

عنوان المحاضرة : الخصوبة السكانية (المفهوم - القياس - الأبعاد - التطبيقات)

المرحلة الثانية

المادة : جغرافية السكان

١. الخصوبة مفهومها وأهميتها

تعد الخصوبة (أو الخصب) من بين أبرز القضايا السكانية التي أخذت الدول تعيرها أهمية بالغة منذ منتصف القرن العشرين كونها تمثل احد العناصر الاساسية في الدراسات الديموغرافية لانها ترتبط ارتباطا مباشرا بزيادة اعداد السكان وتظهر فاعلية الخصوبة في زيادة حجم المجتمع اذا ما توفرت ظروف صحية واعتيادية تقل فيها الاويئة ويسود فيها السلم ، لذلك فالخصوبة هي ظاهرة الانجاب في اي مجتمع سكاني والتي يعبر عنها بعدد المواليد الاحياء . ومن هنا أصبحت الخصوبة في نظر الحكومات ظاهرة ترتبط ارتباطا وثيقا بمشكلة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فمنها ما يعد ارتفاع الخصوبة عاملا معوقا لتقدمها لا بد من العمل على الحد منها من جهة ، ومن جهة اخرى تجد الحكومات ان الزيادة السكانية عاملا مهما لتقدمها واستثمار مواردها . وعموما أخذت العديد من بلدان العالم بنشر اعلانات متلفزة او دعايات منشورة تهدف جميعها لتقليل معدلات الخصوبة عن طريق منع الحمل التي أخذت تنتشر خلال العقود الاخيرة ومنها عمليات الاجهاض ووسائل منع الحمل الاخرى وتحديد ابعادها ، وهنا للجغرافي الدور الكبير في تحديد الظاهرة مكانيا. وينظر للخصوبة في قدرتها على تحقيق وإعادة تحقيق التوازن السكاني، إذ تمثل الوسيلة الأكثر فاعلية وأهمية في تحقيق الأمن السكاني في بعديه الداخلي والخارجي .

يوجد نوعان من الخصوبة (الخصوبة الفعلية ، الخصوبة الكامنة (الفسيولوجية)) اما مفهوم الخصوبة (الفعلية) فعلى الرغم من تعدد التعريفات الا ان أكثرها قبولا يراد به **الانجاب الفعلي من المواليد الأحياء** ، اذ يمكن تحديد مستويات الخصوبة الكامنة بحصر عدد المواليد في المجتمعات التي لا يلجأ سكانها إلى استعمال وسائل تحديد النسل او تأجيله ، اما بخصوص الخصوبة الكامنة فالمقصود بها القدرة الكامنة عند المرأة على الانجاب ، وهذا مرهون بالحدود العمرية المقدره على الاخصاب وبالتالي فهي تختلف باختلاف العمر والنوع ، ففلايات حدود عمرية معينة يتم خلالها الحمل والوضع ، اذ اشارت العديد من الدراسات بان امكانية المرأة على الحمل تمتد بين سن (١٥ و ٤٤ أو ٤٩ سنة) اذ تبدأ في سنة ١٣ وتنتهي بسن متأخرة ، في حين

نجد ان قدرة الذكور على الاخصاب فتمتد مدة أطول من الإناث ، اذا ما توفرت الظروف الصحية المناسبة والتغذية والعوامل النفسية ذات تأثيرات في الخصوبة ، اذ لوحظ ان سوء التغذية، ولاسيما نقص المعادن والفيتامينات في الغذاء، يؤثر على مستوى الخصوبة عند الاناث .

وقد جرى العرف على ربط الخصوبة بالمرأة لا للرجل، وذلك لسببين: أولهما ان المرأة هي وعاء الحمل وحاملة الجنين، وثانيهما ان مدة الانجاب عند المرأة محدودة بسن البلوغ في جانب وبسن اليأس في جانب آخر. وهذان السببان هما المحددان بالفعل للخصوبة، وهما لا يتوفران بالصورة نفسها للرجل .

وللخصوبة الفعلية اكثر صعوبة في دراستها من الخصوبة الكامنة، فهي لا ترتبط بعوامل حياتية فحسب، بل بعوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية وصحية وسياسية ونفسية وغيرها مما يؤثر في تحديد مستوياتها واختلاف معدلاتها. وتباين هذه العوامل من مجتمع لآخر ومن مكان لآخر او من مجموعة سكانية لأخرى داخل المجتمع الواحد الذي يعمل على تباين تلك المعدلات والمستويات في حدود العوامل الفسيولوجية.

وقد صيغت عدة نظريات حول موضوع الخصوبة اعتمدت في مجملها على فكر (ايسترلين) الاقتصادي. وتحددت بثلاثة عناصر، وهي (أولا) عنصر الخصوبة الطبيعية المتمثل بعدد الاولاد الاحياء الممكن للزوجين انجابهم، وهو يشكل مفهوم العرض من الاولاد. و (ثانيا) عنصر الخيار الشخصي الذي يحدد عدد الاولاد المرغوب انجابهم، اي انه يمثل حجم الاسرة المنشود، ويشكل هذا العدد مفهوم الطلب على الاولاد. و(ثالثا) عنصر تكلفة عملية تنظيم الخصوبة الذي يحدد امكانية تحقيق الخيارات لعدد الاولاد المرغوب انجابهم.

٢ : مستوى الخصوبة

اكادت تقارير الامم المتحدة ان مستويات الخصوبة تختلف بين بلدان العالم المتقدم وبلدان العالم النامي

اذ ان البلدان المتقدمة تتخفف فيها مستويات الخصوبة ويعزى ذلك الى طول امددة الحياة لتصل (٧٣) سنة مما يورث نسبة كبيرة من السكان المعمرين ، وعلى النقيض من ذلك بالبلدان النامية التي يقصر فيها امد الحياة ليصل الى اقل من (٦٠ سنة) فانها تزداد فيها مستوى الخصوبة الى الضعف لهذا نجد ان اكثر من ٥٠% من تلك المجتمعات هي مجتمعات فتيّة دون

سن ١٥ سنة . ويرجع سبب التفاوت الشاسع في مستويات الخصوبة بين العالم المتقدم والعالم النامي الى تأخير سن الزواج وارتفاع نسبة غير المتزوجات في العالم المتقدم قياسا بالعالم النامي. فعمر الاناث عند الزواج في دول قارة آسيا كان يتراوح، في عام ١٩٦٠، ما بين ١٦ و ٢٣ سنة. بينما تراوح في اوربا، بحدود عام ١٩٠٠، ما بين ٢٥ و ٢٩ سنة . فضلا عن بقاء ما بين ١٠-٢٠% من النساء الاوربيات من دون زواج مقابل ٤% في الدول النامية . ويبدو ان المجتمعات المتقدمة التي تتخفف فيها مستويات الخصوبة تعاني منذ عقود النمو بالسالب حتى اكدت دراسة حديثة اذا ما استمرت بلدان العالم المتقدم بهذا النمو (بالسالب) سوف تختفي نهائيا بعد قرنا من الزمن ، لذلك لا بد من اجراء السياسات الرامية الى تشجيع زيادة النسل والحد من الاجهاض .

٣. تفاوت مستويات الخصوبة في الأقاليم النامية

ويمكن تحديد بعض السمات التي تميز مستويات الخصوبة في مجموعة الدول النامية

وهي :

١. تأثرت بعض دول العالم النامي التي تتميز بضخامة سكانها بانخفاض الخصوبة بنسب متفاوتة. مثل الهند التي بلغ معدل المواليد فيها خلال المدة ١٩٩٠-١٩٩٥ نحو ٢٨.٥ بالألف، وهو أقل بكثير مما كانت الحكومة تأمله. ومثل المكسيك والبرازيل واندونيسيا التي شهدت انخفاضا ملموساً في مستوى الخصوبة حيث تتراوح معدلات مواليدها بين ٢٥ و ٢٨ بالألف. في حين استمرت دول ثلاث أخرى هي باكستان وبنغلادش ونيجيريا في خصوبتها المرتفعة، اذ تتراوح معدلاتها بين ٣١ و ٤٥.٥ بالالف خلال المدة نفسها.
٢. ارتفاع نسبة النساء المتزوجات اللواتي لا يرغبن في انجاب المزيد من الأطفال. وقد بلغت تلك النسبة ٣٠% في نيبال و ٧٢% في كوريا، مما أدى الى الاستمرار في انخفاض مستويات الخصوبة .
٣. ازدياد درجة الارتباط، في دول العالم النامي، بين سلوك الخصوبة والعوامل الاقتصادية والاجتماعية والدينية والسياسية، على نقيض دول العالم المتقدم حيث يقل تأثير تلك العوامل فيها. فالتحسينات في تكنولوجيا موانع الحمل وخصوصاً في مجال التعقيم، والقبول المتزايد للإجهاض المتعمد، وازدياد انتشار طرق منع الحمل، والتحسن في وجهات نظر الحكومات نحو برامج تنظيم الأسرة لن تكون وحدها كافية لتوضيح أسباب انخفاض الخصوبة في الدول النامية. فالاسباب الحقيقية للانخفاض، فضلاً عما تقدم، تكمن في الوضع الحضاري

والاجتماعي والسياسي و هو مجموعة العوامل المتقاربة والمتراطة والتي ليس من السهل ملاحظتها، وهو يفسر نسبة عالية من فوارق الخصوبة بين الدول النامية والعالم المتقدم ٤. تزايد السياسات السكانية الحكومية المتجهة نحو تخفيض معدلات النمو السكاني. اذ ان هناك رغبة متزايدة وأكيدة بين الحكومات لتخفيض معدل النمو، حيث يعيش نحو ٨١% من سكان العالم النامي في دول أعلنت حكوماتها أن نمواً سكانياً أقل هو أمر مرغوب فيه، ومن بينها الصين. وان الحكومات التي عبرت عن رغبتها في انخفاض معدلات النمو تفضل التدخل المباشر على الطرق غير المباشرة.

٥. تنوع سبل معالجة الخصوبة المرتفعة في دول العالم النامي، ففي عقد الستينيات اكدت المعالجة دعم برامج تنظيم الأسرة. وبعد مؤتمر السكان العالمي الذي انعقد في بخارست عام ١٩٧٤ ركزت الدول النامية على أهمية التنمية الاجتماعية- شكل المؤتمر الدولي للسكان الذي انعقد في مدينة المكسيك عام ١٩٨٤، نقطة تحول أخرى لسياسات مواجهة الخصوبة المرتفعة في البلدان النامية. فقد تحولت الولايات المتحدة من دعمها لبرامج تنظيم الأسرة الى دعم فكرة تسريع التنمية من خلال تطبيق نمط معين يعتمد على نظام العمل الحر والقطاع الخاص. وقد شددت البلدان النامية، من جهة أخرى، على السبل الكفيلة بالمحافظة على التوازن والتنوع في معالجة ارتفاع الخصوبة فيها، وربط هذه السبل بعملية التنمية ككل

٤ : التوزيع الجغرافي لمستويات الخصوبة:

يمكن تصنيف التوزيع الجغرافي لمستويات الخصوبة، ممثلة بمعدل المواليد الخام، متوسطاً للمدة ١٩٨٥-١٩٩٠ في ثلاث مجموعات من الدول وكما هي مدونة في أدناه (شكل ١٨):

١. مجموعة الدول ذات الخصوبة المنخفضة: التي ينحدر فيها معدل المواليد الخام الى أقل من ٢٠ بالالف، وتمثلها الدول الصناعية المتقدمة التي تعيش في مرحلة النضج السكاني. وتشمل كندا والولايات المتحدة ودول أوروبا (عدا البانيا) واستراليا ونيوزلندا واليابان وروسيا والجمهوريات الأخرى التي كانت ضمن الاتحاد السوفيتي السابق، ودخلت الى هذه المجموعة في السنوات الاخيرة كل من موريشيوس (من شرق افريقيا) وكوبا وجزر صغيرة تقع شرق البحر الكاريبي (باربادوس وكواديلوب ومارتنيك)، بالإضافة الى اورغواي في أمريكا الجنوبية وأصبحت الارجننتين ضمن هذه المجموعة خلال المدة ١٩٩٠- ١٩٩٥ فضلا عن هونك كونغ وكوريا الجنوبية وسنغافورة وقبرص في آسيا، ودخلت إليها الصين في المدة ١٩٩٠- ١٩٩٥. وهذه الدول تتميز بانخفاض معدل الوفيات ، فضلا عن انخفاض معدل المواليد، وتضم نحو ربع سكان العالم.

٢. مجموعة الدول ذات الخصوبة المتوسطة (من ٢٠ وأقل من ٣٥ بالآلف)، وهي الدول التي انخفضت فيها مستويات الخصوبة قياساً بالسنوات السابقة. كذلك نجحت هذه الدول في خفض معدلات وفياتها. وتضم أكثر من نصف سكان العالم (حوالي ٥٦%)، و أغلبها يتركز في أمريكا اللاتينية (لاسيما في دول منطقة البحر الكاريبي والطرف الشمالي والجنوبي من أمريكا الوسطى ، فضلا عن أغلبية دول أمريكا الجنوبية). كما تتمثل هذه المجموعة بمعظم دول القارة الآسيوية وبخاصة ذات الاعداد السكانية الضخمة مثل الصين والهند واندونيسيا وفيتنام وتايلند وتركيا، وتضم هذه الدول نحو ٧٨% من سكان قارة آسيا. يضاف لها دولة اوربية واحدة هي البانيا، وكذلك بعض جزر المحيط الهادي. ومناطق محدودة في افريقيا (رينيون وتونس وجمهورية جنوب افريقيا).

٣. مجموعة الدول التي تتميز بارتفاع خصوبتها ويبلغ معدل المواليد الخام فيها ٣٥ بالآلف فأكثر، وتضم اقل من خمس سكان العالم (١٩%). واغلب مجتمعات هذه الدول ما زالت تعيش في بدء الدورة الديموغرافية، وانخفضت وفياتها عن ذي قبل. وتتركز هذه المجموعة في غينيا الجديدة وقارة افريقيا، إذ ان جميع اقاليم هذه القارة مشمولة بهذه المجموعة عدا تونس في شمال القارة، وجمهورية جنوب افريقيا في جنوبها، وموريشيوس ورينيون في المحيط الهندي. وتتمثل هذه المجموعة ايضا بالجزء الاوسط من أمريكا الوسطى، ومنطقة صغيرة في غربي أمريكا الجنوبية. فضلا عن دول آسيا القليلة السكان التي لا تزيد نسبة سكانها عن ١٢% من سكان القارة، وتشمل الجزء الاوسط من الهند الصينية وعدد كبير من الدول الاسلامية في جنوب وغرب قارة آسيا وبضمنها جميع اقطار الوطن العربي عدا لبنان وجزء من منطقة الخليج العربي. وفي عام ١٩٩٠ - ١٩٩٥ انتقلت كل من مصر والجزائر والمغرب وزامبيا وسيشل وتايلاند في آسيا الى المجموعة الثانية.

٥. الخصوبة في العراق:

١. أخذت الخصوبة في العراق تحظى باهتمام رسمي، فوضعت تشريعات تحفز الافراد على زيادة معدلاتها التي لا تختلف كثيرا عما يماثلها في بقية دول العالم النامي. فهي معدلات مرتفعة اذا ما قورنت ببقية مناطق العالم وبخاصة المتقدمة منها. وتبعاً لما أظهرته نتائج مسح الظواهر الحيوية في العراق عام ١٩٨٠ بلغ معدل المواليد الخام نحو ٤٣.٧ بالالف، ومعدل الخصوبة الكلية ٧.٣ مواليد للمرأة
٢. وظهر من تقديرات منظمة (الاسكوا) لعام ١٩٨٦ ان معدل الخصوبة الكلية بلغ في العراق نحو ٧.١ مواليد للمرأة . وفي عام ١٩٩٠-١٩٩٥ قدر المعدل بنحو ٥.٧ طفل/ امرأة.
٣. وتشير تقديرات الامم المتحدة الى انخفاض معدل المواليد الخام في العراق بين الخمسينيات و المدة المعاصرة من ٤٩.٤ بالالف الى ٤٣.٢ بالالف، اي بنسبة انخفاض قدره ١٢.٥% وقدر المعدل في عام ١٩٩٠-١٩٩٥ بنحو ٣٨ بالالف. و يتوقع انخفاض المعدل عام ٢٠١٠-٢٠١٥ الى نحو ٣٢,١ بالالف ، اي بنسبة انخفاض قدره ٧ % بين المدة الحالية (١٩٩٥-١٩٩٠) و أوائل القرن العشرين.

٦: العوامل المقررة للخصوبة

تختلف الخصوبة من مجتمع سكاني لآخر، ومن مكان لآخر ، وذلك نتيجة لعوامل اجتماعية واقتصادية وبيئية. اذ يؤدي الاختلاف في مستويات الخصوبة الى أثر بالغ في حجم السكان وفي خصائصهم المختلفة. ومن خلال تتبع العوامل المؤثرة للخصوبة يمكن التوصل الى ان التغيرات والاختلافات في معدلات المواليد سواء كان ذلك في البلد الواحد على مدد زمنية محددة . لهذا يمكن اجمال العوامل المقررة للخصوبة وهي :

أولاً: العوامل البيولوجية و الديموغرافية:

• الوراثة والمقدرة الإنجابية :

تشير الدراسات الى عدم توفر ادلة قاطعة على وجود التباين او الاختلاف في القدرة على الانجاب بين شعب و آخر الا اذا كان منشؤه عضوياً مثل نتيجة اصابة أحد الاعضاء التناسلية بالعقم الذي قد يكون ناتج عن حادث او عقم مزمن سببه مرض خاص بالمنطقة او البلد الذي يعيش فيه الانسان . وبالتالي فان المقدرة الفسيولوجية للانجاب لا تعتمد على اسلاف الإنسان (ليس وراثي) .

• الصحة العامة والتغذية:

تتأثر المقدرة الانجابية، الى درجة كبيرة، بصحة الزوجين ولكن هذا لا يعني ان كل من يتمتع بصحة جيدة قادر على الانجاب. كما ان انتشار الأمراض المعدية نتيجة لسوء الاحوال الصحية

قد يؤدي في بعض الأحيان الى عقم جزئي أو كلي . فوجود بعض الأمراض المعدية، كالفلس والسيلان او السل، في الاعضاء التناسلية قد يمنع عملية الانجاب بشكل نهائي، كما هو الحال في بعض القبائل الافريقية والتي تنتشر بينهم الامراض السرية. وقد تؤثر الطرق العلاجية لبعض الامراض، بصورة غير مباشرة ، في معدلات الانجاب. فمادة الكين المستخدمة في علاج مرض الملاريا تساعد في زيادة معدلات الانجاب. كما حصل في جزيرة سيلان، في المناطق التي تسود فيها الملاريا، حيث ارتفعت معدلات الانجاب من ٧.٤ بالالف في المدة ١٩٤٥ - ١٩٤٧ الى ٤٠.٤ بالالف في المدة ١٩٥٠-١٩٥٢.

اما تأثير الغذاء في الخصوبة، فقد كثر حوله الجدل ، حيث يرى فريق من الباحثين بأن الغذاء الغني بالبروتينات قد يؤدي الى بعض حالات العقم. وفي هذا الاتجاه نشر دي كاسترو آراءه، في كتابه جغرافية الجوع، حول مصاحبة الخصوبة العالية للطبقات الفقيرة . فكثرة الرز في منطقة الشرق الأقصى كانت من عوامل زيادة اعداد السكان هناك ، او وربما يمد النساء بغذاء يساعدن على الخصوبة وهذا ما يدل على ان المرأة الآسيوية تلد في اغلب الاحيان كل سنة وهو امر نادر بالنسبة للمرأة الافريقية. وبالمقابل فان سوء التغذية يسهم في التقليل من معدل الخصوبة و يمنع الانجاب ويساعد في انتشار بعض حالات الاجهاض.

• التركيب النوعي والعمرى:

تبدأ المقدره على الانجاب عند مرحلة البلوغ ، وتتطور وتتمو في سنوات المراهقة وتصل القمة عند النضج. وتخفض تلك المقدره ثم لا تلبث أن تنتهي في السنوات الاخيرة من متوسط العمر عند النساء. وتتأثر تلك المقدره ولو جزئيا عند الذكور في ذلك السن او بعده. وتبلغ ذروة الانجاب عند المرأة بعد سن الثامنة عشرة - وربما بعد سن العشرين - وحتى بداية الثلاثينيات من عمرها، ثم تبدأ بالانخفاض التدريجي حتى تصل الى مدة انقطاع العادة الشهرية حوالي سن التاسعة والأربعين كحداً أقصى. لكن لكل قاعدة شواذ فقد اكدت الدراسات ان معدل الخصوبة يبدأ عند المرأة الامريكية قبل سن ١٤ سنة ، في حين تظهر في البلدان الافريقية بعد سن ال ١٤ سنة، و بين السنين في الدول الآسيوية .كما تسهم الهجرة في التقليل من الخصوبة لاسيما هجرة الرجال من الريف الى المدن مما يجعل الريف مكتظاً بالنساء والاطفال والشيوخ فيؤثر على معدلات الإنجاب . وحينما ترتفع معدلات الخصوبة ، تزداد نسبة الأطفال وتتنخفض نسبة كبار السن. ففي الفلبين مثلاً، ان حوالي ٤٥% من السكان هم اقل من ١٥ سنة مقابل ٢٢% في ألمانيا الشرقية سابقاً. وفي المكسيك ٣.٥% من السكان هم فوق سن ال ٦٤ سنة مقابل ١٢% في المملكة المتحدة. وفي الظروف الاعتيادية لا يتغير التركيب العمري والنوعي للسكان بدرجة

كبيرة خلال مدة قصيرة. لذلك لا يلعب دوراً أساسياً في تغيير معدلات المواليد خلال خمس او عشر سنوات .

٤- الحالة الزوجية:

يعد الزواج من بين اهم العوامل الديموغرافية التكوينية في جميع المجتمعات، اذ عن طريقه يمكن احلال السكان لانفسهم عن طريق الانجاب الذي تؤثر الحالة الزوجية في نمطه و مستواه في المجتمع. فبالنسبة الى السكان المتزوجين، ومتوسط أعمارهم عند الزواج، ونسبة الطلاق والانفصال والتمل، تؤثر جميعا على تحديد عدد سنوات الانجاب التي تقضيها النساء خلال مدة الزواج وبالتالي على معدلات المواليد .

ومع ان القسم الأعظم من الولادات ينتج- كما يقول الفقهاء- عن الزواج، ولكن الزواج ليس هو العامل الوحيد في ذلك، ففي فرنسا بقي الزواج ثابتاً بينما هبطت الولادات منذ بداية القرن التاسع عشر، وفي البلدان اخرى منذ الربع الأخير من القرن العشرين. ومعنى ذلك أن عدد الولادات لا يعتمد فقط على عدد الزوجات بل يعتمد ايضاً على عدد الاطفال في كل زوج، اي على درجة خصوبة النساء المتزوجات وعلى انتاجية الزواج . فضلا عن ذلك تتاثر الخصوبة بالمستوى التعليمي السائد في المجتمع ، ودرجة مساهمة المرأة في العمل . كما اشارت أبحاث عديدة الى ان العمر عند الزواج الاول يفسر نسبة كبيره من تباين الخصوبة ، اذ يؤدي التبكير بالزواج أو تاخيره الى اطالة أو تقصير مدة الزواج وبالتالي يؤثر في تباين مستويات الخصوبة بين بلد وآخر.