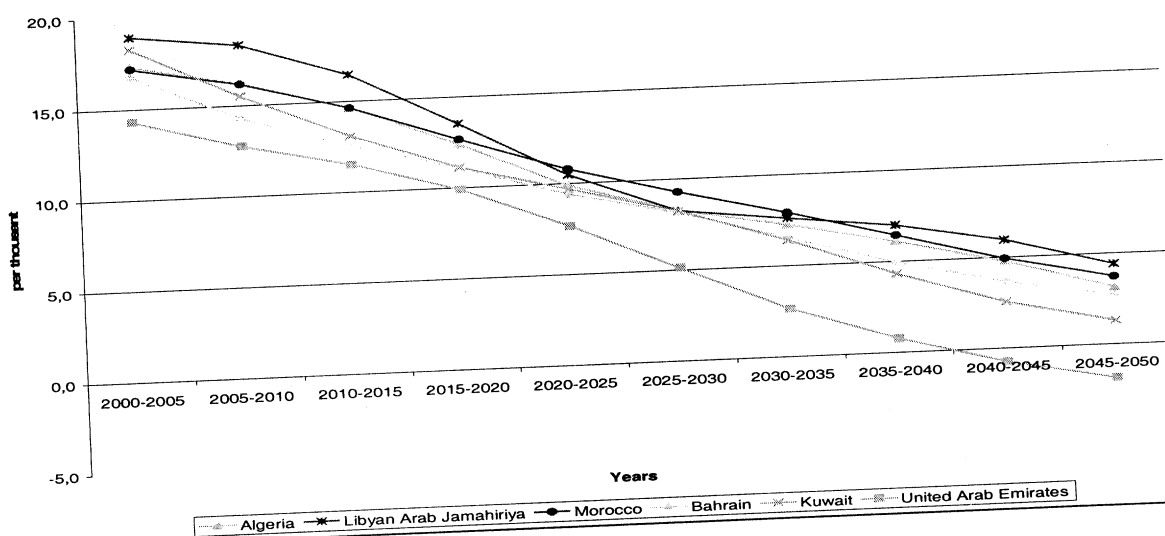


Evolution of the Rate of Natural Increase

Expected rate of natural increase in Tunisia and Lebanon 2001-2050



expected rate on natural increase in froupe 2: 2001-2050



Expected rate of natural increase group 3: 2001-2050

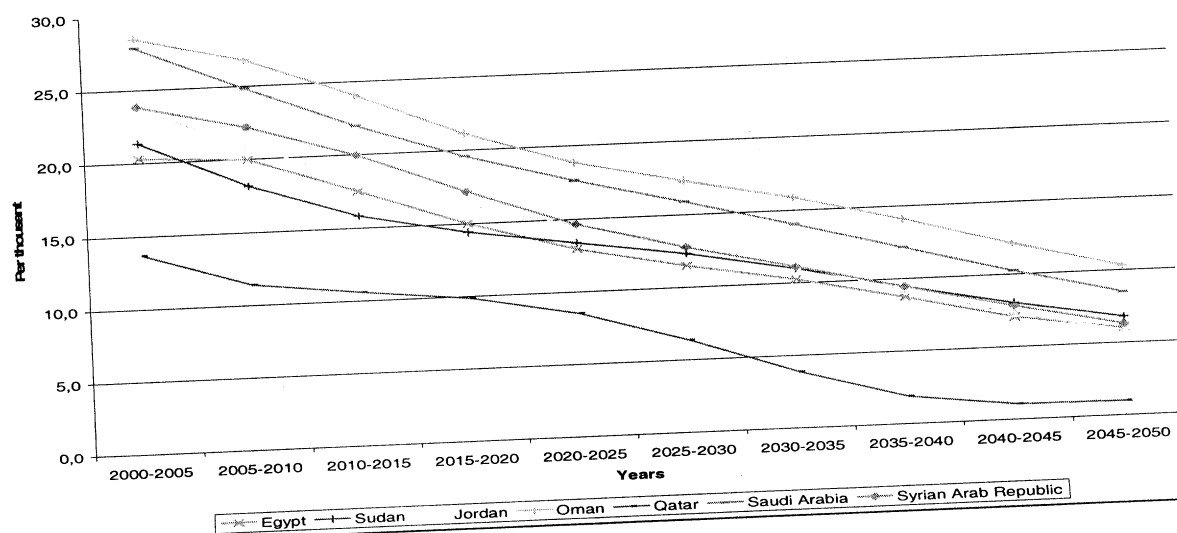


Table 4.1 :2001 : population by major age groups in the Arab countries					
Country	Note	%15-29	% 0-14	% 15-59	% 60+
Comoros		30	43	53	4
Djibouti		27	44	52	5
Somalia		27	48	48	4
Algeria		31	35	60	5
Egypt		28	37	57	6
Libyan Arab Jamahiriya		33	32	62	6
Morocco		31	33	61	6
Sudan		28	40	54	5
Tunisia		30	30	62	8
Mauritania		28	44	51	5
Bahrain		26	26	70	3
Iraq		28	42	54	4
Jordan		30	38	58	5
Kuwait		25	22	75	2
Lebanon		29	31	61	8
Occupied Palestinian Territory		27	47	49	4
Oman		29	33	64	3
Qatar		19	21	76	3
Saudi Arabia		27	37	58	4
Syrian Arab Republic		32	40	56	4
United Arab Emirates		22	21	77	2
Yemen		27	49	47	3

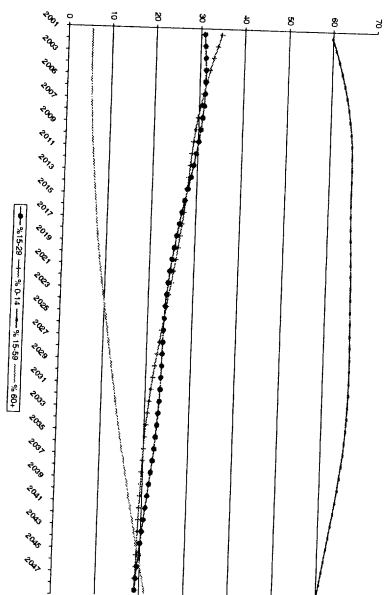
Table 4.2: 2011 : population by major age groups in the Arab countries						
Country	Note	%15-29	% 0-14	% 15-59	% 60+	Total
Comoros		29	41	55	4	100
Djibouti		29	42	53	5	100
Somalia		26	49	47	3	100
Algeria		30	29	65	6	100
Egypt		29	33	60	7	100
Libyan Arab Jamahiriya		28	29	63	8	100
Morocco		28	29	64	6	100
Sudan		28	37	57	6	100
Tunisia		29	24	68	8	100
Mauritania		27	43	52	5	100
Bahrain		24	22	72	6	100
Iraq		28	39	56	5	100
Jordan		28	33	61	5	100
Kuwait		20	20	74	5	100
Lebanon		28	26	66	8	100
Occupied Palestinian Territory		27	44	52	4	100
Oman		24	34	62	4	100
Qatar		19	20	73	7	100
Saudi Arabia		26	35	60	5	100
Syrian Arab Republic		31	34	61	5	100
United Arab Emirates		19	17	76	7	100
Yemen		28	48	49	3	100
Total arab countries		28	35	60	6	100

Table 4.3: 2021: population by major age groups in the Arab countries						
Country	Note	%15-29	% 0-14	% 15-59	% 60+	Total
Comoros		29	35	60	5	100
Djibouti		30	39	56	6	100
Somalia		27	47	49	4	100
Algeria		25	25	66	9	100
Egypt		26	30	61	9	100
Libyan Arab Jamahiriya		24	27	64	9	100
Morocco		24	26	64	9	100
Sudan		29	32	61	7	100
Tunisia		22	22	66	11	100
Mauritania		28	40	55	5	100
Bahrain		23	19	69	12	100
Iraq		28	35	59	6	100
Jordan		27	28	65	7	100
Kuwait		19	18	70	12	100
Lebanon		24	23	67	10	100
Occupied Palestinian Territory						
Oman		29	39	56	5	100
Qatar		25	31	62	7	100
Saudi Arabia		19	18	64	18	100
Syrian Arab Republic		27	30	63	7	100
United Arab Emirates		27	30	64	6	100
Yemen		17	17	65	18	100
Total arab countries		27	47	50	4	100
		26	32	61	8	100

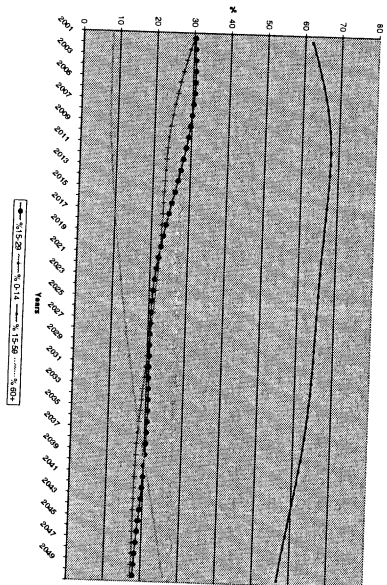
Table 4.4 2031: population by major age groups in the Arab countries						
Country	Note	%15-29	% 0-14	% 15-59	% 60+	Total
Comoros		28	31	63	7	100
Djibouti		29	35	59	6	100
Somalia		28	45	51	4	100
Algeria		23	21	66	13	100
Egypt		26	25	64	10	100
Libyan Arab Jamahiriya		25	21	67	12	100
Morocco		24	23	64	13	100
Sudan		27	29	62	9	100
Tunisia		21	20	65	16	100
Mauritania		29	35	59	6	100
Bahrain		21	18	65	18	100
Iraq		28	30	62	7	100
Jordan		25	25	64	11	100
Kuwait		18	16	61	23	100
Lebanon		22	20	64	15	100
Occupied Palestinian Territory						
Oman		29	35	59	6	100
Qatar		26	28	60	12	100
Saudi Arabia		18	18	56	26	100
Syrian Arab Republic		26	27	63	10	100
United Arab Emirates		26	25	66	9	100
Yemen		16	16	54	31	100
		28	44	52	4	100
		26	28	62	10	100

Table 4.5:2041: population by major age groups in the Arab countries						
Country	Note	%15-29	% 0-14	% 15-59	% 60+	Total
Country		26	28	63	9	100
Comoros		28	31	62	7	100
Djibouti		29	41	55	5	100
Somalia		21	19	63	17	100
Algeria		23	23	64	13	100
Egypt		22	19	64	17	100
Libyan Arab Jamahiriya		22	21	62	17	100
Morocco		25	26	63	11	100
Sudan		20	18	61	21	100
Tunisia		28	31	61	8	100
Mauritania		19	17	63	20	100
Bahrain		26	26	64	10	100
Iraq		23	22	63	15	100
Jordan		17	16	57	27	100
Kuwait		20	19	61	20	100
Lebanon						
Occupied Palestinian Territory		27	30	62	8	100
Oman		24	26	60	15	100
Qatar		19	17	59	24	100
Saudi Arabia		24	24	64	12	100
Syrian Arab Republic		23	22	65	14	100
United Arab Emirates		17	15	52	33	100
Yemen		29	40	56	4	100
Total arab countries		24	26	62	12	100

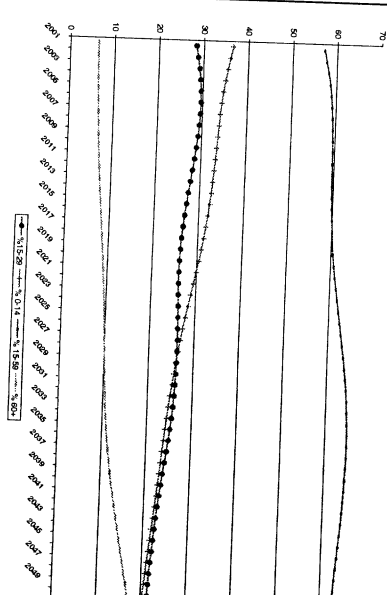
Algeria: Evolution of selected age groups 2001-205



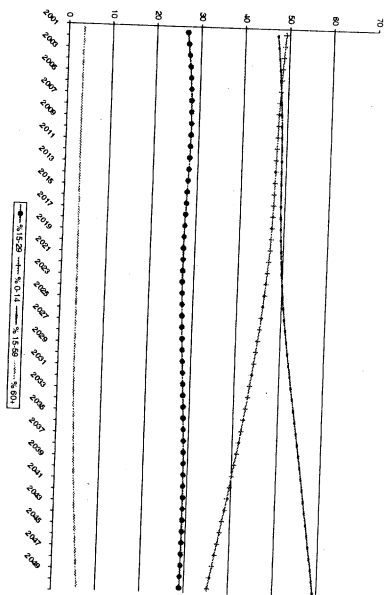
Tunisia: Evolution of selected age groups



Egypt: Evolution of selected age groups 2001-2041



Yemen: Evolution of selected age groups 2001-2050



Evolution for selected age groups for all arab countries 2001-2050

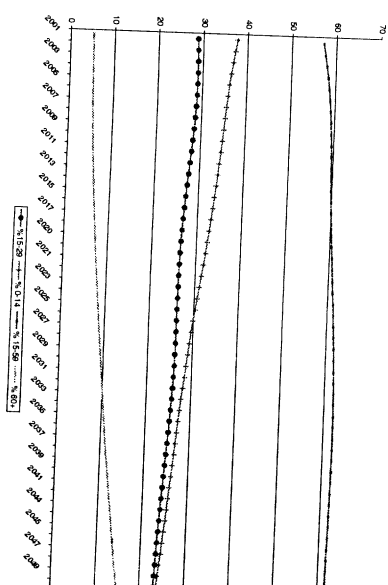


Table 5: Activity Rates by Sex for Arab countries															
Région ou pays	Total	1980	1995	2000	2010	Hommes					Femmes				
		1980	1995	2000	2010	1980	1995	2000	2010	1980	1995	2000	2010		
ALGERIE		49	52,7	55,7	62,5	80,4	79,3	79,6	80,6	19,1	25,5	31,2	43,9		
ARABIE SAOUDITE		53,5	57,5	57,2	58	86,3	83,7	81,8	78,3	9,6	18,7	22,5	32,1		
BAHREIN		62,1	65,7	66,6	66,2	89,1	87,5	88,4	85,7	17,1	32,2	34,1	39,4		
EGYPTE		56,8	59,2	60	63,6	83,5	82,8	82,1	83,2	29,3	34,6	37,1	43,2		
EMIRATS ARABES UNIS		76,2	73,5	70,8	68	94,9	91,2	88,5	85,6	16	32,2	33,3	37,9		
IRAK		48,7	47,4	48,3	50,9	80,1	76,4	76,2	76,7	16,3	17,3	19,4	24,3		
JORDANIE		47,7	51,5	54,4	57,3	78,7	78,3	79,5	78,4	14,6	22,9	27,9	35,3		
KOWEIT		61,5	60,9	62,2	66,5	86,3	80,3	79,6	80,7	21,1	39,8	42,3	50,4		
LIBAN		48,7	53,7	55,8	58,7	77,7	79,9	81,1	81	21,4	29,7	32,3	37,4		
LIBYE		57,4	53,7	53,4	53,4	85,6	80,2	78,1	74,9	23,3	23,7	26,2	30,9		
MAROC		61	62,2	63,1	64,6	84,6	82,5	82,7	82,2	38,1	42,1	43,7	46,8		
MAURITANIE		81,3	76,6	76,2	75,9	91,4	87,7	87,5	87,5	71,5	65,8	65,2	64,4		
OMAN		53,8	52,9	52,2	54,1	88,3	81,4	78,7	74,7	7,5	16,7	19,9	30,6		
QATAR		66,9	76,3	74,8	72,1	91,5	92,3	90,7	86,3	12,5	34,9	37,5	46,2		
SOMALIE		77,7	76,4	75,9	75	89,6	88	87,4	86,4	66,1	65,2	64,7	63,9		
SOUDAN		59,6	59,8	60,7	63,7	88,6	86,1	85,8	86,5	30,8	33,3	35,4	40,7		
SYRIE		53,3	54,1	55,2	59,3	82,1	80,4	80,1	82,1	23,6	27,2	29,9	36,1		
TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPES		35	40,4	41,5	43	64,3	70,7	71	70,2	6,1	7,5	9,4	13,6		
TUNISIE		59,6	60,1	61,5	64,5	84,9	82,9	83,1	83,8	34,5	37,1	39,6	44,6		
YEMEN		52,5	57	58	58,8	83	83,6	84,3	83,3	28,5	30,5	31,5	33,5		
