جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
المكتبة
كلية العلوم الاقتصادية و التسيير والعلوم التجارية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في قطاع غزة

رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في الإحصاء

إعداد الطالب
مؤمن محمد رمضان الحنجوري

تحت إشراف
أ.د مصطفى بلمقدم

لجنة المناقشة

أ.د أحمد طويل	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيساً
أ.د مصطفى بلمقدم	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفاً
أ.د علال بورحلة	أستاذ التعليم العالي	جامعة سيدي بلعباس	ممتحناً
الدكتور عبد اللطيف كرزابي	أستاذ محاضر	جامعة تلمسان	ممتحناً
الدكتور رشيد يوسفي	أستاذ محاضر	جامعة مستغانم	ممتحناً
الدكتور معاشو داني كبير	أستاذ محاضر	جامعة سيدي بلعباس	ممتحناً

السنة الجامعية : 2009 ـ 2010

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ
وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ عَلَيْكَ عَظِيمًا ﴾

النساء 113

الإهداء

إلى من علمني الأخلاق الحميدة والمثل والقيم العليا.....والدي الحبيب

إلى من حملتني وهناً على وهن وأرضعتني حب الوطن..... والدتي الحنون

إلى من أحسست بالأمان بجانبها وتحملت الكثير من أجلي..... زوجتي الرءوم

إلى زينة الحياة الدنيا وأمل المستقبل الواعد .....أبنائي محمد، إيمان، أحمد

إلى أحبة القلب ومهجة الروح ومؤنسي طفولتي .....إخوتي الأعزاء

إلى الأكرم منا جميعاً .....شهداء فلسطين

إلى عشقي وحبي .....وطني الجريح

الباحث

مؤمن محمد رمضان الحنجوري

شكر وتقـــــديـــــر

الحمد لله والصلاة والسلام على سيد الخلق ومعلم البشرية وشفيع الأمة، الشكر لله سبحانه وتعالى على فضله وكرمه أن يسر لي إتمام هذه الدراسة، داعيه عز وجل أن يكون علماً نافعاً وعملاً أثاب عليه.

يشرفني في هذا المقام رد الفضل إلى أهله بالتقدم بالشكر والعرفان إلي جامعتي الحبيبة – جامعة الأزهر في غزة – فلسطين وخاصة كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية بكافة أقسامها وخاصةً قسم الإحصاء التطبيقي.

ويسعدني أن أتقدم بكل آيات الاحترام والتقدير لجزائر الكرامة والتضامن والوفاء، هذا البلد الذي لم أشعر يوماً بالغربة فيه منذ وطأت قدماي أرضه العزيزة، وأخص بالذكر جامعة أبو بكر بلقايد – تلمسان كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، بكافة مرافقها وهيئاتها المختلفة، وعلى رأسها أستاذي الفاضل أ.د. بلمقدم مصطفى الذي كان خير عون وسند والذي لم يألُ جهداً إلا وبذله في مساعدتي أكاديمياً ومعنوياً وإنسانياً منذ اللحظة الأولى لوصولي أرض الجزائر الغالية، والذي تكرم بالإشراف على هذه الدراسة وعلى توجيهاته السديدة وتصوياته المفيدة بالرغم من انشغاله وكثرة ارتباطاته العلمية والعملية.

والشكر موصول للأساتذة الكرام في لجنة المناقشة لتكرمهم بالتفضل والقبول بمناقشة هذه الدراسة، ولكل من أعانني بجهده أو وقته أو دعائه سواء من الأهل والزملاء والأصدقاء وعلى رأسهم الحبيب على قلبي العم العزيز الأستاذ أحمد الحنجوري والأستاذ شادي التلباني وأخيراً رفيق الدرب أخي وصديقي الأستاذ محمد فارس.

سائلاً العلي القدير أن يجعل كل ما قدمه أحبتي في ميزان حسناتهم وأن يجزل لهم الأجر والثواب.

الباحث

مؤمن محمد رمضان الحنجوري

المحتويات

الموضوع	الصفحة
إهداء	أ
شكر وتقدير	ب
قائمة المحتويات	ج
قائمة الجداول	و
قائمة الأشكال	ي
قائمة الملاحق	ي
مدخل الدراسة	
مقدمة	02
أولاً: مشكلة الدراسة	09
ثانياً: فروض الدراسة	10
ثالثاً: هدف الدراسة	12
رابعاً: أهمية الدراسة	12
خامساً: أسباب ومبررات اختيار موضوع الدراسة	14
سادساً: خطة الدراسة	16
الفصل الأول: الإطار النظري لمفاهيم ومحددات وسياسات الخصوبة في الفكر الديموغرافي والدراسات السابقة	
مقدمة	18
أولاً: المشكلة السكانية وعرض لبعض مقاييس ونماذج ومفاهيم وسياسات الخصوبة	20
1.1 المشكلة السكانية	20
2.1 الاهتمام بالمشكلة السكانية على المستويات الدولية والقومية	22
3.1 مقاييس الخصوبة	24
4.1 نماذج الخصوبة	25
5.1 مصطلحات ومفاهيم الخصوبة	25
6.1 السياسة السكانية والخصوبة	26
7.1 مفهوم السياسة السكانية	26
8.1 أنواع وعناصر ومكونات السياسة السكانية	27

9.1 علاقة سياسات الخصوبة والسكان بسياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية	28
ثانياً: الدراسات السابقة	29
خلاصة	41
الفصل الثاني: دراسة اتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات الخصوبة في قطاع غزة مع التعرض لبعض نظريات الخصوبة	
مقدمة	43
أولاً: اتجاهات الخصوبة في قطاع غزة	45
ثانياً: مستويات الخصوبة في قطاع غزة	46
ثالثاً: أنماط الخصوبة في قطاع غزة	47
رابعاً: تباينات الخصوبة في قطاع غزة	49
1.4 التركيب السكاني	51
2.4 التوزيع السكاني	52
3.4 الكثافة السكانية	52
خامساً: تباينات الخصوبة في العالم ومقارنتها بقطاع غزة	53
سادساً: نظريات الخصوبة	56
1.6 نظرية مالثوس	57
2.6 نظرية تكلفة إنجاب الأطفال والمنفعة المستمدة منهم	59
3.6 نظرية الانتقال الديموغرافي	59
4.6 نظرية التطور العصري	60
5.6 نظرية رونالد فريدمان	61
6.6 نظرية باجوزي وفان لو	63
7.6 بعض النظريات الأخرى	64
خلاصة	72
الفصل الثالث: عرض ودراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة	
مقدمة	74
أولاً: أهم المتغيرات الاقتصادية المؤثرة على الخصوبة	76
ثانياً: أهم المتغيرات الديموغرافية المؤثرة على الخصوبة	80
خلاصة	90

الفصل الرابع: منهج وتصميم الدراسة الميدانية	
مقدمة	92
أولاً: أهداف الدراسة الميدانية	93
ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة	93
1.2 مجتمع الدراسة	93
2.2 عينة الدراسة	94
ثالثاً: نطاق الدراسة	94
رابعاً: نبذة عن مجتمع الدراسة	95
خامساً: بيانات الدراسة ومعالجتها	97
سادساً: متغيرات الدراسة وخصائصها الديموغرافية والاقتصادية	98
1.6 الخصائص الديموغرافية	99
2.6 الخصائص الاقتصادية	108
سابعاً: أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات	111
خلاصة	112
الفصل الخامس: تحليل البيانات ونتائج الدراسة	
مقدمة	114
أولاً: مرحلة اختبار بعض المقاييس	115
1.1 مستويات الخصوبة في عينة الدراسة	115
2.1 علاقة المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية بالمتغير التابع	117
ثانياً: مرحلة اختبار فروض الدراسة	130
1.2 نتائج اختبار الفرض الأول	133
2.2 نتائج اختبار الفرض الثاني	138
3.2 نتائج اختبار الفرض الثالث	145
خلاصة	153
خاتمة الدراسة	155
قائمة المراجع	163
قائمة الملاحق	175

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجداول	الصفحة
(1)	معدلات النمو السكاني في البلدان العربية	05
(1-2)	معدل المواليد في قطاع غزة لعدد من السنوات	45
(2-2)	معدل الخصوبة الكلية لعدد من السنوات في قطاع غزة	46
(3-2)	معدلات الخصوبة العمرية للنساء لعدة سنوات	47
(4-2)	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حسب متوسط عدد المواليد أحياء والعمر الحالي	50
(5-2)	معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم ودول مختارة في العام 2000	55
(6-2)	معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم ودول مختارة في العام 2002	55
(7-2)	معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم ودول مختارة في العام 2004	56
(1-4)	معدلات الخصوبة التفصيلية والعمرية والكلية	96
(2-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	99
(3-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر عند الزواج	100
(4-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب مدة الحياة الزواجية	101
(5-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	102
(6-4)	توزيع الأزواج في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي	103
(7-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب استعمال وسائل منع الحمل	103
(8-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب مدة الرضاعة الطبيعية	104
(9-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في المباعدة	104
(10-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	105
(11-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور	105
(12-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد المواليد أحياء	106
(13-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الأطفال المتوفين	107
(14-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة	107
(15-4)	توزيع عينة الدراسة حسب الدخل الشهري	108
(16-4)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العلاقة بقوة العمل	109

(17-4)	توزيع الأزواج في عينة الدراسة حسب العلاقة بقوة العمل	109
(18-4)	توزيع عينة الدراسة حسب المقدرة على تحمل تكلفة إنجاب وتربية الأطفال	110
(19-4)	توزيع عينة الدراسة حسب المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال	110
(1-5)	معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية لسيدات عينة الدراسة	115
(2-5)	توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد المواليد أحياء	117
(3-5)	التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب عمر الزوجة الحالي وعدد المواليد أحياء	118
(4-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب العمر عند الزواج وعدد المواليد أحياء	119
(5-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مدة الحياة الزواجية وعدد المواليد أحياء	120
(6-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب استخدام وسائل منع الحمل وعدد المواليد أحياء.	121
(7-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال وعدد المواليد أحياء	122
(8-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور وعدد المواليد أحياء	123
(9-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مدة الرضاعة الطبيعية وعدد المواليد أحياء	124
(10-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب حالات الوفاة بين الأطفال وعدد المواليد أحياء	125
(11-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مستوى تعليم الزوجة وعدد المواليد أحياء	126
(12-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مستوى تعليم الزوج وعدد المواليد أحياء	127
(13-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الحالة العملية وعدد المواليد أحياء	128
(14-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الحالة العملية للأزواج وعدد المواليد أحياء	128
(15-5)	التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الدخل الشهري وعدد المواليد أحياء	129
(16-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال"	134
(17-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال"	134

(18-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد"المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الحالة العملية للزوجة"	135
(19-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الدخل الشهري للأسرة"	136
(20-5)	قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)	137
(21-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: مدة الحياة الزواجية"	139
(22-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال"	139
(23-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: استخدام وسائل منع الحمل"	140
(24-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوجة"	141
(25-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوج"	142
(26-5)	قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)	143
(27-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: مدة الحياة الزواجية"	146
(28-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال"	147
(29-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال"	147
(30-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: استخدام وسائل منع الحمل"	148

(31-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الحالة العملية للزوجة"	149
(32-5)	نتائج تحليل الانحدار المتعدد "المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوج"	150
(33-5)	قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)	151

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
(1)	شكل توضيحي لنموذج فريدمان	62
(2)	الإطار العام لنموذج باجوزي وفان لو	63

قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
(1)	رسالة تسهيل إجراء الدراسة الميدانية	175
(2)	استمارة الدراسة	177
(3)	تفريغ البيانات	181
(4)	نتائج تحليل الفرضيات	197

مدخل الدراسة

مقدمة عامة:

لقد لعب التكوين في المؤسسة دورا بارزا في تطوير الكفاءات الخاصة باليد العاملة توازيا مع مشروع التصنيع الموضوع من قبل الدول غير المتطورة. لقد أثبتت جذارتها في رفع إنتاجية اليد العاملة في مؤسسات التصنيع في الكثير من بلدان إفريقيا صحراوية. إن بعض نماذج تطوير الكفاءات التقنية والمهنية جد معروفة مقارنة بغيرها. لقد احتلت الكفاءة نفس المكانة التي احتلها التأهيل بالنقاش الاجتماعي من الخمسينات إلى الثمانينات.

أما اليوم، فالأمر لا يتعلق بأثر ناتج عن نموذج معين، إنما هو إشارة خاصة بتطورات عميقة حدثت منذ السبعينات ولكن بإشارة لتطورات عميقة تم إنتاجها منذ سنوات السبعينات (70).

إن التغير الناتج عن علاقة المؤسسة بمحيطها: قد تميز بارتفاع في مستوى الحاجة التنافسية والتي يدفع بالمؤسسات إلى تصور أشكال للتنظيم أكثر فعالية وأكثر قربا من الزبون، ونحو تجهيز وبصورة لا مركزية الموارد الخاصة بكل فرد انطلاقا من تحديد جديد لمهامهم ومناصبهم.

لقد وجدت المنظمات التايلورية نفسها أمام إشكالية من اجل رفع هذه التحديات التنافسية، الأمر الذي قاد إلى تطوير أشكال التسيير أكثر مشاركة والتي تفسر هذه المرة مطلبا خاصا بأرباب المهن: اخذ الأجراء بعين الاعتبار أهداف المقاولين، هذا الاهتمام الذي يميز الأجراء الأكفاء عن غيرهم من خلال سلوكهم المهني. وبالتالي، نحن أمام تحولات بعلاقات العمل بدا يظهر أثرها في شكل ضعف في موقف المؤسسة تارة، وفي موقف الأجراء تارة أخرى، كما وفرت فرصة اكبر لاستثمار كل القدرات الذكية وتنمية روح الاستقلالية لدى الأجراء فرصة تمثل تحد لكثير من المؤسسات والأجراء.

في الواقع،إذا ما استبعدنا بعض الوضعيات الكاريكاتورية المقدمة، خلافا لأفكار مسبقة بمؤسسات كبرى أو صغرى، سنرى بان المتطلبات تضغط على المؤسسات ستنحصر المسؤولية بالاستقلالية في عمل الأجراء يتزايد.

لقد أصبح إعداد الأجراء، لمواجهة وضعيات فجائية ومطالب خاصة بالزبناء، ضرورة إنتاجية رئيسية، وهذا ما يعبر بشكل واضح على مصطلح الكفاءة. كما أن الكفاءة تتضمن استقلالية كبرى في عمل الأجير، ولكن، هذه الاستقلالية لا يمكنها أن تتطور دون تحديد رهانات تنافسية للمؤسسة من طرف الأجير.

كذالك، لا تتواجد الكفاءة إلا كعلاقة، كما أن الكفاءة لا تشكل علاجا سحريا ("الطريقة الأحسن"بالنسبة ل "تايلور"). أما التوجهات العصرية ترى أن الكفاءة ترتكز على الاختيار بين الطرائق الممكنة تقديرا لطبيعة علاقة كل فرد وكذا غنى طرف التعاون بالنسبة لهذا التنوع، هذه الطرق المقبولة لأنها مرغوبة

مقدمة:

شهد العالم خلال السنوات الأخيرة زيادة ملموسة في معدلات النمو السكاني، ولقد كانت هذه الزيادة أكبر ما يمكن في الدول النامية، كما كانت تلك الزيادة مصحوبة بتغيرات ملموسة في خصائص السكان من حيث الحجم والتركيب والتوزيع، وقد استدعى ذلك إعادة النظر في السياسات السكانية القائمة حتى يمكن مواجهة الضغوط التي تشكلها زيادة السكان على الجهود التي تبذل في سبيل التنمية والتي تشكل تحدياً أمام رفع مستوى المعيشة.

في ضوء تلك الأسباب لم يعد غريباً زيادة الاهتمام بالنمو السكاني وتحديد مقداره واتجاهه عن طريق الدراسة التفصيلية لكل عنصر من عناصره بهدف الاستفادة من هذه الدراسات في وضع حد للتسابق غير المتوازن بين الإنتاج والسكان (السلقاني، 1982).

وتتلخص المشكلة السكانية في الدول النامية في تفوق معدلات الزيادة السكانية على معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وليس أدل على ذلك في فلسطين التاريخية من أن عدد سكانها على الرغم من قلة البيانات وعدم دقتها واختلاطها بعدد اليهود والعرب فهي على أي حال بلغ عدد سكانها حسب أول تعداد عام للسكان في تشرين أول من عام 1922 في عهد الانتداب البريطاني حوالي 752 ألف نسمة، وأجري تعداد ثاني في تشرين ثاني لعام 1931 حيث بلغ عدد السكان في هذا التعداد حوالي 1.033 مليون نسمة، وفي عام 1944 تم إجراء مسح ديموغرافي أظهر أن عدد السكان حوالي 1.74 مليون نسمة، وخلال الاحتلال الصهيوني تم إجراء حصر شامل للسكان في أيلول عام 1967، وتم حصر حوالي 599 ألف نسمة في الضفة الغربية وحوالي 400 ألف نسمة في قطاع غزة. علماً بأن هناك حوالي 400 ألف نسمة هجروا مباشرة من الأراضي الفلسطينية بعد الاحتلال عام 1967 ولم تشملهم عملية الحصر.

ومحور حديثنا هو الأراضي الفلسطينية (قطاع غزة والضفة الغربية) فإنه واستناداً لمعلومات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني فقد بلغ عدد السكان في أول تعداد فلسطيني بأيدٍ فلسطينية عام 1997 نحو 2.895.683 نسمة وفي عام 2000 نحو 3.224.500 وفي عام 2002 نحو 3.454.457 وفي عام 2003 نحو 3.576.199 وفي عام 2004 نحو 3.699.767 وفي عام 2005 نحو

3.825.149 وأخيراً وحسب التعداد العام الأخير للسكان والمساكن والمنشآت لعام 2007 فقد بلغ عدد سكان الأراضي الفلسطينية في نهاية العام 2007 حوالي 3.776.062 نسمة منهم 1.420.473 تقريباً في قطاع غزة. وكذلك العدد المتوقع للسكان في الأراضي الفلسطينية (قطاع غزة والضفة الغربية) في عام 2010 هو 4.938.000 وذلك بمعدل نمو 3.1% (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009).

ومن الممكن أن نلحظ تضاعف السكان في دولة مستقرة كمصر أو الجزائر فنلاحظ مثلاً أن عدد سكان مصر قد تضاعف خلال خمسين عاماً (1897-1947) من 9.7 مليون نسمة إلى حوالي 19 مليون نسمة، ولكنه لم يستغرق أكثر من ثلاثين عاماً ليتضاعف مرة أخرى ليصل إلى 38 مليون نسمة عام 1976 ثم بلغ تعداد مصر حوالي 52 مليون نسمة عام 1987 ثم ليصل 70 مليون نسمة منتصف عام 2005 وأخيراً حسب آخر تعداد للسكان في العام 2006 بلغ عدد السكان في مصر حوالي 73 مليون نسمة. وعند التطرق لمجتمع آخر كالجمهورية الجزائرية فمنذ استقلالها في العام 1962 ازداد عدد سكانها أضعافاً إلا أن معدل الزيادة بدأ في التناقص، فكان عدد سكان الجزائر في نهاية العام 1985 حوالي 22 مليون نسمة وبلغ 26 مليون نسمة في العام 1993 و30 مليون نسمة في نهاية العام 1998 و32.3 مليون نسمة في نهاية العام 2002 و32.9 مليون نسمة في العام 2006 و33.8 مليون نسمة في الأول من يناير 2007، وأخيراً فقد بلغ عدد سكان الجزائر حتى 16 أبريل لعام 2008 في التعداد الخامس للسكان والإسكان حوالي 34.8 مليون نسمة، ومن المتوقع أن يصل عدد سكان الجزائر في عام 2015 إلى 38.3 مليون نسمة (The World Bank, 2005).

ومن البديهي أن وراء هذا التطور العددي تطور مناظر في معدل النمو السكاني، وبالنظر إلى العوامل الديموغرافية الرئيسية التي تؤثر على النمو السكاني (المواليد-الوفيات- الهجرة) نجد أنّ معدل المواليد هو العنصر الفعّال وليس بعيداً عن ما نحن فيه بل جوهر دراستنا عامل الخصوبة والذي يعتبر من العوامل المهمة جداً في النمو السكاني لأي مجتمع.

إن الفكرة الأساسية لمفهوم الخصوبة تتحدد بالمستوى الفعلي للإنجاب في أي مجتمع سكاني، ويعبر عن هذا المستوى بعدد المواليد الأحياء الذين تم إنجابهم فعلاً، وهذا ما يطلق عليه (Fertility) وينبغي التمييز بينها وبين القدرة على التوالد أو القدرة الطبيعية على حمل الأجنة، وهذا ما يطلق عليه

الخصوبة الفسيولوجية أو(Fecundity) ولهذا فإن إحصاءات الخصوبة يمكن التوصل إليها عن طريق إحصاءات المواليد المسجلة في التسجيلات الحيوية، وهذه لا يمكن أن تكون مؤشراً أو دليلاً لحالة الخصوبة الفسيولوجية بمعنى أنه لا يمكن أن نستدل منها على مستوى الخصوبة الفسيولوجية التي لا يوجد لها حتى الآن أي نوع من المقاييس الديموغرافية المباشرة.

ويمكن قياس الخصوبة بعدد المواليد أحياء في أي وحدة جغرافية، وهي في هذا تتشابه تماماً مع قياس ظاهرة الوفاة، وسوف تطرأ بعض التساؤلات التي تحيط بقياس الخصوبة عن المكان والزمان، فلا بد من تحديد الإطار الجغرافي أولاً، والفترة الزمنية التي يتم في كل منها قياس خصوبة السكان، بالإضافة إلى المتغيرات التي قد تؤثر على ظاهرة الخصوبة ذاتها (الشرنوبي،2005).

وبالرغم من انخفاض معدلات الخصوبة انخفاضاً كبيراً في العديد من البلدان العربية، إلا أنها لا تزال مرتفعة بالمعايير الدولية وقد كان معدل الخصوبة في بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التي يغطيها تصنيف البنك الدولي 6.2% في عام 1980 وانخفض إلى 3.5% في عام 1998 ولا يزال أعلى كثيراً من المتوسط العالمي الذي يبلغ 2.7%، ويمكن تصنيف البلدان العربية بالنسبة لمعدلات الخصوبة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة في مرحلة متقدمة من التحول السكاني وذات معدلات خصوبة منخفضة، ومجموعة ثانية في منتصف عملية التحول وفئة ثالثة لا تزال في المراحل الأولى من التحول وذات معدلات خصوبة مرتفعة جداً.

وتتكون المجموعة الأولى من أربعة بلدان عربية فقط وهي: البحرين والكويت ولبنان وتونس، يقل فيها معدل الخصوبة الإجمالي عن ثلاث ولادات لكل امرأة وتشترك لبنان وتونس في أقل معدل خصوبة 2.2 ولادة لكل امرأة.

ومعدلات الخصوبة في ثلاثة من هذه البلدان الأربعة: البحرين ولبنان وتونس تقل عند المتوسط العالمي لمعدلات الخصوبة. وتشتمل مجموعة البلدان الثانية على تسعة بلدان وهي الأردن- الإمارات العربية المتحدة- الجزائر- ليبيا- سوريا - السودان - قطر - مصر - المغرب ويتراوح معدل الخصوبة الإجمالي فيها بين 3 و5 ولادات لكل امرأة، والإمارات العربية المتحدة هي أقرب هذه البلدان إلى الانتقال إلى المرحلة المتقدمة من التحول السكاني.

أما البلدان العربية المتبقية التسعة (فلسطين- الصومال- عُمان- السعودية- موريتانيا- اليمن- جيبوتي- العراق- جزر القمر) فإنها في بداية مرحلة التحول، حيث تزيد فيها معدلات الخصوبة الإجمالية عند 5 ولادات لكل امرأة ويوجد أعلى معدل للخصوبة في اليمن، إذ يبلغ معدل الخصوبة 7.6 ولادات أثناء متوسط الحياة الإنجابية للمرأة. والصومال هي البلد العربي الوحيد الآخر الذي لا يزال يزيد معدل الخصوبة الإجمالي فيه على 7 ولادات لكل امرأة حيث يبلغ (7.25) ولادة.

من ناحية أخرى ترتبط معدلات الخصوبة المرتفعة بالنمو السكاني السريع، ويظهر جدول (1) معدلات النمو السكاني في البلدان العربية حيث تتراوح من منخفضة تبلغ 1.1% في تونس إلى مرتفعة تبلغ 4.1% في اليمن. ومن البلدان العربية الاثنتين والعشرين تنفرد تونس بمعدل نمو سكاني يقل عن المتوسط العالمي الذي يبلغ 1.4 % (الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي، 2002).

جدول (1): معدلات النمو السكاني في البلدان العربية

النمو السكاني 3% فأكثر	النمو السكاني (2-3)%	النمو السكاني أقل من 2%
الصومال- عمان- فلسطين- السعودية- موريتانيا- اليمن	الأردن- سوريا- البحرين- جزر القمر- ليبيا--جيبوتي- الإمارات العربية المتحدة - السودان- العراق- الكويت	تونس- الجزائر- قطر- لبنان- مصر- المغرب

المصدر: الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي، 2002

وإذا تحدثنا عن الإسقاطات السكانية المستقبلية للبلدان العربية حتى العام 2002 على أساس بديلين:

* **الأول:** افتراض أن معدل الخصوبة الإجمالي والعمر المتوقع عند الميلاد ثابتان عند مستوى تقديراتهما لعام 2000.

* **الثاني:** استخدام معدل الخصوبة الإجمالي والعمر المتوقع عند الميلاد كما قدرتهما الأمم المتحدة لكل سنة خلال الفترة 2000-2020. وفي كلا البديلين يفترض أن تأثير الهجرة يقتصر على أثر الهجرة السابقة على التركيب السكاني.

يعطي البديلان رقمين مختلفين قليلاً لعدد السكان في المستقبل ويتوقع أن يصل عدد السكان العرب في عام 2020 إلى 459 مليون نسمة بموجب البديل الأول (معدل الخصوبة ثابت عند مستواه الحالي) و 410 ملايين نسمة بموجب البديل الثاني (معدل الخصوبة المقدر للأمم المتحدة).

وعلى أساس هذين البديلين أظهرت البلدان التي بلغت في الوقت الراهن مرحلة متقدمة من التحول السكاني اختلافات محدودة في حجم البديلين، في حين جاءت الاختلافات بين البديلين أكبر بالنسبة لبلدان المرحلة المتوسطة من التحول، أما أكبر معدلات الاختلاف بين البديلين فلوحظت في حالة بلدان الخصوبة المرتفعة، وبموجب البديل الأول، مصر هي البلد العربي الوحيد الذي يتوقع أن يزيد عدد سكانه على 100 مليون نسمة عام 2020 ولن يتجاوز عدد سكان أي بلد آخر 50 مليون نسمة وبموجب البديل الثاني لن يصل عدد سكان مصر إلى 100 مليون نسمة عام 2020.

مما سبق سيؤثر انخفاض معدل الخصوبة بالإضافة إلى زيادة العمر المتوقع عند الميلاد على الهيكل العمري للسكان في البلدان العربية، فبموجب البديل الثاني، مثلاً، ومع توقع زيادة عدد الأطفال في جميع البلدان العربية بحوالي 4.5 مليون طفل في الفترة 2000 – 2020 (زيادة في بعض البلدان مثل اليمن والسعودية والصومال وانخفاض في بلدان أخرى مثل مصر والجزائر) ، فان نسبة الأطفال إلى السكان ستنخفض بنسبة 10-20 في المائة في معظم البلدان العربية. ولو نظرنا إلى الدول العربية مجتمعة، فإنه من المتوقع أن تنخفض نسبة الأطفال إلى السكان من حوالي خمسي السكان إلى ما يزيد قليلاً عن ربع السكان وسيمثل هذا تحولاً كبيراً له تأثيرات اقتصادية واجتماعية هامة. فعلى سبيل المثال، حتى مع أخذ زيادة نسبة المسنين في الحسبان، فإن التأثير الصافي سيكون تخفيض نسبة الإعالة في جميع الدول العربية. وهذه هدية محتملة لهذه البلدان، لأن زيادة عدد الذين هم في سن العمل (العمالة) سيمكن من دعم غير العاملين ومن تقديم خدمات أفضل للجميع، وبالنسبة للمسنين، يوحى البديل الثاني أن نسبة الذين يبلغون 65 عاما فما فوق ستزداد من 3 في المائة في عام 2000 إلى 5

في المائة عام 2020، ويتوقع أن تكون أعلى نسبة للمسنين في الإمارات العربية المتحدة (9%) وأقلها في اليمن (3%).

السمات السكانية التي ورد وصفها أعلاه تطرح تحديات، وفي الوقت نفسه توفر فرصاً للبلدان العربية. فحجم السكان والنمو السكاني والتوزيع العمري يمكن أن تكون هدية ديموغرافية أو لعنة ديموغرافية، ويتوقف ذلك على ما إذا كان بوسع البلدان العربية توظيف الإمكانات البشرية التي يمثلها سكانها على نحو جيد إلى حد كاف لتلبية تطلعات الشعب إلى حياة مجزية، على سبيل المثال، يمكن أن يكون النمو السكاني الكبير والسريع محركاً للتنمية المادية والرفاه البشري إذا توافرت عوامل أخرى تساعد على حدوث نمو اقتصادي، مثل مستويات استثمار مرتفعة ومعرفة بالأنواع المناسبة من التقانة ولكن، إذا لم تتوافر هذه العوامل فإن هذه الزيادة يمكن أن تكون سبيلاً للتعاسة، لأن أعداداً أكبر من السكان ستتقاسم موارد ووظائف محدودة. وقدرة أي مجموعة سكانية على تحقيق أهداف تنميتها الإنسانية رهن بمقدار ما تتمتع به من صحة جيدة (الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي ، 2002).

وهذا الجانب يتعلق بالأمور الصحية التي من المهم جودتها لأي مجتمع، وللوصول إلى الأفضل من كل ما سبق وتحسين مواقع السوء فيها يجب العمل من خلال تخطيط علمي واعي ومدروس يهدف إلى خفض الخصوبة نظراً لأن ظروف البلدان العربية لا سيما الأراضي الفلسطينية ونخص بالذكر البقعة الجغرافية الضيقة (قطاع غزة) والتي تعاني الأمرين من ضيق واحتلال وحصار ونقص في الموارد والإمكانيات، ليست هذه الظروف بالمساعدة على إحداث نمو اقتصادي واضح كالتي تم ذكرها سابقاً.

وبالعودة للحديث عن الخصوبة، تعتبر الخصوبة أحد المكونات والعناصر الأساسية للنمو السكاني، والتي تتضمن أيضاً عاملي الهجرة والوفيات، ولعل عنصر الخصوبة يعتبر الأهم، ذلك لكون الهجرة بكافة أشكالها تؤثر عادة على توزيع السكان بين الدول والأقاليم وليس على عددهم الكلي، إضافة إلى أن عنصر الوفيات يتأثر بالمستوى الصحي داخل الدول، الأمر الذي أصبح على مستوى مقبول في العديد من هذه الدول مما أدى إلى خفض معدلات الوفيات، وفي الوقت نفسه، فإنه من المفروض أن تنصب كل السياسات المتعلقة بالوفيات على تقليل معدلاتها وليس العكس، وبالتالي لم يبق

على المخططين وراسمي السياسات بصورة رئيسية سوى عامل الخصوبة للتأثير عليه من عملية ضبط النمو السكاني سواء بالزيادة أو بالنقصان حسب المصلحة الوطنية.

ومن أجل تحقيق التنمية الشاملة والمتوازنة، ينبغي إدخال العوامل السكانية في الخطط والبرامج الوطنية، كما ينبغي وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالسكان بشكل منسجم مع أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية، وبالتالي تأتي هذه الدراسة لمعرفة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة بهدف استخدامها من قبل المخططين ومتخذي القرارات لرسم السياسات السكانية والاقتصادية والاجتماعية في ظل معدلات نمو مرتفعة نسبياً وفي ظل تصاعد الهجمة العسكرية والديموغرافية الشرسة على الشعب الفلسطيني لتصفيته ولاقتلاعه من أرضه وتهجيره منها.

تتمحور هذه الدراسة حول عامل الخصوبة وتحاول رسم صورة عن مستوياتها الحالية في قطاع غزة، ولقد ركزت معظم الدراسات في موضوع الخصوبة ومحدداتها إلى الإشارة إلى العوامل المختلفة التي تبدو مؤثرة في الخصوبة، ويعد من أهم هذه العوامل عمر الزوجة، العمر عند الزواج، الدين، التنمية الاقتصادية والاجتماعية، برامج تنظيم الأسرة وعمل الزوجة، كما يمكن أن يضاف إلى ذلك العوامل السياسية وتأثير الانتفاضة على الخصوبة، كل هذه العوامل أعتبرت مؤثرة، إلا أن السؤال الذي ظل مطروحاً حول العامل المحدد أو العوامل المحددة التي يمكن أن تعتبر العامل الرئيسي أو العوامل الرئيسية المؤثرة على معدلات الخصوبة في هذا البلد أو ذاك، علما بأن المحددات قد تختلف من بلد لآخر. ولقد ثار الجدل بين الديموغرافيين في هذا المجال، فبعضهم يرى أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية هما العاملان اللذان يشكلان الدافع نحو الحد من الخصوبة، ويرى البعض الآخر أن توافر خدمات تنظيم الأسرة بشكل منظم هو الذي يشجع على تخفيض معدلات الخصوبة، ويرى فريق ثالث أن رفع العمر عند الزواج الأول وانتشار الوعي والاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة يمكن أن يلعب دوراً كبيراً في خفض معدلات الخصوبة، ولعل الخصوبة تتأثر بجميع هذه العوامل، إلا أن تأثيرها يختلف من مجتمع إلى آخر.

ومن هنا فإن من أهداف هذه الدراسة محاولة التعرف على أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية التي يمكن أن تؤثر بشكل رئيسي في مستويات الخصوبة في قطاع غزة.

أولاً: مشكلة الدراسة

تتحدد العوامل المؤثرة في عملية النمو السكاني في ثلاث عوامل هي:

المواليد والوفيات والهجرة الخارجية، وتباشر هذه العوامل أثرها بالنسبة لحجم المجتمع، وتركيبه النوعي والعمري والواقع أن أي تغير يطرأ على أحد العوامل السابقة يؤثر على عملية النمو السكاني ويحدث تغيراً في التركيب سواء العمري أو النوعي بغض النظر عما إذا كان هذا النمو سالباً أو موجباً. ومما لا شك فيه أن عامل الخصوبة يتحدد بتعريف وتحديد وقياس أعداد المواليد بشكل عام وعدد الإناث في سن الإنجاب .

وتشير نتائج الدراسات التي أجريت إلى أن التأثير الناتج عن الوفيات والهجرة قد أصبح في حالة شبه مستقرة، ومن ثم أصبحت الخصوبة العامل الرئيسي المؤثر في نمو السكان، بعد أن استطاع الإنسان نتيجة لتقدم العلم والمعرفة وانتشار الوسائل التكنولوجية المختلفة، أكثر سيطرة على الأوبئة والأمراض، كما استطاع أن يخفف من أثر الكوارث، وكذلك القيود التي وضعت على الهجرة الدولية قد أضعف من تأثيرها، وتؤكد معظم الدراسات الآن أن معدلات النمو السكاني في كثير من البلدان تعتمد على اتجاهات الخصوبة. ولما كانت الخصوبة ترتبط بالنمو السكاني وتؤثر فيه باعتبار أنها العامل الأساسي الفعال في هذه الزيادة، فإن الخصوبة بدورها تتأثر بالأبعاد الاقتصادية والديموغرافية السائدة في المجتمع. وبناء على الدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة تبين أن أغلب الدراسات تحدثت عن العوامل الاجتماعية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة وتطرقت للجانب الاقتصادي بشكل جزئي و بناء عليه فان مشكلة الدراسة ستكون على الشكل التالي:

ما هي أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة باعتبارها العامل الرئيسي في إحداث الزيادة السكانية في قطاع غزة ؟

ثانياً: فروض الدراسة

يمكن تحقيق أهداف البحث والإجابة على إشكالية الدراسة من خلال اختبار مدى صحة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

يتوقف مستوى الخصوبة البشرية على:

1. الحالة العملية للزوجة.
2. الحالة العملية للزوج.
3. الدخل الشهري للأسرة.
4. تكلفة إنجاب وتربية الأطفال.
5. المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال.

الفرضية الثانية:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية على:

1. المؤهل العلمي للزوجة.
2. المؤهل العلمي للزوج.
3. مدة الحياة الزواجية.
4. عمر الزوجة عند الزواج.
5. استخدام وسائل منع الحمل.
6. الرضاعة الطبيعية.
7. فترات المباعدة.
8. الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال.
9. الرغبة في إنجاب المزيد من الذكور.

الفرضية الثالثة:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية على:

1. الحالة العملية للزوجة.
2. الحالة العملية للزوج.
3. الدخل الشهري للأسرة.
4. تكلفة إنجاب وتربية الأطفال.
5. المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال.
6. المؤهل العلمي للزوجة.
7. المؤهل العلمي للزوج.
8. مدة الحياة الزواجية.
9. عمر الزوجة عند الزواج.
10. استخدام وسائل منع الحمل.
11. الرضاعة الطبيعية.
12. فترات المباعدة.
13. الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال.
14. الرغبة في إنجاب المزيد من الذكور.

ثالثاً: هدف الدراسة

مما لاشك فيه أن دراسة السكان قد زادت خلال العقد الماضي نتيجة للاهتمام الكبير بالمشكلة السكانية وهناك حاجة ملحة إلى المزيد من هذه الدراسات وخاصة تلك الموجهة لأفراد المجتمع، حتى يمكن معرفة كيفية مواجهة تلك المشكلات وإيجاد الحلول لها، ومن أجل تلبية هذه الحاجة الملحة يقوم هذا البحث بدراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية وعلاقتها بالخصوبة، بمعنى الوصول إلى حالة الخصوبة البشرية الحالية عن طريق الاسترشاد بالخلفية النظرية في إجراء التحليل الإحصائي للعوامل الاقتصادية والديموغرافية المختارة وعلاقتها بالخصوبة للحصول على نتائج تستخدم فيما بعد في التنبؤ ثم السيطرة على الخصوبة وهذا هو الهدف الأساسي من البحث العلمي بصفة عامة وهذا البحث بصفة خاصة، وعليه يمكننا وضع أهداف الدراسة على شكل نقاط كما يلي:

1- التعرف على أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية ذات التأثير الأقوى على الخصوبة وقياس أثرها ثم التوصل إلى نموذج للتنبؤ بمستوى الخصوبة في المستقبل .

2- اختبار بعض الفروض المبنية على العلاقة بين متغيرات الدراسة والمتوقع أهميتها وتأثيرها على الخصوبة في قطاع غزة.

3- دراسة مدى الاختلاف في تأثير المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المختارة على الخصوبة.

4- لعل الهدف الأهم هو محاولة من الباحث لإثراء المكتبة العربية وخصوصاً المكتبة الفلسطينية وذلك لافتقار المكتبة الفلسطينية لمثل هذه الدراسة وخاصة التي تهم المجتمع الفلسطيني في قطاع غزة.

رابعاً: أهمية الدراسة

ترجع أهمية هذه الدراسة إلى أنها تنتمي إلى فئة الدراسات الاقتصادية السكانية التي تهتم بالتحليل الإحصائي للبيانات الديموغرافية المتصلة بها، ويعني ذلك أنها تهتم بالقراءة الكيفية للمعطيات الرقمية المتاحة عن الظواهر السكانية وذلك في ضوء السياق التاريخي والاقتصادي والثقافي والاجتماعي لمجتمع الدراسة، فهذه الأبعاد تضفي سمة من الخصوصية والعمومية على هذه الأرقام.

فمن المحتمل أن تتشكل الظواهر السكانية بصورة تجعلها فريدة نظراً لارتباطها ببناء اقتصادي اجتماعي معين عاصر ظروفاً تاريخية شكلت ظواهره بنمط محدد من العلاقات والتفاعلات، كما أنه من المحتمل أيضاً أن تأخذ هذه الظواهر طابعاً عاماً تشترك فيه مع دول بعينها عاصرت ظروفاً مماثلة.

كما ترجع أهمية هذه الدراسة إلى أنها تهتم بدراسة الخصوبة باعتبارها أكثر العوامل أهمية في التأثير على التغيرات السكانية التي تحدث في المجتمع والواقع أن العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة ترتبط بكل من الفرد والبيئة التي يعيش فيها بما في ذلك السياق التاريخي الذي عاصره المجتمع. وكذلك تأخذ هذه الدراسة أهميتها، باعتبار الخصوبة مؤشراً فعالاً على التنمية، حيث تساعد دراسة الخصوبة في تفسير السلوك الإنجابي داخل المجتمعات المحلية التي قد تختلف إلى حد ما عن السلوك الإنجابي العالمي. وإذا كان الباحثون قد أفردوا في دراساتهم أهمية خاصة للخصوبة فمرجع ذلك إلى أنها تتحكم بشكل مباشر في معدلات النمو السكاني، والمعرفة بهذه المعدلات ضرورية للتخطيط السليم من أجل التنمية الاقتصادية والاجتماعية على المستوى القومي، كما أن السياسة السكانية ترتكز في أساسها الأول على معرفة دقيقة بمكونات النمو السكاني والعوامل المؤثرة فيه.

وتنبع الأهمية الكبرى للبحث من كونه من أول الأبحاث في المكتبة العربية التي تدرس أثر العوامل الاقتصادية على الخصوبة.

خامساً: أسباب ومبررات اختيار موضوع الدراسة

تكمن أسباب اختيار موضوع الدراسة ومبرراتها فيما يلي :

1. تعتبر الخصوبة البشرية الحدث والظاهرة الديموغرافية الأكثر تأثيراً في المجال التنموي خاصة في الجانب الاقتصادي والاجتماعي، وهذا واضح جداً في الأراضي الفلسطينية، وفي قطاع غزة كمجتمع يسعى لرفع معدلات التنمية فيه، سيما وأن معدلات الخصوبة المرتفعة هي الأكثر تأثيراً في بقاء المجتمع السكاني فتياً، مما كان له أثر كبير في رفع معدلات الإعالة لكبر حجم فئة صغار السن الذين هم دون الخامسة عشرة من العمر.

2. لا تزال معدلات الخصوبة السائدة في قطاع غزة من المعدلات العالية بالمقاييس العالمية، وتلعب هذه المعدلات العالية دوراً كبيراً في وجود معدلات نمو سكاني مرتفعة ناجمة عن استمرار انخفاض معدلات الوفاة، وبقاء معدلات الخصوبة مرتفعة، وهذا الوضع يعطي مبرراً جيداً لدراسة هذه الظاهرة للتعرف على الأسباب والعوامل الكامنة وراء ذلك وتمكين الجهات المختصة الاستفادة من هذه الدراسة في وضع إستراتيجيات للتخطيط السكاني مستقبلاً.

3. إن للخصوبة البشرية من خلال مؤشراتها ومعاملاتها القدرة على التنبؤ المستقبلي للوضع السكاني في قطاع غزة، وبالتالي فإن هذا التنبؤ والتوقع يساعد على رسم صورة للواقع السكاني، وعلاقته بالمجال التنموي في الأراضي الفلسطينية، مع الالتفات إلى إن للخصوبة البشرية بكافة معدلاتها أثراً في المساعدة على وضع اقتراحات بالإسقاطات السكانية.

4. إعادة اختبار العلاقة بين الخصوبة وبين بعض المتغيرات والتي دلت الدراسات الميدانية التي أجريت في بعض الدول النامية على نتائج غير متوقعة تخالف العلاقات الموجودة في نظريات الخصوبة، وهو أمر لا بد منه حتى يتم التغلب على الأسباب الكامنة وراء مخالفة نتائج مثل هذه المتغيرات للتوقع والتنبؤ الذي وصفه الباحثون والمهتمون بهذا الموضوع ضمن نظريات الخصوبة، وخاصة المتغيرات المرتبطة في المجتمع من خلال قيمه وعاداته وتقاليده أكثر من وضعه السكاني أو الاقتصادي.

5. تعد الخصوبة أحد عناصر التغير السكاني بالإضافة للوفيات والهجرة، ومن هنا ظهرت أهمية تحديد الأسباب المؤثرة فيها.

6. تكمن فكرة اختيار موضوع الدراسة في كونها الأولى من الناحية الميدانية التي تناولت قطاع غزة في معرفة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في قطاع غزة. كما أنها تعتمد بشكل رئيسي على مجتمع يخضع لظروف اقتصادية واجتماعية وثقافية تكاد تكون متشابهة.

سادساً: خطة الدراسة

بعد التعرض لمدخل الدراسة ومشكلة الدراسة وفروض الدراسة وهدف الدراسة وأهميتها وكذلك أسباب ومبررات اختيار موضوع الدراسة، تم تقسيم الدراسة إلى قسمين رئيسيين: القسم الأول نظري والقسم الثاني تطبيقي عملي.

يختص القسم الأول بالتعرض للإطار النظري لمفاهيم ومحددات وسياسات الخصوبة في الفكر الديموغرافي مع عرض للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة واتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات ونظريات الخصوبة ودراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة.

ويندرج تحت هذا القسم ثلاثة فصول يحاول أولها التعرف على مفاهيم ومحددات وسياسات الخصوبة في الفكر الديموغرافي والدراسات السابقة، وثانيهما يتعلق باتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات ونظريات الخصوبة، وثالثهما دراسة أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة ومعرفة مدى تأثير هذه العوامل على الخصوبة وتحديد مدى أهمية هذه العوامل في ظل عدم الاتفاق على محددات واضحة من خلال الدراسات السابقة.

وبعد هذه الفصول النظرية الثلاثة تنتقل الدراسة في قسمها الثاني إلى دراسة تطبيقية لأهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة حيث يتضمن القسم الثاني فصلين وهما الفصل الرابع والفصل الخامس ويتضمن الفصل الرابع منهج وتصميم الدراسة الميدانية من خلال تحديد هدف ومتغيرات وعينة الدراسة وكذلك النطاق الزمني للدراسة وقياس متغيرات الدراسة وأساليب التحليل الإحصائي. أما الفصل الخامس فيشتمل على تحليل البيانات ونتائج الدراسة من خلال المرور بمرحلة تفريغ وإعداد البيانات واختبار بعض المقاييس ونتائج اختبار الفروض وأخيراً الخاتمة العامة والتي تحتوي على أهم النتائج والتوصيات التي خلصت بها الدراسة.

الفصل الأول

الإطار النظري لمفاهيم ومحددات وسياسات الخصوبة في الفكر الديموغرافي والدراسات السابقة

مقدمة:

إن البلاد النامية لا تشكو جميعها من التضخم السكاني، لأن معدلات الخصوبة العالية ظاهرة مرتبطة بأسلوب الحياة، والخصائص الاقتصادية والاجتماعية السائدة. بمعنى أن ارتفاع معدلات النمو السكاني ليس هو السبب الرئيسي للمشكلة السكانية، وإنما السبب الأساسي هو عدم كفاءة التنظيم الاقتصادي والاجتماعي. حيث أن السلوك الإنجابي هو الذي يحدد الخصوبة التي تتأثر بالظروف الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع، مثل المستوى التعليمي، مستوى المعيشة، السن عند الزواج، مكانة المرأة، معدل وفيات الأطفال، الخلفية الدينية، ومدى توفر خدمات وسائل تنظيم الأسرة .

ومن المعروف أن النمو السكاني إنما هو نتيجة تفاعل عوامل الزيادة المتمثلة في المواليد، وعوامل النقصان المتمثلة في الوفيات، وكذلك الهجرة من منطقة أو إليها.

ويستخدم معدل النمو في قياس التغيرات السكانية، فقد يعني النمو إما النقص أو الزيادة، ويشترك معدل النمو في تحديد أوجه الحياة، حيث أن عدد السكان المتناقص يترتب عليه توزيع شائخ للأعمار، مما يحدث أثره السيء على النمو الاقتصادي، كما أن النمو السريع يترتب عليه توزيع شاب وأعداد ضخمة من الأطفال مما يجلب مشاكل اجتماعية كثيرة.

وهناك علاقة بين الهيكل العمري للسكان ومعدل نموهم، وبالتالي مستوى الخصوبة. وتنقسم هذه الهياكل إلى ثلاثة أنواع هي:

- الهيكل التقدمي: ويتصف بنسبة عالية من الأطفال، ومعدل نمو سكاني سريع.

- الهيكل الثابت: ويتصف بنسبة أقل من الأطفال، ونسبة مرتفعة من العجزة، ومعدل نمو سكاني منخفض.

- الهيكل المتراجع: ويتصف بنسبة ضئيلة من الأطفال، ونسبة أكبر من العجزة، ومعدل نمو سكاني متناقص (فراج، 1975).

إن أي تحسن في الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤدي إلى انخفاض الوفيات والتي تؤدي بدورها إلى انخفاض الخصوبة، وهو ما حدث بعد الحرب العالمية الثانية في الدول المتقدمة، ولكن الدول النامية انخفض فيها معدل الوفيات نتيجة التقدم الطبي مع تغير طفيف على معدل المواليد، وارتفاع مستوى الخصوبة في هذه الدول يجعلها تبحث عن آلية لخفض الخصوبة، وكثير من الدول والمناطق ومنها قطاع غزة ترى أن تأثير تنظيم الأسرة عامل هام في خفض الخصوبة ولكن استخدامه وحده لا يكفي، ويجب أن يسايرها تنمية شاملة (العقبي، 1988).

وفي سياق ما سبق سيتم التعرض في هذا الفصل لشقين:

أولاً: المشكلة السكانية وعرض لبعض مقاييس ونماذج ومفاهيم وسياسات الخصوبة.

ثانياً: الدراسات السابقة.

أولاً: المشكلة السكانية وعرض لبعض مقاييس ونماذج ومفاهيم وسياسات الخصوبة

نستعرض فيما يلي المشكلة السكانية بإيجاز لأنها المشكلة الأولى التي يجب التصدي لها، ولأنها ترتبط بالعوامل الاجتماعية التي تتفاعل مع بعضها البعض في المجتمع وتؤثر في الخصوبة، كما نستعرض بعض مقاييس ونماذج ومفاهيم الخصوبة، يتبعها مناقشة عن السياسة السكانية.

1.1 المشكلة السكانية:

اختلفت الآراء حول مشكلة الزيادة السكانية، فالبعض يرى أنها خير، والبعض الآخر يرى أنها شر، وآخرون يرون أنها ليست خيراً خالصاً ولا شراً خالصاً ، بل يجب التعايش معها. ونحن نتفق مع الرأي الأخير ونضيف أنه يجب آلا نعتبر هذه الزيادة كارثة قومية، بل يجب على السياسة السكانية أن تراعى الاستفادة من هذه الزيادة في أعمال تتناسب مع الإمكانيات المتيسرة حتى ولو كانت أعمال دنيا، لمواجهة المشكلة القائمة والعمل الجاد لحلها. ولكن إذا انفصل واضعي السياسة عن الواقع فهنا تعجز السياسة عن تحقيق أهدافها.

وللنمو السكاني السريع آثاره السلبية والايجابية في المجتمع، أما عن الآثار السلبية فهي: مستويات تكنولوجية وإنتاجية ومعيشية منخفضة، ومعدلات نمو سكانية ونسب إعالة مرتفعة، ومستويات عالية ومتزايدة من البطالة الصريحة والمقنعة، ونسب أمية مرتفعة، واعتماد كبير على الإنتاج الزراعي، وانخفاض الدخل القومي والاستثمار، وتدهور الخدمات بصفة عامة.

وهنالك آثار ايجابية للنمو السكاني السريع في المجتمع، حيث يتميز الهيكل الشاب للسكان بالرغبة في التغيير والتنمية، على أن يكون ذلك من خلال خطة تنموية مرنة وموضوعية وواقعية، تهدف إلي الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمادية في حدود الاحتياجات الفعلية والإمكانات. كذلك يتميز هذا المجتمع باتساع حجم السوق وزيادة الاستثمار والادخار، بالإضافة إلي الإنتاج نتيجة لتوفر الأيدي العاملة.

وفي الواقع إن الزيادة السكانية لدولة ما لا تمثل في حد ذاتها مشكلة، بل قد تكون أمراً مرغوباً فيه في ظل سياسة تستوعب هذه الزيادة. ويقال أن دولة معينة تعاني من وجود مشكلة سكانية إذا كان

التزايد في عدد سكانها – علي سبيل المثال – لا يتناسب مع الزيادة التي تطرأ علي موارد العيش فيها، حيث أن معدل الزيادة السكانية أسرع من معدلات التنمية. بمعني آخر فإن المشكلة السكانية تظهر في حالة عدم توافق عدد السكان مع موارد المجتمع فتعوق التنمية.

وللمشكلة السكانية جوانب اجتماعية واقتصادية وسياسية وثقافية، ولها آثار متعددة ومتشابكة ومتراكمة عبر الزمن بعضها غير مباشرة وغير مقطوع بصحته، ولذلك يصعب تحديد الآثار النهائية للتغيرات السكانية. وبالرغم من ذلك فان النظم الاجتماعية لها تأثير واضح علي المشكلة مثل التحضر، نظام الأسرة، السن عند الزواج، مستوي التعليم، العادات والتقاليد، المعتقدات الدينية الخاطئة، وغيرها.

ويري البعض أن المشكلة السكانية في البلاد النامية قد ظهرت كنتيجة حتمية للاستعمار، بمعني أن هذه المشكلة هي عملية تاريخية ظهرت كرد فعل مباشر لعمليات نهب وسلب الفائض الاقتصادي لهذه الدول، وهو ما أدي إلي زيادة في السكان لم يقابلها زيادة ملائمة في المواد الغذائية والخدمات العامة، وللتخلص من مشكلة عدم التناسب بين النمو السكاني المرتفع، وبطء أو جمود التطور الاجتماعي والاقتصادي في الدول النامية، فعليها تحقيق التحرير الاقتصادي أي التخلص من التبعية الاقتصادية للخارج، وتحقيق التنمية المستقلة، ويقصد بها عملية حضارية لمختلف نواحي الحياة، والاستغلال الرشيد للموارد، بالإضافة إلي تحقيق العدالة الاجتماعية، والاعتماد علي الذات (زكي، 1985).

ويرجع السبب الرئيسي للتغيرات الديموغرافية التي أحدثت التزايد السريع في السكان إلى انخفاض معدلات الوفيات في وقت قصير نسبياً وخاصة وفيات الأطفال الرضع، بينما استمرت معدلات المواليد مرتفعة كما نعلم، وإن أي محاولة لخفض معدل النمو السكاني تتطلب إما العمل على رفع معدل الوفيات مرة أخرى وهذا ما لا يمكن تصوره، أو العمل على خفض معدل المواليد عن طريق تغيير الظروف الاجتماعية المؤثرة في الخصوبة.

2.1 الاهتمام بالمشكلة السكانية على المستويات الدولية والقومية

شهدت العقود الخمسة الماضية اهتماماً متزايداً بقضايا السكان، وقد أثارت المعدلات المرتفعة للنمو السكاني في الدول النامية انتباه المجتمع الدولي وذلك للعلاقة المتبادلة بين النمو السكاني والغذاء والصحة والتعليم. فإذا كانت مشكلة تزايد السكان تهم بالدرجة الأولى الدول النامية والفقيرة، فإن خطرها لا يتوقف عند حدود هذه الدول، وإنما تبلغ دائرة الخطر معظم العالم، وتصبح مشكلة انفجار السكان تهدد العالم كله بأفدح الكوارث.

فعلى المستوى الدولي: يلاحظ اهتمام الأمم المتحدة بعد تكوينها بإنشاء التشكيلات اللازمة لتناول القضايا الديموغرافية، ففي سنة 1946 أنشأت لجنة السكان التي تعمل في ميدانها المتخصص كمجموعة استشارية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي بالتعاون مع اللجان الأخرى قريبة الصلة بها، مثل اللجنة الإحصائية، لجنة التنمية الاجتماعية، لجنة حقوق الإنسان ولجنة مركز المرأة. وفي نفس السنة تم إنشاء قسم السكان في إدارة الشئون الاقتصادية والاجتماعية بسكرتارية الأمم المتحدة. وقد جاءت نقطة التحول في درجة اهتمام الجمعية العامة لمشاكل السكان في أواخر عام 1966، حين أصدرت قرارها المشهور بشأن النمو السكاني والتنمية الاقتصادية، وقد حث القرار الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة على مساعدة البلاد النامية في ميدان السكان. وفي يونيه 1967 أنشئ صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية لتنمية الوعي بالآثار الاقتصادية والاجتماعية للمشكلة السكانية، وتقديم المساعدات للبلاد النامية بناء على طلبها، وتنسيق البرامج والمشروعات.

وكانت قضية التحكم في الخصوبة عن طريق تنظيم الأسرة من المكونات الأساسية لبرامج العمل في ميدان السكان، ومما يدل على الاهتمام المتزايد من جانب الأمم المتحدة بمشكلة النمو السكاني، إعلانها عام 1974 عاماً عالمياً للسكان، وعقدها في تلك السنة المؤتمر العالمي للسكان، كذلك إنشاء نظام معلومات السكان الذي أتاح فرصة لإثراء معرفة المهتمين بقضايا السكان عامة وقضية الخصوبة خاصة، كما شجع الباحثين على الدراسة، وتوجيه وترشيد السياسات السكانية. وتبنى الاتحاد الدولي للدراسة العلمية للسكان بالتعاون مع سكرتارية الأمم المتحدة تعديل القاموس الدولي للمصطلحات والتعاريف الديموغرافية.

وجدير بالذكر، أن الاهتمام الدولي بالمشكلة السكانية لا يقتصر على الأمم المتحدة ومنظماتها المتخصصة فحسب، بل يتعداها إلى بعض المؤسسات الدولية مثل معهد الإحصاء الدولي، والاتحاد الدولي للدراسة العلمية للسكان حيث قامت هاتان الهيئتان الدوليتان منذ أوائل السبعينات بالتعاون مع هيئات أخرى بعمل مسح الخصوبة العالمي (عبد الرحمن، 1982).

وقد أقيمت عدة مؤتمرات عالمية تناولت المشكلة السكانية، وأصدرت عدة توصيات هامة، منها توصية المؤتمر المنعقد في بوخارست عام 1974، والمؤكدة على أن كل حكومات الدول النامية مطالبة في الوقت الحاضر بوضع سياسات وبرامج سكانية، يكون محورها الأساسي هو التعامل مع المشكلة بصورة متكاملة، واضعين في الاعتبار أهمية تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على الخصوبة (حمزاوي، 1984).

وفي عام 1984 عقد مؤتمر عمان الذي أصدر عدة توصيات من بينها توفير البيئة الاقتصادية والاجتماعية المواتية لتحقيق معدلات الإنجاب التي تتواءم مع معدلات النمو السكاني المرغوبة، وذلك عن طريق جهود التنمية والسياسات العامة لتوجيه السلوك الإنجابي للأزواج، وتقوم خطة التنمية على نشر التعليم، ورفع مكانة المرأة وزيادة مشاركتها في النشاط الاقتصادي المنظم، وخفض معدلات وفيات الأطفال، وتوفير الضمان الاجتماعي، وتقديم خدمات تنظيم الأسرة لمن يطلبها من الأزواج (اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، 1984).

أما مؤتمر المكسيك الذي عقد عام 1984، فقد أشار إلى أن المشكلة السكانية تتباين بين أقطار العالم، ودعا إلى مرونة خطة العمل العالمي للسكان وفقاً للواقع والظروف السكانية لكل دولة.

وقد عقد في العاشر من ديسمبر 2007 المؤتمر السكاني الرابع في اليمن، وقد ناقش عدة موضوعات وعلى رأسها المشكلة السكانية وضرورة إنجاز رؤية إستراتيجية لضمان تغطية شاملة من خدمات الصحة الإنجابية والتوازن بين النمو السكاني والتنمية المستدامة وغير ذلك من الأهداف المصيرية للحد من تفاقم المشكلة السكانية.

أما على الصعيد المحلي: فبسبب الظروف السياسية والأمنية الصعبة من وجود للاحتلال الإسرائيلي وسياسة القتل الجماعي والتشريد والظروف الاقتصادية الصعبة وغير ذلك، فانه لا يوجد

اهتمام بالمشكلة السكانية نظراً لأنه في مجتمع قطاع غزة ينظر لعملية الإنجاب-أحياناً- بأنها عملية تعويض للفاقد من الشهداء وبالتالي لا يوجد اهتمام بالمشكلة السكانية، بل قد لا يكون هناك مشكلة سكانية وإنما استمرار العملية الإنجابية لمواجهة الإبادة الجماعية التي يمارسها الاحتلال.

3.1 مقاييس الخصوبة:

تحتاج بعض المقاييس الديموغرافية إلى بيانات التعدادات، وبعضها الأخر يحتاج إلى بيانات الإحصاءات الحيوية، ويمكن الاستفادة من المصدرين معاً بالإضافة إلى الأبحاث والمسوح المتوفرة، فمثلاً لقياس المعدل السنوي لنمو السكان أو المعدل السنوي للزيادة الطبيعية، يتم حساب الفرق بين معدل المواليد ومعدل الوفيات مع الأخذ في الاعتبار صافي الهجرة، أو بقسمة الفرق بين عدد المواليد وعدد الوفيات على تقدير عدد السكان في منتصف السنة موضع الدراسة.

ويعتبر معدل الخصوبة الكلي من أشهر وأهم مقاييس الخصوبة وأكثرها تناولاً من الباحثين، ومشكلة هذا المقياس هي ضرورة الحصول على توزيع السيدات في سن الحمل (15-49)، وهي تتوفر من بيانات التعدادات والمسوح، بينما نحصل على توزيع المواليد حسب عمر الأم من الإحصاءات الحيوية. وهذا المقياس عبارة عن متوسط عدد المواليد أحياء الذين تنجبهم المرأة الواحدة في مجتمع ما خلال فترة حياتها الخصبة، على فرض أنها ظلت على قيد الحياة طوال تلك الفترة، وأنها مارست بالفعل معدلات الخصوبة العمرية المستخدمة في حساب هذا المعدل.

كما يعتبر ترتيب المولود أحد المقاييس المعبرة عن مستوى الخصوبة في المجتمع، ومفهوم ترتيب المولود هو الرقم التالي لعدد الأخوة الأشقاء الباقين على قيد الحياة للمرأة، علماً بأن الأمهات ينجبن مولوداً كل سنتين ونصف أي كل 30 شهر تقريباً. وهذا في حد ذاته أقل من المدة التي شرعها الدين الإسلامي، الذي قدر مدة الرضاعة بعامين، ثم مدة الحمل بتسعة أشهر بالإضافة إلى الفترة الطبيعية بين عودة التبويض وحدوث الحمل التي تبلغ في المتوسط ستة أشهر، أي أن المدة المنتظرة بين حملين بحكم الشرع تبلغ 39 شهراً على الأقل (النمرسي وآخرون، 1982).

وهناك اهتمام متزايد بتصنيف مقاييس الخصوبة حتى يمكن توفير قاعدة البيانات اللازمة لإجراء التحليل الديموغرافي، ومن السمات المميزة للفكر الديموغرافي، الاتجاه نحو تنويع مقاييس

الخصوبة والإنجاب بهدف تحسينها ومعالجة البيانات، فهناك مقاييس للخصوبة الفسيولوجية وهي مقاييس غير مباشرة ومقاييس للخصوبة الفعلية وهي مقاييس مباشرة. وتختلف المقاييس المستخدمة باختلاف الغرض من عملية القياس والبيانات المتوفرة وباختلاف الهدف من التحليل الديموغرافي.

ومن أهم مقاييس الخصوبة: معدل الخصوبة العام – معدل الخصوبة الزوجية – معدل الخصوبة التفصيلية حسب العمر، أو حسب النوع، أو مدة الحياة الزواجية– معدل الخصوبة الكلي – معدل المواليد الخام.

4.1 نماذج الخصوبة:

تتميز نماذج الخصوبة في العلم الديموغرافي الحديث بكونها نماذج كلية تنصب على المجتمع ككل، أو نماذج تنصب على الأسرة كوحدة مجتمعية. وقد تكون هذه النماذج نظرية أو تطبيقية.

ويلاحظ أن اهتمام النماذج الكلية يركز أساساً على التقدير الكمي للآثار المباشرة وغير المباشرة الناتجة عن تغيير معين في الخصوبة على مستوى المجتمع ككل، في حين أن اهتمام نماذج الوحدة ينصب على تفسير الخصوبة على مستوى الأسرة. وقد أسهمت هذه النماذج في إبراز مكان الخصوبة في السياسات السكانية.

5.1 مصطلحات ومفاهيم الخصوبة:

لقد ازداد الاهتمام بالمصطلحات والمفاهيم الخاصة بالخصوبة، من حيث توحيد وتوضيح هذه المصطلحات حتى يمكن تجنب الخلط بينها، ومنع استخدامها بمعاني متباينة في اللغات المختلفة، والالتزام الجاد بالقواعد العلمية، وإلغاء أو الإقلال من الخطأ الناجم عن عدم وضوح المصطلحات، ولتسهيل إجراء المقارنات بأكبر قدر ممكن من الدقة، فقد أصدرت الأمم المتحدة بالتعاون مع الاتحاد الدولي للدراسة العلمية للسكان في عام 1958 القاموس الديموغرافي متعدد اللغات، كما قامت الجمعية الإحصائية للبلاد العربية بإصدار قاموس للمصطلحات الإحصائية والديموغرافية في عام 1966 وكذلك أصدر المركز الديموغرافي لشمال أفريقيا عام 1967 القاموس الثلاثي للمصطلحات الإحصائية الديموغرافية. وإذا أردنا أن نعرف الخصوبة البشرية فهي عملية بيولوجية وسلوكية تتحكم فيها

مجموعة من العوامل والتي يتعرض لها السكان مثل: محل الإقامة والعمل والمهنة ومستوى المعيشة والتعليم والعادات والتقاليد ونوع السكن والحالة الصحية وغيرها (صحيفة 14 أكتوبر، 2008).

أو بمفهوم أدق: هي القدرة الواقعية أو الفعلية على الإنجاب ويقصد بذلك عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة في حياتها الإنجابية أي بين سن 15-49 سنة في المتوسط (سليمان ،1973).

6.1 السياسة السكانية والخصوبة:

يعاني قطاع غزة من آثار التزايد السكاني الذي لا تتناسب معدلاته مع معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، تلك الحالة التي تؤدي بالتبعية إلى انخفاض مستوى المعيشة للمجتمع والأسرة والفرد. ولحل هذه المشكلة السكانية التي تعتبر قضية اقتصادية واجتماعية وسياسية تهدد حاضر ومستقبل مجتمع قطاع غزة، يجب وضع سياسة لخفض الخصوبة، ومما لا شك فيه أن أي سياسة سكانية لا يمكن أن تتصف بالموضوعية ما لم تكن نابعة من احتياجات شعب بعينه، ومعبرة في إجمالها وتفصيلها عن أوضاع المجتمع الذي يعيش فيه هذا الشعب، و يتعين على هذه السياسة أن توفق بين أهداف الفرد أو الأسرة من جانب وأهداف المجتمع أو الدولة من جانب آخر (فراج، 1987).

7.1 مفهوم السياسة السكانية:

تعتبر السياسة السكانية جزء من السياسة العامة، وترتكز في الغالب على التحكم في حجم السكان ومعدلات النمو، وقد عرف القاموس الديموغرافي السياسة السكانية بأنها مجموعة من الإجراءات التي يتم تصميمها للتأثير في تغيرات السكان، ويلاحظ من هذا التعريف أن هذه السياسة تتكون من شقين: الأول هو إجراءات أو أدوات السياسة، والثاني هو أهداف تلك السياسة.

كما تعرف دائرة المعارف الدولية للعلوم الاجتماعية السياسة السكانية، بأنها تلك الإجراءات التشريعية والبرامج الإدارية وغيرها من التصرفات الحكومية، التي تهدف إلى تغيير أو تعديل الاتجاهات السكانية السائدة من أجل الحياة والرفاهية القومية.

وتعرف اللجنة الاستشارية للخبراء التي شكلتها الأمم المتحدة السياسة السكانية، بأنها مجموعة الإجراءات والبرامج التي تصاغ لانجاز أهداف اقتصادية واجتماعية وسياسية، عن طريق التأثير في المتغيرات الديموغرافية.

وهناك تعريف آخر للسياسة السكانية بأنها عبارة عن مجموعة من الأهداف المرجوة مقترنة بوسائل تحقيقها في إطار من المبادئ وأسلوب للتقييم والمتابعة إلا أنه مما لا جدال فيه أنه ما من تعريف للسياسة السكانية إلا وينص على الحد الأدنى، وهو أنه يقصد بالسياسة مجموعة من الوسائل والأدوات لتحقيق أهداف مرجوة (عبد الغني، 1983).

وفي إطار هذا الحد الأدنى قام سبنجلر ودنكان بتعريف السياسة السكانية بأنها العمل الإيجابي المباشر للحكومة بغرض تسهيل تحقيق أهداف مرجوة مرتبطة بحجم السكان وترتيبهم من أجل الرفاهية القومية (Spengler and Duncan,1996).

ومما سبق يتضح أن هناك تشابه واختلاف بين الديموغرافيين في تعريف السياسة السكانية، وفي الواقع فالسياسة السكانية ما هي إلا عملية تحديد الأهداف الممكنة، والإجراءات لتحقيق هذه الأهداف. ومن المهم أن نذكر أنه إذا نجحت السياسة السكانية في خفض الخصوبة، فإن هذا الانخفاض لا يظهر أثره إلا بعد عدة سنوات.

8.1 أنواع وعناصر ومكونات السياسة السكانية:

هناك نوعان للسياسة السكانية، النوع الأول هو سياسة المواجهة السكانية، وهي سياسة علاجية لمعالجة المشكلة السكانية. أما النوع الثاني فهو سياسة التأثير في العوامل الديموغرافية، وهي سياسة وقائية لعلاج المشكلة السكانية (رزق، 1976).

وعناصر السياسة السكانية التي تهدف إلى تغيير الاتجاهات الديموغرافية، تتمثل في الخصوبة والوفاة والهجرة، وتعتبر الخصوبة أكثر العناصر تأثيراً في نمو السكان وتركيبهم، وفي عملية التحكم في التغيير السكاني.

وبالنسبة إلى مكونات السياسة السكانية فهي: حجم السكان ومعدل نموهم، مستوى الخصوبة والوفاة، نسبة الزواج، تنظيم الهجرة بشقيها (الداخلية والخارجية)، التركيب النوعي والعمري للسكان، التوزيع الجغرافي للسكان، استخدام الموارد البشرية، النوعية البيولوجية للسكان، ويتضح أن هناك ارتباطاً بين هذه المكونات مع بعضها البعض (عبد الرحمن، 1982).

9.1 علاقة سياسات الخصوبة والسكان بسياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية:

يجب أن يكون هناك تكامل بين السياسات الديموغرافية والسياسات الاقتصادية والاجتماعية للتأثير في تغيرات الخصوبة، وهي تختلف في اتجاه وفاعلية هذا التأثير، ولوضع سياسة سكانية سليمة يجب مراعاة الظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع (Szykman,1995).

إن التغير ظاهرة ضرورية دائمة الحدوث، وإن تأثيراته قد أصبحت واسعة النطاق بفضل التطورات التي طرأت على وسائل الاتصال الجماهيري، والتفاعل بين طرفين أو أكثر هو شرط أساسي لحدوث التغيير، كما أن التغيير هو ظاهرة ثقافية عامة، على الرغم من أن معدلاته يمكن أن تتفاوت من ثقافة لأخرى، ويمكن القول بأن عملية التنمية في مختلف أنحاء العالم قد أدت إلى تدعيم الأسرة النووية وإضعاف الأسرة الممتدة وزيادة المشاركة المتبادلة في المسؤولية بين الزوجين بدلاً من الشكل التقليدي، بمعنى أن عملية التنمية قد أدت إلى إحداث تغيير اجتماعي للمجتمع.

وجدير بالذكر أن السياسات الاقتصادية والاجتماعية هي إجراءات غير مباشرة لتغيير مستوى الخصوبة، أما السياسات الديموغرافية المتمثلة في تنظيم الأسرة فهي إجراءات مباشرة للتغيير والتأثير في الخصوبة. وقد يكون اتجاه هذا التأثير بإتباع الإجراءات الديموغرافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية موجباً أو سالباً.

وقد شهدت الفترة الأخيرة ظهور بعض الأنشطة على صعيد التوعية والتوجيه والإرشاد في تنظيم الأسرة والحد من الخصوبة إلا أن الظروف السياسية والاقتصادية الحالية تحد من فعالية ونشاط مثل تلك الأنشطة.

ثانياً: الدراسات السابقة

تلعب الخصوبة دوراً رئيسياً في التغيرات الرئيسية في حجم السكان، ففي الوقت الذي انخفضت فيه معدلات الوفيات نسبياً، لم يقابلها انخفاض في معدلات الخصوبة، مما أدى إلى زيادة السكان زيادة سريعة جداً، في العديد من دول العالم النامي الأمر الذي شكل عبئاً كبيراً على الاقتصاد والبيئة، وعليه فإن كثير من البلدان شرعت في برامج تنظيم الأسرة لكبح نمو السكان، ومتابعة التغيرات التي تطرأ على الخصوبة، حيث أصبحت هذه المسألة جوهرية في تقييم ما حققته هذه البرامج في تخفيض الخصوبة، من هنا زاد اهتمام الباحثين في دراستهم بقياس الخصوبة وتحليلها ومعرفة أهم العوامل المؤثرة فيها والتركيز على انخفاض مستويات الخصوبة واتجاهاتها وأسبابها، وكثير من هذه الدراسات –إن وجدت– تكتفي بالإشارة إلى العوامل المختلفة التي تؤثر في انخفاض الخصوبة أو زيادتها، مثل التعليم، مدة الحياة الزواجية، العمر عند الزواج الأول والتنمية الاقتصادية والاجتماعية وبرامج تنظيم الأسرة إلا أن السؤال الجوهري في هذا الموضوع حول العامل أو العوامل التي يمكن أن تشكل السبب الرئيسي في انخفاض أو زيادة معدلات الخصوبة في بلدٍ ما، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه العوامل يمكن أن تختلف من بلد إلى آخر، فلقد اهتمت كثير من الجهات البحثية بدراسة العوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية وأثرها على الخصوبة. ولقد قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتخطيط وتنفيذ العديد من المسوح التي هدفت إلى توفير قاعدة بيانات علمية دقيقة موثوق بها، تستخدم من قبل المؤسسات المعنية لدراسة وتحليل الخصائص الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية والصحية والبيئية للمجتمع الفلسطيني، وذلك للاستفادة منها في عمليات رسم السياسات التنموية والتخطيط العلمي للنهوض بالمجتمع الفلسطيني في مختلف مناحي الحياة، ومن أهم الجهات التي اهتمت بالدراسات السكانية: وزارة الصحة الفلسطينية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الأسكوا) والأمم المتحدة وقد أسهمت هذه الجهات بالإضافة للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ببحوث لها علاقة بالخصوبة وهذه البحوث لا تزيد عن كونها رصد للبيانات الخام وتبويبها وما يتم من تحليل بعد ذلك لا يزيد عن محاولة الكشف عن الارتباط بين المتغيرات الديموغرافية ذاتها وكذلك لم يتم دراسة مدى ارتباط معدلات الخصوبة بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية في فترات زمنية متباعدة بسبب عدم وجود قاعدة بيانات يمكن الاعتماد عليها وذلك بسبب وجود الاحتلال الإسرائيلي وعلى هذا تحمل دراسات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة الفلسطينية في ذاتها بيانات خام

تدعو الباحثين إلى إجراء الدراسات عليها ولكن يؤخذ على هذه الجهات عدم التعرض الكافي للمتغيرات والعوامل الاقتصادية التي قد تؤثر وبشدة على الخصوبة.

وتفتقر الدراسات والبحوث المنجزة إلى الأبحاث المتعلقة بالجانب الاقتصادي ولعل هذا أحد الأسباب التي تدعو الباحث للتركيز عليه في هذه الدراسة، وقد تناول عدد من الدراسات بحث العلاقة بين العوامل الاقتصادية والخصوبة التي أجري بعضها على الدول المتقدمة والبعض الآخر على الدول النامية بما في ذلك الدول العربية وقد كان بعض هذه الدراسات تطبيقاً وبعضها نظرياً ويمكن تلخيص نتائج هذه الدراسات على النحو التالي:

1) دراسة ايسترلين (Easterlin; R. 1969):

وقد حاول فيها معرفة العوامل المحددة للخصوبة، وقد حددها في عدة نقاط:

- ❖ الطلب على الأطفال وهذا يحدده عدة عوامل نذكر منها الرغبة في عدد الأطفال والدخل وتكلفة تربية الأطفال.
- ❖ ممارسة تحديد النسل تختلف باختلاف العلاقة بين ما يمكن إنتاجه من أطفال من جانب والطلب على الأطفال من جانب آخر، أي العلاقة بين الخصوبة الطبيعية والخصوبة المطلوبة.

2) دراسة (هنري عزام، 1979):

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل تفاضلات الخصوبة والقوى العاملة في العالم العربي، وقد وجدت هذه الدراسة أنه بزيادة القوى العاملة تقل معدلات الخصوبة حيث أن معدلات المواليد والوفيات تتناسب عكسياً مع مساهمة المرأة في العمل، كذلك وجدت أن زيادة مساهمة المرأة في العمل تزيد من الاهتمام بتعليم الأبناء بمعنى الاهتمام بالنوعية عن الكمية.

3) دراسة ايسترلين وآخرون (Easterlin; R. & eta 1980):

وكانت بمثابة محاولة لتحديد بعض النماذج الاقتصادية لمحددات الخصوبة وخلصت هذه الدراسة بتحديد عدة نقاط كمحددات للخصوبة:

- ميزانية الأسرة وهي تتأثر بسعر البضائع والسلع الجديدة والخدمات ومعدلات الأجر لجميع أفراد الأسرة العاملين.
- تكنولوجيا الأسرة أي تقبلها للبضائع والسلع الجديدة وأهمية الزمن لها.
- دالة إنتاج المواليد وهي تعني عدد المواليد الأحياء التي يمكن أن تنجبهم الأسرة، وهي دالة في الخصوبة الطبيعية ومزاولة تنظيم الخصوبة واحتياجات الأسرة من البضائع.

4) دراسة (محمد السيد حافظ عبد الرحمن، 1982):

حاولت هذه الدراسة التعرف على فاعلية العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تحديد مستويات وأنماط الخصوبة في مصر، وقد خلص الباحث إلى:

- وجود علاقة عكسية بين مستوى الإنجاب والتعليم.
- وجود علاقة طردية بين (عمر المرأة عند الزواج الأول واستخدام وسائل تنظيم الأسرة) والتعليم.
- وجود علاقة عكسية بين مستويات الإنجاب و ممارسة وسائل تنظيم الأسرة.
- يعتبر التعليم من العوامل الفعالة في استخدام الزوجات لوسائل تنظيم الأسرة.

5) دراسة بيردسال وجانيسون (Birdsall ; N. and Janison ; D.1983):

تناولت هذه الدراسة تأثير الدخل على الخصوبة وتوصلت الدراسة إلى أن المستوى العالي للتنمية الاقتصادية يخفض الخصوبة حيث أن ارتفاع مستوى التنمية الاقتصادية يرفع من تكلفة الأطفال ويزيد من مساهمة المرأة في العمل، هذا إلى جانب وجود برامج قوية للحكومة تعمل على خفض تكلفة وسائل منع الحمل، وتشجيع الزواج المتأخر إلى جانب استخدام نظام الحوافز والضغوط، كذلك وأن التغيير في الخصوبة يتوقف على مستوى التنمية عند البداية والنمط السائد هو الخصوبة المنخفضة مع الدخل العالي حيث أن الدخل العالي يرتبط بمجموعة عوامل منها التحصيل العلمي وعمالة المرأة وتكلفة الطفل ومستوى الأجور.

6) دراسة (نازك نصير، 1985):

اعتمدت هذه الدراسة إلى قياس المتغيرات الوسيطة المؤثرة في خصوبة الريف المصري، وركزت هذه الدراسة على تحليل المعلومات بشأن مجموعة من النساء الريفيات ذات مستوى خصوبة مرتفع، وخلصت إلى تقييم أثر المتغيرات الوسيطة في مستوى الخصوبة متبعة في ذلك نموذج بونجارت، وكان من نتائج الدراسة أن العمر المبكر عند الزواج الأول ودرجة الاستقرار الكبيرة للزيجات يتيحان قضاء فترة كبيرة من مرحلة الإنجاب في إطار الحياة الزوجية، ونتيجة لذلك تكون الزوجة أكثر عرضة للحمل والإنجاب.

7) دراسة (هدى زريق، 1987):

تناولت الدراسة نظرة حول تطور دراسات الخصوبة، وتبين من خلال الدراسة أن مستوى تعليم المرأة قد أظهر ارتباطاً واضحاً بخصوبتها، أما مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي فهي لم تؤثر في الخصوبة في البلدان النامية، وذلك لخروج المرأة إجمالاً من قوة العمل خلال فترة الإنجاب ولتوفر الخيارات الأخرى بالنسبة للعناية بالأطفال.

8) دراسة (إيمان عبد المعطي محمد مصطفى، 1988):

جاءت هذه الدراسة لبحث العلاقة المتبادلة بين العوامل الاقتصادية والخصوبة، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج:

- وجود علاقة عكسية بين الدخل وحجم الأسرة.
- وجود علاقة عكسية بين (متوسط الدخل، متوسط الإنفاق، متوسط الدخل المعدل بتعليم الزوجة، الحالة العملية للزوجة) وعدد الأطفال أحياء والطلب على الأطفال (حجم الأسرة المرغوب).
- تطلعات الآباء لتعليم الأبناء يخفض حجم الأسرة المرغوب (يخفض الخصوبة).

9) دراسة (ماجدة حنفي محمود محمد، 1988):

هدفت الدراسة إلى تقييم مشروع السكان والتنمية على الخصوبة، وتوصلت الدراسة إلى أن الحالة التعليمية تؤثر على العمر عند الزواج الأول، فالمتعلمات يتزوجن في أعمار أكبر من سواهن، كذلك اتضح من خلال الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين كل من العمر عند الزواج الأول والحالتين التعليمية والعملية للمرأة ومستوى الخصوبة، وهناك علاقة عكسية بين حجم الأسرة المرغوب به من جهة والعمر عند الزواج الأول والحالة التعليمية من جهة أخرى، وأخيراً توصلت الدراسة إلى أن الحالتين التعليمية والعملية تؤثران على نية استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل، فالمتعلمات واللائي سبق لهن العمل أكثر اتجاهاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل.

10) دراسة (محمود الحبيس، 1988):

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر العوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية، مثل: العمر، مكان الولادة، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، المهنة، عدد مرات الزواج ومدة الحياة الزواجية على مستوى الخصوبة في الأغوار الشمالية في الأردن.

وتوصل الباحث إلى أن متغير عمر الزوجة عند الزواج الأول ذو علاقة عكسية في تأثيره على الخصوبة حيث احتل المرتبة الأولى من بين المتغيرات الخاصة بالزوجة، وبرز مكان الولادة في المقام الأول بالنسبة للمتغيرات الخاصة بالزوجين، ووجد أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي ومعدلات الخصوبة، كما كان هناك تأثير لمكان الإقامة على الخصوبة، حيث تبين أن سكان القرى أعلى خصوبة من سكان الحضر، وتبين أيضاً أن عمل المرأة قلل من الخصوبة.

11) دراسة (سليم تماري وآن سكوت، 1991):

هدفت هذه الدراسة إلى معالجة المضمون الاجتماعي لأنماط الخصوبة في أربعة تجمعات فلسطينية وهي: الضفة الغربية، قطاع غزة، الجليل، مدينة القدس العربية، وذلك لرصد التغيرات في مستويات الخصوبة في الفترة 1967-1987 حيث أظهرت الدراسة أن التغيرات في مستوى الخصوبة ترتبط بالظروف الاقتصادية والاجتماعية في الأراضي الفلسطينية وحالة الفقر وحاجة الأسرة للأبناء

سواء للعمل أو العناية عند الكبر، وتوصلت الدراسة أيضاً إلى وجود علاقة طردية واضحة بين مستويات الخصوبة وبين مدة الحياة الزواجية، ومهنة الزوج، وكذلك وجود علاقة عكسية بين دخل الأسرة والخصوبة، وعلاقة طردية بين الانتفاضة –من خلال تغير في تماسك المجتمع وتشجيع الزواج وخفض المهور– والخصوبة، هذا إلى جانب ما أظهرته الدراسة من تأثير لعوامل أخرى كتعليم المرأة وعملها خارج المنزل.

12) دراسة (ختام السحيمات، 1993):

هدفت هذه الدراسة بشكل رئيسي إلى تقدير ثلاثة متغيرات وقياس لمتغيرين آخرين من المتغيرات التي تؤثر مباشرة في الخصوبة، وتشتمل المتغيرات المباشرة على نمط الزواج، واستخدام موانع الحمل وفعاليتها، وعقم الرضاعة الطبيعية، والعقم غير الاختياري، والإجهاض، وذلك من أجل فهم أدق للعوامل التي تقف وراء مستويات الخصوبة، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك تزايد لتأثير نمط الزواج واستخدام موانع الحمل في مستوى الخصوبة.

13) دراسة ويتني هيكس (Whitney; Hicks, 1994):

حاول الباحث دراسة التطور الاقتصادي والخصوبة وتوصل إلى أن توقع الحياة ومتوسط الدخل لها أثر عكسي على الخصوبة بينما نسبة العاملين بالزراعة لها أثر طردي على الخصوبة، ويرجع الأثر العكسي لمتوسط الدخل نتيجة للمقارنة بين عدد الأطفال ونوعية الأطفال، ويؤثر على ذلك التغير في العادات والذوق والاتجاه للرغبة في الاهتمام بالنوعية عن الكمية وبذلك يزيد الاتجاه لاستخدام وسائل منع الحمل إلى جانب التغير المنتظم في البناء الاقتصادي الذي يؤدي إلى زيادة الدخل ورفع مستوى التعليم والصحة وزيادة التحضر.

14) دراسة (أرجون ل. أدلاخا، وكيفن.غ. كينسيلا، ومروان الخواجا، 1995):

اعتمدت هذه الدراسة على التعرف على ديموغرافية الشعب الفلسطيني مع التركيز على الأراضي المحتلة وكان من أهم نتائج تلك الدراسة أن مستويات الخصوبة في الأراضي المحتلة مرتفعة للغاية مقارنة بغالبية البلدان، وأوضحت الدراسة أن أحد الأسباب الرئيسية لارتفاع الخصوبة في قطاع

غزة هو زيادة نسبة من تزوجوا في عمر مبكر خلال سنوات الانتفاضة، وأظهرت أن الفلسطينيين المقيمين في القدس الشرقية لهم معدلات خصوبة أقل كثيراً من معدلات الخصوبة في قطاع غزة والضفة الغربية، وتوقع الباحثون أن تبدأ الخصوبة في الانخفاض نتيجة لانخفاض معدلات الوفيات وارتفاع مستويات التعليم في الأراضي المحتلة.

15) دراسة (إدوارد جونغسترا، 1996):

اهتمت الدراسة بالتعرف على المحددات المباشرة للخصوبة في اليمن، مستندة إلى بيانات مسح الخصوبة لعام 1979، ومسح صحة الأم والطفل لعام 1991، وخلصت الدراسة إلى أن هناك انخفاض حاد في معدلات الخصوبة من عام 1979 إلى العام 1991 ويرجع ذلك إلى تأثير استخدام وسائل منع الحمل وتأجيل سن الزواج.

16) دراسة (عبد الكريم الفايز، 1996):

تناولت الدراسة العلاقة بين العمر عند الزواج الأول والخصوبة البشرية في الأردن، حيث أظهرت الدراسة بأن هناك علاقة عكسية بين العمر عند الزواج الأول والخصوبة، فارتفاع العمر عند الزواج الأول يؤدي إلى انخفاض معدلات الخصوبة، كذلك هو الحال لتأثير تعليم الزوج والزوجة على معدل الخصوبة، حيث يرتبط تعليم الزوج والزوجة عكسياً مع الخصوبة فكلما ارتفع مستوى التعليم انخفض معدل الخصوبة، وأخيراً هناك علاقة بين مهنة الزوج والزوجة ومستويات الخصوبة.

17) دراسة (خضر عودة، 1998):

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية، ودراسة العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة فيها، وذلك استناداً إلى عينة وزعت على كل سكان المحافظة.

وخلصت الدراسة إلى أن مدة الحياة الزواجية احتلت المرتبة الأولى من بين العوامل المؤثرة على الخصوبة، ويليها عمر الأم وعدد السنوات التعليمية، في حين أن المتغيرات الخاصة بالزوج كانت

أقل تأثيراً مقارنة بالمتغيرات المتعلقة بالزوجة، كما أن مجتمع الدراسة يميل إلى تفضيل إنجاب الذكور على الإناث.

18) دراسة (نذير أبو نعير، 1998):

حاولت الدراسة التعرف على محددات الخصوبة في بلدة ساكب، واعتمدت على استمارة موزعة على عينة من مجتمع الدراسة، وتوصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى وجود علاقة طردية وقوية بين مستوى الخصوبة ومستوى تعليم الزوجة، تعدد الزوجات، الرغبة في إنجاب الذكور وعمر الزوج ولم يبرز أثر عمر الزوجة عند الزواج الأول، مستوى دخل الأسرة ومهنة الزوج على الخصوبة، وهذا يشير إلى أهمية الخصائص الديموغرافية في تفسير أسباب ارتفاع الخصوبة في تلك البلدة.

19) دراسة جافاد صيدغي (Javad M. Sadeghi, 2000):

اهتمت الدراسة بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في انخفاض الخصوبة في إيران ودول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. أظهرت الدراسة بأن الخصوبة انخفضت في جميع البلدان قيد الدراسة وبشكل خاص في إيران حيث كان الانخفاض في الخصوبة واضح، وشكل تعليم المرأة والعمر عند الزواج الأول من العوامل الرئيسية المؤثرة في انخفاض الخصوبة حيث يرتبط تعليم المرأة عكسياً مع خصوبتها، وكذلك يرتبط عكسياً مع العمر عند الزواج الأول.

20) دراسة (حسام عيد، 2000):

تناولت الدراسة موضوع محددات الخصوبة في مخيم النصيرات بقطاع غزة، وهدفت إلى إظهار أهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في الخصوبة، وأظهرت الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين كل من المتغيرات (استخدام وسائل تنظيم الأسرة، مدة الرضاعة الطبيعية، عمل المرأة، مستوى تعليم الزوج ومستوى تعليم الزوجة) والخصوبة ، وكذلك ظهرت علاقة طردية قوية بين كل المتغيرات (عمر الزوج الحالي، مدة الحياة الزواجية، الخصوبة المرغوبة ومهنة الزوج) والخصوبة.

21) دراسة سواكو شيرهاز (Sawako Shirahase, 2000):

هدفت الدراسة لفحص تأثير التعليم العالي للمرأة بالتركيز على الزواج وإنجاب الطفل الأول، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين توجهات الزوج من التقسيم الجنسي للعمل ومشاركته في الأعمال المنزلية، أظهرت الدراسة بأن هناك علاقة قوية بين العمر عند الزواج وعدد المواليد حيث يتناقص عدد المواليد كلما ارتفع العمر عند الزواج، كذلك تؤثر الخلفية العملية ومستواها في قرار الإنجاب عند النساء.

22) دراسة رشود خريف (Rashood M. Khraif, 2001):

حاولت الدراسة التعرف على مستويات ومحددات الخصوبة في المملكة العربية السعودية باستخدام عينة من بيانات المسح الديموغرافي لعام 1999، المعد من قبل وزارة التخطيط، وأظهرت الدراسة بأن العمر عند الزواج وتعليم المرأة من العوامل المهمة في السلوك الإنجابي إلى جانب تأثير العدد المفضل والمنطقة الجغرافية التي يقطن بها المبحوث لهما علاقة بالسلوك الإنجابي، فيما وجد أن مشاركة المرأة في العمل وتعليم الزوج ليس لهما تأثير في السلوك الإنجابي.

23) دراسة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002):

اعتمدت الدراسة على بيانات المسح الصحي 2000، المسح الديموغرافي 1995، المسح الصحي 1996 واستخدمت نموذج بونجارت، وأظهرت الدراسة أن هناك محددات مباشرة وغير مباشرة تؤثر في معدلات الخصوبة، والمحددات المباشرة هي استخدام وسائل تنظيم الأسرة ونسبة النساء المتزوجات، أما المحددات الغير مباشرة فكانت التعليم والعمل.

24) دراسة (خالد رضوان، 2002):

اعتمد الباحث على دراسة تقديرات الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها في الأراضي الفلسطينية، فقد بينت الدراسة أن العوامل المؤثرة في الخصوبة تقسم إلى قسمين، القسم الأول هي العوامل الديموغرافية ومنها التركيب العمري للسكان، والذي يشير إلى أن العلاقة مع الخصوبة هي علاقة

طردية، حيث أن ارتفاع نسبة السكان دون سن 15 سنة يعني ارتفاع مستويات الخصوبة، وعامل الزواج حيث أن ارتفاع نسبة المتزوجين في الفئة العمرية 15-49 يؤدي إلى ارتفاع معدلات الخصوبة. كما أن وفيات الأطفال الرضع تؤثر على الخصوبة وأن العلاقة بينهما علاقة عكسية. أما القسم الثاني فيشمل مساهمة المرأة في القوى العاملة والتعليم واختلاف نوع التجمع والمنطقة، وأخيراً استعمال وسائل منع الحمل، واستخدم الباحث في دراسة المتغيرات الوسيطة (نموذج بونجارت) وتوصل إلى أن استخدام وسائل منع الحمل تأتي في المرتبة الأولى في التأثير على مستويات الخصوبة ويليها متغير محدد الزواج وأخيراً محدد الرضاعة الطبيعية.

25) دراسة آمسون سيباندا وآخرون (Amson Sibanda and Others, 2003):

اهتمت الدراسة بتحديد المحددات المباشرة لانخفاض الخصوبة لأقل من الإحلال في أديس أبابا- إثيوبيا، وأظهرت الدراسة بأن ارتفاع العمر عند الزواج وتراجع نسبة المتزوجات في الفئة العمرية من 15-49 سنة، بالإضافة إلى الزيادة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة من أهم المحددات في تراجع معدلات الخصوبة في أديس أبابا، كما أشارت الدراسة بأن ارتفاع تكلفة البيت يؤدي لتأخير الزواج عند الشباب مما شكل واحد من العوامل التي أثرت في تراجع معدلات الخصوبة.

26) دراسة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2003):

تناولت هذه الدراسة محددات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية، واعتمدت على بيانات التعداد العام لعام 1997 وكذلك بيانات المسح الصحي الديموغرافي2000، وأظهرت الدراسة أن العمر الحالي للمرأة ومدة الحياة الزواجية وتعليم المرأة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة من المحددات لمستوى الخصوبة في الأراضي الفلسطينية في حين وبالرغم من وجود دلالة معنوية لكل من العمر عند الزواج الأول والعلاقة بقوة العمل إلا أن التغير في قيم هذه المتغيرات لا يتبعه تغير كبير في قيم متغير الخصوبة.

27) دراسة نهرو أوجاوا (Naoharo Ogawa, 2003):

هدفت الدراسة إلى التعرف على آليات تغير الخصوبة في اليابان والسياسات الخاصة بها، حيث اعتمدت الدراسة على البيانات المتوفرة من التعدادات المختلفة وكذلك على الإحصاءات الحيوية في اليابان، وأظهرت الدراسة بأن التأخير في سن الزواج وزيادة الفترة الزمنية بين الطفل الأول والثاني إلى جانب استخدام وسائل منع الحمل من العوامل التي أدت إلى انخفاض معدلات الخصوبة.

28) دراسة حسن زكي (Hassan H.M. Zaky, 2004):

تناولت الدراسة التحول في الخصوبة والخيارات المنطقية للإناث في مصر، وهدفت الدراسة لفحص العلاقة بين الخصوبة المرغوب فيها واستخدام وسائل منع الحمل والعمل، وأظهرت الدراسة الترابط بين الخصوبة المرغوب فيها واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ولكن العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة المرغوبة ما زالت ليست في الإطار المتوقع.

29) دراسة (محمود عطايا، 2007):

تناولت الدراسة بعض المحددات الاقتصادية والاجتماعية للإنجاب عند النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية، وهدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة بعض المحددات الاقتصادية والاجتماعية بالإنجاب عند النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية، وأظهرت الدراسة أن الإنجاب عند المرأة يتأثر بشكل عكسي بتعليمها بمعنى وجود علاقة عكسية بين مستوى تعليم المرأة وخصوبتها، وكذلك ظهرت علاقة عكسية بين عمل الزوجة ومستوى الإنجاب لديها وأيضاً هناك علاقة عكسية بين سن الزواج ومعدل الإنجاب عند المرأة.

30) دراسة (محمود الحبيس، 2008):

تناولت الدراسة العوامل المؤثرة في مستوى الخصوبة البشرية في محافظة مأدبا بالأردن وهدفت الدراسة دراسة اتجاهات الأسر نحو الإنجاب بناءاً على عدد من المتغيرات التي تم اختيارها، وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر عكسي ذي دلالة إحصائية للمتغيرات (المستوى التعليمي للزوج

والمستوى التعليمي للزوجة، ومهنة الزوج ومهنة الزوجة، واستخدام وسائل منع الحمل والعمر عند الزواج الأول، وجنس المولود) في مستوى الخصوبة البشرية، في حين لم يظهر أثر لمتغير الدخل على مستوى الخصوبة، كما توصلت الدراسة إلى وجود أثر إيجابي ذي دلالة إحصائية للمتغيرات (عدد مرات الزواج للزوجة، مدة الحياة الزواجية، الديانة) في مستوى الخصوبة.

خلاصة:

إن مشكلة تزايد السكان في قطاع غزة، لا ترجع فقط إلى معدلات الزيادة الطبيعية المرتفعة، ولكنها تكمن أيضاً في عدم وفرة الموارد الطبيعية والزراعية والصناعية بالدرجة التي تحقق حل مشكلة الغذاء والطاقة وغيرها، وفي أن السكان يعيشون على مساحة ضئيلة جداً مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الحياة المعيشية لسكان قطاع غزة، بمعنى أن المشكلة تتلخص في عدم التوافق أو التوازن بين عدد السكان و خصائصهم السكانية ، وبين موارد المجتمع .

وقد تم التطرق في هذا الفصل إلى الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وتبين جلياً أن هناك نقص في تلك الدراسات ورغم ذلك تعرضنا مجبرين لبعض الدراسات التي ليس لها صلة مباشرة بموضوع الدراسة، و تنوعت هذه الدراسات من حيث تغطيتها لعدة بلدان عربية وأجنبية، وقد أجمعت بعض الدراسات على أهمية بعض المتغيرات المفترضة في هذه الدراسة والتي سيتم تناولها في الجانب التطبيقي من الدراسة، ومن أهم هذه المتغيرات مدة الحياة الزواجية، والمستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي وغير ذلك، حيث اتفقت معظم الدراسات السابقة على أهمية هذه المتغيرات وأنه من الضروري أخذها في عين الاعتبار كمتغيرات للدراسة الحالية.

الفصل الثاني

دراسة اتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات الخصوبة في قطاع غزة مع التعرض لبعض نظريات الخصوبة

مقدمة:

تتأثر الخصوبة البشرية بعوامل عديدة ومتشابكة، وفي البداية يمكننا القول بأن دراسة العوامل المحددة للخصوبة تكتنفها صعوبات كثيرة، ولعل أهم هذه الصعوبات، أن السلوك التناسلي هو مسألة فردية فضلاً عن كونها مسألة اجتماعية.

كذلك يزيد الأمر تعقيداً تباين الظروف التي شهدت انخفاضات ملموسة في الخصوبة، بحيث يصعب التوصل إلى مقولات عامة بالنسبة لكثير من محددات الخصوبة. غير أن تناقض نتائج البحوث الخاصة بمحددات الخصوبة لا ينبغي أن يكون مبرراً لاتخاذ موقف، وإنما ينبغي اعتباره داعياً من دواعي الحرص والحذر في تفسير هذه النتائج، وذلك بمراعاة خصوصية المواقف التي تشير إليها.

بمعنى آخر، إن التغيرات السكانية والخصوبة، تتحدد بعوامل بيولوجية واجتماعية بالإضافة إلى عوامل أخرى. وأن دراسات الخصوبة تواجهها صعوبات منها أن قرارات الإنجاب هي قرارات فردية أو عائلية، تحددها اعتبارات كثيرة لا يمكن قياسها جميعاً، كما تحكمها عوامل كثيرة العدد متباينة الأثر، بل إن العامل الواحد قد يكون له أكثر من أثر، كذلك فإن استجابة الخصوبة لتأثير عامل معين ليست فورية، لذلك فعند تفسير نتائج دراسة الخصوبة يجب توخي الحرص الشديد، لأنها غير قطعية ولكنها تقديرية.

إن دراسة محددات الخصوبة تعتبر جزءاً هاماً في دراسة الخصوبة، والهدف منها هو إيجاد العلاقة بين الخصوبة والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، حيث أن تنظيم الأسرة أصبح عملياً غير مناسب لطبيعة المجتمع وحده، لذلك يجب تحقيق مستوى أعلى للتنمية لكي تبدأ الخصوبة في الانخفاض. ومن المعروف أن انخفاض الخصوبة في أوروبا في القرن التاسع عشر لم يقترن باستخدام الوسائل الحديثة لمنع الحمل، فهذا الانخفاض بدأ قبل أن تنتشر هذه الوسائل. ولكن تم ذلك في ظل نظام اقتصادي واجتماعي وثقافي مختلف عن ذلك الذي يوجد في أغلب الدول النامية. ومن هنا نستطيع أن نقول أن تبنى برامج تنظيم الأسرة وحدها لا يكفي، وإنما يجب توليد الحوافز الدافعة على خفض الخصوبة، من خلال تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المواتية، بمعنى الاهتمام بالتنمية الشاملة أولاً، ولذلك أصبحت دراسة محددات الخصوبة ضرورة ملحة.

ولدراسة الخصوبة في مجتمع قطاع غزة، يجب توافر مجموعة من البيانات عن معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية للسكان، وذلك عن فترة طويلة نسبياً، تسمح بإبراز التغيرات التي طرأت على كل من هذه المعدلات، نتيجة لتطور عملية التحضر والتقدم الصحي وبرامج تنظيم الأسرة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، ولكن لسوء الحظ وبسبب الظروف السياسية والأمنية والاقتصادية والوضع الخاص لمجتمع قطاع غزة من وجود الاحتلال وعدم الاستقرار فان هناك قصور في هذه البيانات والمعلومات اللازمة لدراسة الخصوبة في قطاع غزة.

وحيث أن الخصوبة هي حجر الزاوية في عملية النمو السكاني، فإننا سنناقش في هذا الفصل أيضاً اتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات الخصوبة في قطاع غزة، مع المقارنة بينها وبين بعض المناطق في العالم، حتى يمكن شرح ظاهرة الخصوبة تمهيداً لدراسة محدداتها، كما نتناول في هذا الفصل عرض لبعض النظريات في مجال الخصوبة، وذلك باستعراض النقاط التالية:

أولاً: اتجاهات الخصوبة في قطاع غزة.

ثانياً: مستويات الخصوبة في قطاع غزة.

ثالثا: أنماط الخصوبة في قطاع غزة.

رابعاً: تباينات الخصوبة في قطاع غزة.

خامساً: تباينات الخصوبة في العالم ومقارنتها بقطاع غزة.

سادساً: نظريات الخصوبة.

أولاً: اتجاهات الخصوبة في قطاع غزة

من المهم دراسة اتجاهات الخصوبة في مكان ما وذلك للوقوف على واقع الخصوبة في هذا المكان أو ذاك، ويمكن دراسة اتجاه الخصوبة عن طريق سلسلة زمنية كافية من معدل المواليد، وبسبب حداثة الإحصائيات الفلسطينية لظروف الاحتلال والظروف الأمنية والسياسية المحيطة فإنه تعذر على الباحث الحصول على سلسلة زمنية كافية.

ومن جدول (2-1) نلاحظ الانخفاض التدريجي البسيط لمعدلات المواليد عبر مجموعة من السنوات.

جدول (2-1): معدل المواليد في قطاع غزة لعدد من سنوات

السنة	معدل المواليد ‰
1990	54.70
1992	53.06
1997	45.42
2000	44.44
2005	42.90
2006	41.70

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1990-2006)

وقد نشأ هذا الانخفاض المحدود بسبب عدة عوامل منها التقدم العلمي والتكنولوجي وارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وافتتاح الجامعات والمعاهد العلمية مما أدى إلى ارتفاع نسبة الوعي وارتفاع نسب التعليم خاصة عند الإناث، وكذلك ارتفاع السن عند الزواج الأول وتحسن الأوضاع الصحية.

ثانياً: مستويات الخصوبة في قطاع غزة

هناك عدة طرق لتقدير مستويات الخصوبة، ويمكن استخدام أي منها حسب توفر ودقة البيانات المتاحة، من أهمها معدل الخصوبة العام ومعدل الخصوبة الكلي. وقد جرى العرف على ربط الخصوبة بالمرأة، لذلك عند قياس الخصوبة تنسب أحداث الميلاد إلى عدد الأمهات.

من الجدول رقم (2-2) يلاحظ انخفاض تدريجي لمعدل الخصوبة الكلي على مدار السنوات المدرجة ولكن يتضح أن هناك تذبذب في المعدل ما بين سنة 2000 و2003 و2004 حيث انخفض معدل الخصوبة إلى 5.4 في العام 2000 ثم ارتفع ليصل 6.6 في العام 2003 ثم عاود انخفاضه ليصل 5.8 في العام 2004 وأخيراً ليصل 5.4 في عام 2006 وقد يعزي هذا الارتفاع بعد عام 2000 بسبب ظروف انتفاضة الأقصى ولتعويض الفاقد من الشهداء ولكن بشكل عام يتضح أن معدل الخصوبة الكلي آخذ في الانخفاض على مدار السنوات.

وقد يكون هذا الانخفاض مستحسن اقتصادياً وتنموياً ولكن قد يكون عكس ذلك إذا أخذنا العوامل والظروف السياسية المحيطة بمجتمع قطاع غزة بعين الاعتبار.

جدول (2-2): معدل الخصوبة الكلية لعدد من السنوات في قطاع غزة

السنة	معدل الخصوبة الكلي	السنة	معدل الخصوبة الكلي
1992	8.37	1999	6.81
1994	7.41	2000	5.40
1995	7.44	2003	6.60
1996	7.41	2004	5.80
1997	6.91	2006	5.40

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1992-2006)

ثالثاً: أنماط الخصوبة في قطاع غزة

تعتبر معدلات الخصوبة العمرية مؤشراً جيداً يوضح أنماط الخصوبة. ويعرف معدل الخصوبة عند عمر معين أو فئة عمرية معينة، بأنه عدد المواليد لكل ألف امرأة من السكان عند هذا العمر أو الفئة العمرية. ويختلف هذا المعدل من فئة عمرية لأخرى، حيث تكون معدلات الخصوبة منخفضة في الأعمار الأولى من فترة الخصوبة (15-19)، وترتفع تدريجياً إلى أن يبلغ المعدل أقصاه في الفئة العمرية (25-29)، ثم يبدأ في الانخفاض التدريجي مرة أخرى، حيث تقل خصوبة المرأة كلما ارتفع عمرها، وأن أكبر انخفاض في معدلات الخصوبة العمرية يظهر في الفئة العمرية الأخيرة (45-49).

ومن بيانات الجدول رقم (2-3) يلاحظ انخفاض معدلات الخصوبة العمرية في الفئة الأولى بصفة عامة، كما يلاحظ ارتفاع معدلات الخصوبة في الفئة العمرية الثانية (20-24) وكذلك يتضح أن أعلى معدلات للخصوبة تكون في الفئة العمرية الثالثة (25-29) ثم تبدأ في التناقص التدريجي باستثناء بيانات سنة 1999 والتي تأخذ طابع خاص مخالف للطابع العام الذي تم الحديث عنه سابقاً. ولكن بشكل عام يتضح أن معدلات الخصوبة العمرية للفئات العمرية المختلفة آخذة في التناقص عبر السنوات.

جدول (2-3): معدلات الخصوبة العمرية للنساء لعدة سنوات

الفئات العمرية	1992	1994	1995	1999	2003	2005	متوسط الفئات العمرية
19-15	159.8	144	137	72	76.4	67.2	0.077
24-20	357.3	340	324	365	293.3	255.1	0.236
29-25	419.4	347	352	319	297.2	277.9	0.244
34-30	349.4	289	333	321	240.4	235.8	0.214
39-35	273.1	230	235	192	137.5	165.5	0.148
44-40	94	123	129	93	99.6	70.3	0.074
49-45	20.1	5	3	0	3.8	10.2	0.005
معدل الخصوبة الكلي	8.37	7.41	7.56	6.81	5.8	5.4	

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1992-2005)

ويأخذ الإنجاب في قطاع غزة نمطاً خاصاً لم يتغير كثيراً خلال السنوات الماضية، فمبدأ الأسرة الكبيرة والتواكل والخوف من الوفاة والعادات والتقاليد إضافة إلى الظروف السياسية والأمنية بحكم الاحتلال وتداعياته من أحداث دامية وغير ذلك تسبب في ارتفاع الخصوبة.

ومن دراسة نمط معدلات الخصوبة في قطاع غزة خلال فترة زمنية معينة يتبين بصفة عامة أن إنجاب الأمهات صغيرات السن أقل من 20 سنة أو في الفئة العمرية الأولى (15-19) يمثل7.7% في المتوسط من جملة الإنجاب السنوي، وهي فئة لا تمثل خطورة كبيرة على الخصوبة، بينما تمثل الأمهات في الفئة العمرية الثانية (20-24) نسبة لا بأس بها فهي حوالي 23.6% وكذلك الفئة العمرية الثالثة (25-29) تمثل نسبة أيضاً عالية من جملة الإنجاب السنوي فهي تمثل ما مقداره 24.4% وتلي هاتين الفئتين الفئة العمرية الرابعة (30-34) وتمثل ما نسبته 21.4% من إجمال الإنجاب السنوي وكذلك يتضح من الجدول أن ما تمثله الفئات العمرية الكبيرة (40-44)، (45-49) فهما معاً تشكلان ما نسبته 7.9% تقريباً وهذا إلى حد ما مطمئن حيث أننا نستنتج من ذلك أن السيدات في الفئات العمرية الكبيرة السابقة الذكر تمتاز بخصوبة منخفضة وهذا دليل على فهم واضح لمخاطر الإنجاب في الأعمار الكبيرة.

وكما ذكرنا سابقاً أن معدلات الخصوبة العمرية في الفئة العمرية الأولى آخذة في الانخفاض، كذلك معدلات الخصوبة على مدار عدة سنوات أيضاً آخذة في الانخفاض الكبير لدى الفئات العمرية بشكل عام وخاصة الفئة العمرية الأولى، فنلاحظ أن معدل الخصوبة للفئة العمرية الأولى كان 159.8 في عام 1992 ثم انخفض إلى 144 في عام 1994 و137 في عام 1995 وزاد الانخفاض أكثر حتى وصل إلى 72 عام 1999 ولكن زاد قليلاً حتى وصل 76.4 في عام 2003 وهذا مرجعه انتفاضة الأقصى والآثار الجانبية لها والتي أدت إلى فقدان العديد من الشهداء وبالتالي الحاجة إلى تعويض الفاقد ولكن ما أن لبث معدل الخصوبة في الانخفاض حتى وصل إلى 67.2 في العام 2005.

والانخفاض الظاهر في معدلات الخصوبة العمرية للفئة الأولى أيضاً واضح في باقي الفئات العمرية مع بعض الاختلافات الطفيفة.

رابعاً: تباينات الخصوبة في قطاع غزة

يختلف النمو السكاني في بعض الدول حسب التقسيم الجغرافي للدولة، بمعنى أنه يختلف حسب التقسيم ريف وحضر، ومن المتعارف عليه أن نسبة السكان في المدن تتزايد، بينما نسبة سكان الريف تأخذ في الانخفاض من تعداد لآخر وذلك بسبب الهجرة الداخلية، وليس لاصطلاحي الريف والحضر معنى محدد أو تعريف واضح متفق عليه بين الجميع، فقد تكون التفرقة بين الريف والحضر على أساس عدد السكان في المنطقة، بحيث إذا زاد العدد عن رقم معين انتقلت تسميته تبعاً لذلك من ريف إلى حضر، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية، فتعتبر المنطقة ريف إذا قل عدد سكانها عن 2500 نسمة تقريباً.

وقد تقتصر التفرقة بين الريف والحضر على أساس المهنة السائدة، فإذا كانت الزراعة هي العمل الرئيسي لأفراد منطقة بذاتها فتسمى ريفية. وقد يقصد بالجماعة الريفية الجماعة التي تسود بينها علاقات الوجه للوجه. كما قد يكون التمييز بين الريف والحضر على أساس أهمية إدارية معينة. حيث يعبر عن الحضر بأنه عواصم المحافظات والريف هو ما ليس كذلك (الساعاتي ولطفي،1971).

ولكن هذا التمييز غير كاف حيث أن أسلوب الحياة هو أهم عنصر للتفرقة بين الريف والحضر، ويتمثل في نواحي كثيرة منها الأسرة والزواج والوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والمهني. وفي الحقيقة فهناك تشابك بين القرية والمدينة في الدول النامية ويمكن التفرقة بينهما وفق النسق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، ومما لا شك فيه إن الفروق الريفية الحضرية تتضاءل تدريجياً أمام عدة عوامل يزداد تأثيرها وضوحاً باستمرار، كالتصنيع وانتشار التعليم وزيادة الحراك الاجتماعي والجغرافي والاتصال الجماهيري وتطور التكنولوجيا والميكنة الزراعية.

بسبب التشابك الحاصل بين الريف والحضر في مجتمع قطاع غزة وعدم وجود فروقات واضحة فإن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والذي نستاق جل إحصائياتنا منه لا يولي اهتماماً بتقسيم مجتمع قطاع غزة إلى ريف وحضر وعليه فإنه يتعامل معه كمجتمع واحد موحد لعدم وجود الفروقات كما أوضحنا سابقاً.

وفي سياق الحديث عن تباينات الخصوبة يمكننا توضيح العلاقة بين نسب توزيع السيدات المتزوجات حسب متوسط عدد المواليد أحياء كما في الجدول (2-4).

جدول(2-4): التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حسب متوسط عدد المواليد أحياء والعمر الحالي

العمر الحالي	1995	1996	1997	2004
19-15	0.85	0.77	0.75	0.90
24-20	1.99	2.17	2.13	2.00
29-25	3.57	3.68	3.72	3.60
34-30	5.31	5.52	5.35	5.20
39-35	7.32	7.44	6.97	6.60
44-40	8.23	8.11	8.10	7.50
49-45	7.96	8.07	8.20	7.40
المجموع	5.03	5.11	5.03	4.74

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1995-2004)

ومن جدول (2-4) يتضح أن هناك تذبذب واضح في متوسط عدد المواليد أحياء بحيث لا يمكن القول بأن هناك تغير واضح عبر السنوات المختلفة، ولكن يتضح أن المتوسط الكلي لعدد المواليد أحياء في تناقص حيث كان متوسط عدد المواليد أحياء 5.03 في عام 1995 ثم ارتفع إلى 5.11 في عام 1996 وما أن لبث في الانخفاض إلى 5.03 في عام 1997 وكذلك إلى 4.74 مولود في عام 2004.

في الواقع إن تباينات الخصوبة ترجع غالباً إلى أن معدلات المواليد وكذلك معدلات الوفيات في تقلبات مستمرة وتغيرات تطرأ عليها مع الزمن، نتيجة للظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع ، وأضف إلى ذلك الظروف السياسية والأمنية الخاصة بمجتمع قطاع غزة.

وعند الحديث عن تباينات الخصوبة لعل من المهم استعراض بإيجاز تركيب وتوزيع السكان على الرغم من أنه نظراً لضيق مساحة قطاع غزة والتي تبلغ 365 كم^2 فان الإحصائيات المتاحة لا تولي اهتماماً لذلك نظراً لعدم وجود فروقات واختلافات في هذا المجتمع.

1.4 التركيب السكاني:

وهو يشمل التركيب العمري والتركيب النوعي للسكان.

1.1.4 التركيب العمري للسكان:

ينقسم المجتمع إلى ثلاث مجموعات عمرية هي:

- المجموعة الأولى: فئة التكوين والنمو، وتمثل صغار السن أقل من 15 سنة، وهي قاعدة الهرم السكاني التي تعتمد على المجموعة الثانية.

- المجموعة الثانية: فئة القدرة والنشاط والتوازن التي تمثل الشباب من 15 إلى 49 سنة، وهي المجموعة القادرة على الإنجاب، وتمثل وسط الهرم السكاني.

- المجموعة الثالثة: فئة الحكمة والخبرة، إلا أنها غير قادرة على الإنجاب ولا تستطيع تعويض ما يفقد من الجنس البشري، وهي قمة الهرم السكاني، وتمثل الكبر والشيخوخة لمن يبلغ 50 سنة فأكثر.

وتنحصر عناصر التكوين البشري في الميلاد، النمو والوفاة، وإن التغير في التركيب العمري له آثار مختلفة على الخصوبة في المناطق المختلفة، فالهجرة الداخلية – و إن كانت غير موجودة في قطاع غزة– دائماً ما تشد الأصغر عمراً أو الأكثر طموحاً من عناصر قوى العمل من القرية إلى المدينة و تخلق بذلك توزيعاً عمرياً في كل من القرية والمدينة (عمر، 1993).

1.1.4 التركيب النوعي للسكان:

يلاحظ في الدول المتقدمة حالة التوازن بين عدد مواليدها الذكور والإناث. أما الدول النامية فمعدلات الوفاة للذكور أعلى منها للإناث، بالرغم من أن المواليد الذكور أكبر من المواليد الإناث، ولذلك نجد عدد الإناث أكبر من عدد الذكور وخاصة من الفئة العمرية 50 فأكثر.

وفي قطاع غزة يرتفع عدد الذكور على الإناث بصفة عامة. حيث نجد أن عدد الذكور قد بلغ 720,705 ألف نسمة بينما بلغ عدد الإناث 699,768 ألف نسمة أي أن 50.74 % من مجتمع قطاع غزة ذكور تقريباً مقابل 49.26% إناث، أي أن نسبة النوع تبلغ 103 وذلك حسب تعداد عام 2007 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009).

2.4 التوزيع السكاني:

تعد دراسة توزيع السكان، وهو انتشار السكان في الأرض، من أهم الموضوعات التي تلقي الضوء على عمق المشكلة السكانية وعلى تباينات الخصوبة في بعض الدول. ويلاحظ أن السكان لا يتوزعون توزيعاً عادلاً على سطح الأرض، وإنما يتخذ التوزيع السكاني نمطاً فريداً بين معظم دول العالم. إلا أن هذه التباينات تكاد تكون غير موجودة في قطاع غزة نظراً لصغر مساحة قطاع غزة وتشابك مناطقه الجغرافية مع بعضها البعض.

3.4 الكثافة السكانية:

إن دراسة الكثافة السكانية تشكل أهمية كبرى، لما توضحه من أبعاد حقيقية لمستوى الخصوبة، إلى جانب إمكان استخدامها في قياس مستوى معيشة السكان، كما أنها توضح درجة تشبع بقعة ما بسكانها، وقد ترجع اختلافات الكثافة السكانية في مكان ما إلى طبيعة الأرض ومدى توفر المياه والصرف والخدمات والتكنولوجيا ووسائل الراحة، ويعتبر معدل الكثافة السكانية في قطاع غزة من أعلى المعدلات على مستوى الوطن العربي والعالم إذ بلغت الكثافة السكانية في قطاع غزة لعام 2007 حوالي 3881 فرد لكل كيلو متر مربع (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009).

وهناك أنواع مختلفة للكثافة السكانية، مثل الكثافة العامة وهي تحسب على أساس نسبة عدد السكان إلى جملة المساحة الكلية، ولكنها مضللة ولا تعبر تعبيراً صادقاً عن ضغط السكان على الأرض. والكثافة الصافية وتحسب على أساس نسبة عدد السكان إلى مساحة المعمور منها فقط، وهي توضح أحد أبعاد المشكلة السكانية وهي الضغط السكاني على الأرض نتيجة لارتفاع الخصوبة. وبما أن كثافة السكان هي مقياس للعلاقة بين السكان والأرض، فهناك عدة طرق لحسابها ولكن المجال لا يتسع لعرضها هنا.

خامساً: تباينات الخصوبة في العالم ومقارنتها بقطاع غزة

لعل من المفيد التعرض لمعدلات الخصوبة في بعض الدول في العالم والتعرف على مستوياتها وقد قُسم المجتمع الدولي إلى (العقبي، 1988):

- مجتمعات متخلفة [معدل المواليد فيها 40 في الألف فأكثر] وهي تكافح ضد المرض والوفاة وتمهد لمكافحة الخصوبة المرتفعة ومنها أفغانستان- جيبوتي -الصومال.

- مجتمعات نامية [معدل المواليد فيها 20- أقل من 40 في الألف] وهي تكافح ضد الخصوبة المرتفعة، مثل مصر- العراق- الأردن- ليبيا- عُمان- الباكستان- الأراضي الفلسطينية - السعودية - سوريا - السودان- اليمن.

- مجتمعات متحضرة [معدل المواليد فيها أقل من 20 في الألف] وهي تكافح لاستمرار توازن التكوين السكاني، مثل الكويت - لبنان- قطر- تونس- الإمارات العربية المتحدة- إيران وغيرها.

وعلى الرغم من انخفاض معدل المواليد في قطاع غزة، إلا أن مستوى الخصوبة لا يزال من المستويات المرتفعة في العالم، حيث لا يزال يقدر بحوالي ضعفي المستويات في الدول المتقدمة. وتنتمي مستويات الخصوبة المرتفعة للدول ذات معدل مواليد يقدر بأكثر من 30 في الألف، بينما تنتمي مستويات الخصوبة المنخفضة للدول ذات معدل مواليد يبلغ 20 في الألف أو أقل، كذلك تعتبر معدلات النمو السكاني في قطاع غزة من المعدلات المرتفعة عالمياً.

ومن الجداول (2-5) و(2-6) و(2-7) يتضح بجلاء الاختلافات في الخصوبة بين بعض الدول المتقدمة والدول النامية وكذلك مستوى الخصوبة في قطاع غزة وبعض دول العالم لبعض السنوات، فقد بلغ معدل الخصوبة في قطاع غزة 5.4 في العام 2000 بنما كان 2.6 في قارة آسيا ككل و1.42 في أوروبا و2.0 في تونس وكذلك 2.0 في إيران و2.69 في لبنان و2.63 في الجزائر. وبلغ معدل الخصوبة في قطاع غزة 5.6 في العام 2002 بينما كان 6.8 في أفغانستان و4.2 في الصومال و3.3 في مصر و2.5 في تركيا و1.6 في المملكة المتحدة و1.4 في سويسرا و6.3 في اليمن و2.2 في الكويت و5.8 في جيبوتي و3.4 في قطر و2.0 في تونس و2.57 في الجزائر. ويتضح كذلك أن معدل الخصوبة 5.8 في قطاع غزة في عام 2004 ويلاحظ أنه مرتفع مقارنة ببعض الدول فقد بلغ معدل الخصوبة في نفس العام 2004 2.8 في قطر و2.0 في تونس و2.5 في المغرب و6.0 في العراق و6.2 في اليمن و3.7 في السعودية، مما سبق بشكل عام يتضح أن معدل الخصوبة في قطاع غزة مرتفع مقارنة بالعديد من الدول سواء المتقدمة أو النامية. وكذلك يتضح من الجداول أن قارة أفريقيا تحتل أعلى معدلات الخصوبة فيبلغ 5.06 ثم يأتي في المرتبة الثانية قارة آسيا بمعدل خصوبة 2.6 وأخيراً قارة أوروبا بمعدل خصوبة 1.42 وإجمالاً في العالم يبلغ معدل الخصوبة 2.71 ، ومما سبق نلاحظ أن معدل الخصوبة في قطاع غزة مرتفع سواء بالمقارنة مع بعض الدول أو حتى بالمقارنة مع القارات المختلفة. ومن كل هذا يتبين لنا أن قطاع غزة يعتبر من المناطق ذات الخصوبة المرتفعة. ويعود ارتفاع مستوى الخصوبة في قطاع غزة إلى العديد من العوامل الاقتصادية والديموغرافية والاجتماعية والثقافية والسياسية. كما أن هناك العديد من العوامل الأخرى التي تسهم في ارتفاع مستويات الخصوبة في قطاع غزة بما في ذلك تدني عمر المرأة عند الزواج الأول ومن ثم الحمل الأول، والرغبة في بناء عائلات كبيرة، وتدني مشاركة المرأة في القوى العاملة، وأهمية العنصر الديموغرافي في الصراع الفلسطيني- الإسرائيلي.

جدول (2-5): معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم و دول مختارة في العام 2000

المنطقة/ الدولة	معدل الخصوبة الكلي	المنطقة/ الدولة	معدل الخصوبة الكلي
العالم	2.71	إيران	2.00
إفريقيا	5.06	الصومال	6.80
آسيا	2.60	مصر	3.50
أوروبا	1.42	تونس	2.00
الأردن	4.86	اليمن	6.60
لبنان	2.69	قطاع غزة	5.40
الجزائر	2.63		

المصدر: United Nation, 2007

جدول (2-6): معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم و دول مختارة في العام 2002

المنطقة/ الدولة	معدل الخصوبة الكلي	المنطقة/ الدولة	معدل الخصوبة الكلي
أفغانستان	6.80	الجزائر	2.57
الصومال	4.20	جيبوتي	5.80
مصر	3.30	الكويت	2.20
تركيا	2.50	قطر	3.40
المملكة المتحدة	1.60	تونس	2.00
سويسرا	1.40	البحرين	2.50
اليمن	6.30	العراق	4.90
الباكستان	4.50	الأردن	3.70
سوريا	3.80	قطاع غزة	5.60
عمان	3.60		

المصدر: United Nation, 2007

جدول (2-7): معدل الخصوبة الكلي في بعض مناطق العالم و دول مختارة في العام 2004

الدولة / المنطقة	معدل الخصوبة الكلي
العراق	6.00
المغرب	2.50
الباكستان	4.10
قطر	2.80
السعودية	3.70
تونس	2.00
اليمن	6.20
قطاع غزة	5.80

المصدر: United Nation, 2007

سادساً: نظريات الخصوبة

جرت عدة محاولات لتفسير العلاقات بين السلوك الإنجابي وبين المتغيرات البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية. وقد أسفرت هذه المحاولات عن مجموعة متباينة من النظريات المتميزة، ومن بين هذه النظريات والأفكار التي قدمها الديموغرافيون والعلماء لتفسير سلوك الخصوبة سنلقي بنظرة على أبرز النظريات السكانية في العصر الحديث، ولا شك في أن توماس روبرت مالثوس وهو بحق أبو الدراسة السكانية الحديثة وذلك لأنه كان أول من أثار عدة أفكار تضمنها كتابه "المقال الأول سنة 1798" ثم أضاف إليه مقالاً آخر سنة 1803 ليبين بوضوح العلاقة الوثيقة بين ما يطرأ على السكان من نمو وتغيير من ناحية، وبين التغييرات الاقتصادية والاجتماعية من ناحية أخرى، بذلك فقد أسهم في فتح الباب على مصراعيه لبحوث تالية في مجال التغيرات السكانية باعتبارها عاملاً ديناميكياً متكاملاً في نشأة الكل العضوي الأكبر الذي نطلق عليه " المجتمع" (أبو عيانة، 2000).

1.6 نظرية مالثوس:

ولد توماس روبرت مالثوس في انجلترا عام 1766 ودرس في جامعة كمبردج ثم التحق كاهناً بكنيسة إنجلترا في سنة 1797، وعمل أستاذاً للتاريخ وعلم الاقتصاد من سنة 1806 حتى وفاته سنة 1834. وقد شهد العصر الذي عاش فيه مالثوس في غرب أوروبا تغييرات اجتماعية واقتصادية هامة أدت إلى ارتفاع بطيء في معدل زيادة السكان وقد ساد آنذاك مفهوم هام هو أن الشعب الكثير العدد يكون ذا قوة اقتصادية وعسكرية وذلك بغض النظر عن الظروف التي يعيش في ظلها أفراد هذا الشعب.

ولقد رأى مالثوس أن التزايد في عدد السكان يتوقف بالدرجة الأولى على التزايد في وسائل العيش، لأن أغلبية السكان تعيش دائماً قرب مستوى الكفاف، وقد حدا به ذلك إلى الاستنتاج بأن أي تحسين دائم في مستوى معيشة البشر سوف يكون صعباً ما دامت الزيادة في الإنتاج يصاحبها تزايد مماثل في عدد السكان، وقد كتب مالثوس مقاله الأولى ليبين أن قدرة الإنسان على الإنجاب والتناسل أعظم منها على إنتاج ضروريات الحياة، وهذا هو المبدأ السكاني، الذي طلع به.

وباختصار فقد رأى مالثوس أن قدرة السكان على التزايد أعظم بكثير من قدرة الأرض على إنتاج وسائل العيش للإنسان، ويمكن صياغة ذلك حسابياً فنقول بأن تزايد السكان يتم وفق متوالية هندسية بينما تتزايد وسائل العيش في نفس الوقت بمتوالية حسابية، وفي هذه الحالة سيتضاعف عددهم مرة كل 25 سنة، وذلك على النحو التالي:

السنوات: 1-25-50-75-100-125-150.

السكان: 1-2-4-8-16-32-64.

وسائل العيش: 1-2-3-4-5-6-7.

وكانت الوحدات الزمنية- والتي تمثلها علامات الوصل- و التي يمكن أن يتضاعف خلالها السكان- إذا لم يحل دون ذلك عدم توفر موارد العيش- وهي حوالي 25 سنة- فإذا استمرت هذه النسب زاد عدد السكان إلى 64 مرة من حجمهم الأصلي، بينما لا يزيد الغذاء إلا 7 أمثال مقداره

الأصلي وذلك خلال 150 سنة، ومن الواضح أن حدوث هذا الموقف أمر مستحيل، ولكن مالثوس قصد بهذه النسب أن يوضح مدى الفوارق في الإمكانيات الكامنة بين قدرة السكان على الزيادة وقدرة الأرض على إنتاج أسباب العيش للإنسان (أبو عيانة، 2000).

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

الموانع الإيجابية:

وهي الموانع التي تؤثر في معدل الوفيات والتي تنشأ أساساً من ضغط السكان على وسائل العيش، وأبرز هذه الموانع الايجابية الأوبئة والحروب والمجاعات وغيرها من الموانع التي يمكن أن تعزى إلى البؤس والرذيلة، وباختصار فقد رأى مالثوس أن الموانع الايجابية هي التي تقضي على الحياة التي بدأت فعلاً.

الموانع الوقائية:

وهي الموانع التي تحول دون نمو السكان هي الأخرى، والتي تعمل على خفض معدل المواليد، ويقصد به الامتناع عن الزواج أو تأجيله أبرزها ما سماه مالثوس الضبط الأخلاقي Moral Restraint مع الاحتفاظ بسلوك عفيف طوال مدة الامتناع أو التأجيل. وقد اعتبر مالثوس أن تأجيل الزواج كان وسيظل المانع الواقي الرئيسي.

وكذلك فقد اعتقد مالثوس أن الموانع الايجابية والوقائية هي الأسباب الحقيقية المسئولة عن بطء تزايد السكان في جميع دول أوربا الحديثة وأن زيادة سريعة نسبياً في عددهم قد حدثت دائماً حينما أزيلت هذه الأسباب بدرجة بالغة، كذلك رأى أن الأنظمة البشرية مهما صلحت فلن تفيد إلا في التخفيف من الموانع الايجابية لفترة قصيرة، أي إلى أن يزيد عدد السكان حتى يلحق بقدرتهم الإنتاجية في ظل الأنظمة الجديدة، وأن الإنسان في هذه الحالة سوف يعاني من الجوع والمرض والحرب، ومن هنا فقد رأى بأن هذه الموانع الايجابية لا بد أن تكون في المستقبل شأنها في الماضي، العوامل الرئيسية التي تقضي على الإنسان (الكيخيا ، 2003).

2.6 نظرية تكلفة إنجاب الأطفال والمنفعة المستمدة منهم:

ترتكز هذه النظرية على الافتراض بأن القرارات المتعلقة بعدد الأطفال وحجم الأسرة تتخذ عن وعي وإدراك كاملين، وعلى ضوء المقارنة بين تكلفة إنجاب الأطفال والمنفعة التي يجلبونها، ورغم أن الزوجين يتخذان القرار بأنفسهما في الغالب، فإن أفراد الأسرة الآخرين يشاركون بدرجات متفاوتة في اتخاذ هذا القرار، ويعتمد رأي كل منهم على وجهة نظره بشأن المنافع الإجمالية المستمدة من الإنجاب، ويجب أن نذكر في هذا الشأن أن هناك نوعين من التكاليف والمنافع أولهما مالي، والثاني غير مالي، وكالعادة ركز علماء الاقتصاد على التكاليف والمنافع المالية، بينما أكد علماء الاجتماع أهمية التكاليف والمنافع غير المالية، وقد حققت الدراسات الحديثة التكامل بين هذين النوعين، وتركز هذه النظرية بشكل واضح على اعتبار السلوك المتعلق بالإنجاب سلوكاً صادراً عن وعي وإدراك منطقي، وأنه يتحدد بصفة أساسية بناءاً على عوامل اقتصادية (أبو جمرة، 1982).

3.6 نظرية الانتقال الديموغرافي:

سادت نظرية الانتقال الديموغرافي طوال ما يقرب من نصف قرن. وفي مجال تحليل التغيرات الديموغرافية، تسعى هذه النظرية إلى إيجاد علاقة بين مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وبين الأوضاع الديموغرافية. وتشير النظرية إلى أن هناك مرحلة ديموغرافية أولية تتميز بعدم قدرة المجتمع نسبياً على التحكم في أي من المواليد والوفيات، ويكون النمو السكاني في هذه المرحلة منخفضاً نسبياً، إذ أن الإنجاب المرتفع فيها يكون مصحوباً بارتفاع في الوفيات. وقد وصفت هذه المرحلة أيضاً بأنها خاضعة للتقاليد، لأن المفاهيم الدينية والقواعد الأخلاقية وعادات المجتمع وتقاليد الزواج ونظم الأسرة، تعد كلها عوامل تشجع على الإنجاب المرتفع.

وتأتي المرحلة الانتقالية أو مرحلة التوسع في أعقاب هذه المرحلة الأولية، وتتميز بحدوث تغيرات اجتماعية واقتصادية حاسمة، مثل نمو الإنتاج الصناعي وانتشار ظاهرة التحضر. وتميل التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تشهدها هذه المرحلة إلى تحرير الأفراد من قبضة التقاليد الموروثة، وإلى تنشيط اتجاهاتهم نحو تحديد حجم أسرهم، كما تسود فيها أيضاً النزعة الفردية والتحررية، ويعتبر انخفاض مستوى الوفيات من الظواهر الديموغرافية المميزة لهذه المرحلة، وهو ما

يحدث نتيجة لتحسن مستوى الصحة العامة والخدمات الصحية، الذي تحقق بفضل الظروف الاجتماعية والاقتصادية الجديدة.

والمرحلة الثالثة تتسم بانخفاض نسبة الزيادة السكانية بسبب انخفاض كل من الوفيات والمواليد. وقد وصلت كل الدول الصناعية المتقدمة إلى هذه المرحلة، ولهذا يتوقع أنصار هذه النظرية أن تصل الدول النامية في نهاية المطاف إلى التحكم في مستوى الخصوبة بها (عبدالرحمن، 1982).

وتمثل نظرية الانتقال الديموغرافي قانوناً عاماً للتغيير الديموغرافي، ولكن تعد طفرة المواليد التي حدثت في دول الغرب في أعقاب الحرب العالمية الثانية، تحدياً قوياً لذلك القانون. كذلك فان هذه النظرية تصف المسار الذي يتبعه التغيير الديموغرافي باعتباره نتيجة للتغيير الاجتماعي، ولكنها تعرض هذا الوصف بعبارات عامة، وبطريقة غير محددة المعالم، ودون مناقشة الكيفية التي تؤثر بها كل من النواحي المختلفة للتغيير الاجتماعي في تقرير اتجاه هذا المسار الديموغرافي.

4.6 نظرية التطور العصري:

تهتم هذه النظرية بالاتجاهات والمفاهيم العصرية التي تلعب الدور الأساسي في تقرير السلوك المتعلق بالإنجاب، وتعتبر هذه الاتجاهات العصرية من النتائج والآثار المترتبة على الجوانب المتعلقة بعملية التنمية الاجتماعية الاقتصادية. وتبين الدراسات التي تبحث العلاقة بين التطور العصري والخصوبة، وجود دلائل على أن مفهوم التخطيط أو الاهتمام بالمستقبل باعتبارهما من الاتجاهات العصرية، يتناسبان تناسباً طردياً مع انخفاض الخصوبة.

ويجب أن نلاحظ أن الحياة في الحضر ووجهات النظر العصرية ليست في حد ذاتها دليلاً على التطور العصري، إن المكونات الأساسية لذلك التطور هي: تقبل التغيير بسهولة، الاهتمام بالمستقبل، الرغبة في التخطيط له، ووجود إحساس بالكفاءة الذاتية، ولذلك فقد اقترح البعض أن تحدد المؤشرات الحقيقية للتطور العصري بأنها نفاذ بصيرة الفرد فيما يتعلق بمفهومه عن نفسه وعن مستقبله وعن علاقاته بالمجتمع.

ومن الواضح أن قياس مدى التطور العصري وعلاقته بالخصوبة ليس بالأمر اليسير من وجهة النظر المنهجية، ولكن وجد أن بعض جوانب السلوك العصري يرتبط بانخفاض الخصوبة، وعلى سبيل المثال فان الأنماط العصرية لعملية الإنتاج التي تتطلب عمل الوالدين (وخصوصاً الأم) خارج المنزل والتي تحظر تشغيل الأطفال، تجعل الأزواج يفضلون أن تكون عائلاتهم صغيرة الحجم، كذلك النزعة الاستهلاكية تجعل الأزواج يميلون إلى حجم الأسرة الصغيرة.

وترتبط دراسات عديدة بين التعليم والتطور العصري وخفض الخصوبة، فالتعليم يجعل الآباء أكثر استعداداً لتقبل الأفكار الجديدة مثل تنظيم الأسرة، ثم إن تعليم عدد كبير من الأطفال يمثل عبء ثقيل يساعد على انتشار نمط الأسرة الصغيرة بدلاً من الأسرة الممتدة.

وتحث بعض النظم الاجتماعية العصرية مثل التأمين الاجتماعي ضد الشيخوخة على انخفاض الخصوبة، إذ أن الأزواج بذلك لا يعتمدون على الأبناء ليهتموا بهم عند تقدمهم في العمر.

وقد وجد بصفة عامة أن العلاقات الأسرية العصرية مثل الأنماط الجديدة من التفاهم بين الزوج والزوجة، والمساواة بينهما في اتخاذ القرار يحبذ انخفاض الخصوبة، كما يعتبر نظام الأسرة النووية نمطاً عصرياً يحبذ انخفاض الخصوبة أيضاً (أبو جمرة، 1982).

ويمكننا القول بأن الأسرة الصغيرة أصبحت جزء من الحياة العصرية وترتبط بها ارتباطاً وثيقاً مما يؤدي في النهاية إلى خفض الخصوبة. وجدير بالذكر أن تغيير الأنماط الأسرية يتناسب مع ظروف المجتمع وانتشار التحضر والتصنيع.

5.6 نظرية رونالد فريدمان:

إن المتغيرات الوسيطة قد يختلف تأثيرها في المجتمعات المتقدمة عن نظائرها في المجتمعات النامية، لأسباب تتصل بالتنظيم الاجتماعي والعادات والتقاليد والمعتقدات السائدة. وللاجتماعيين دوراً بارزاً في إثراء الأدب الديموغرافي في مجال الخصوبة ومحدداتها.

ولقد وضع فريدمان نموذج التحليل الاجتماعي للخصوبة، الذي يشير إلى أن للمتغيرات الوسيطة تأثيراً مباشراً، أما المتغيرات الأخرى (ديموغرافية، اجتماعية، اقتصادية وبيئية) فتأثيرها غير مباشر على الخصوبة، حيث يتم من خلال المتغيرات الوسيطة.

ويوضح الشكل رقم (1) مجموعة من العلاقات المتبادلة بين عناصر النموذج وهذه العلاقات هي:

- العلاقات المتبادلة بين العوامل الوسيطة من ناحية والأنماط الخاصة بها، والأنماط الخاصة بحجم الأسرة من ناحية أخرى.

- العلاقات المتبادلة بين الأنماط الخاصة بحجم الأسرة والبناء الاجتماعي والاقتصادي.

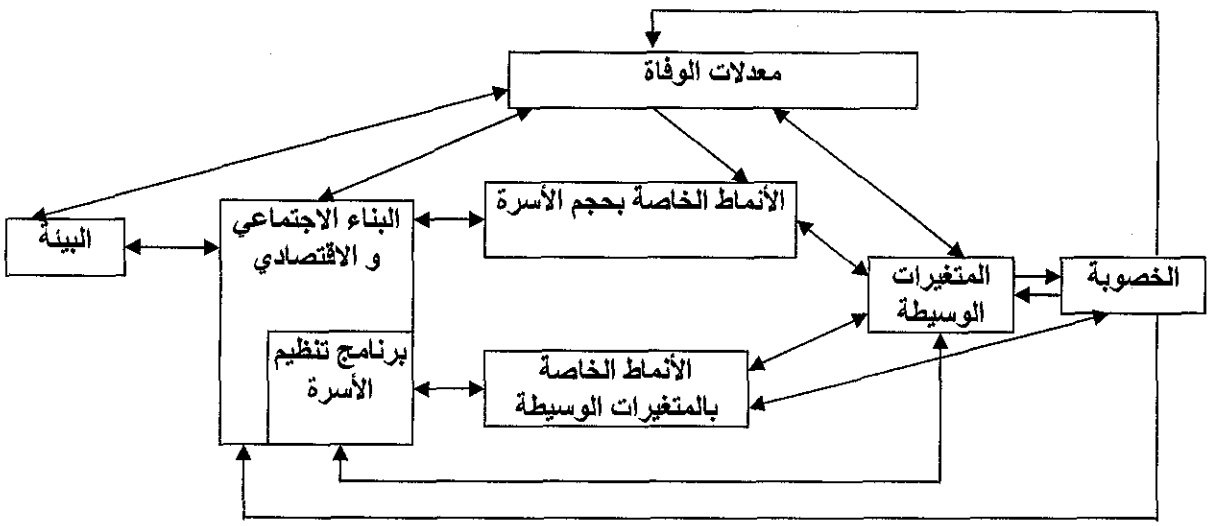
- العلاقات المتبادلة بين الأنماط الخاصة بالعوامل الوسيطة وبرنامج تنظيم الأسرة.

- العلاقات المتبادلة بين معدلات الوفاة والبناء الاجتماعي والاقتصادي.

- العلاقات المتبادلة بين البناء الاجتماعي والاقتصادي والبيئة (Freedman,1974).

وتؤكد هذه العلاقات المتبادلة أن المتغيرات المحددة لمستويات الخصوبة البشرية تندرج في نظام معقد للتفاعلات البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية والديموغرافية.

شكل رقم (1): شكل توضيحي لنموذج فريدمـــان



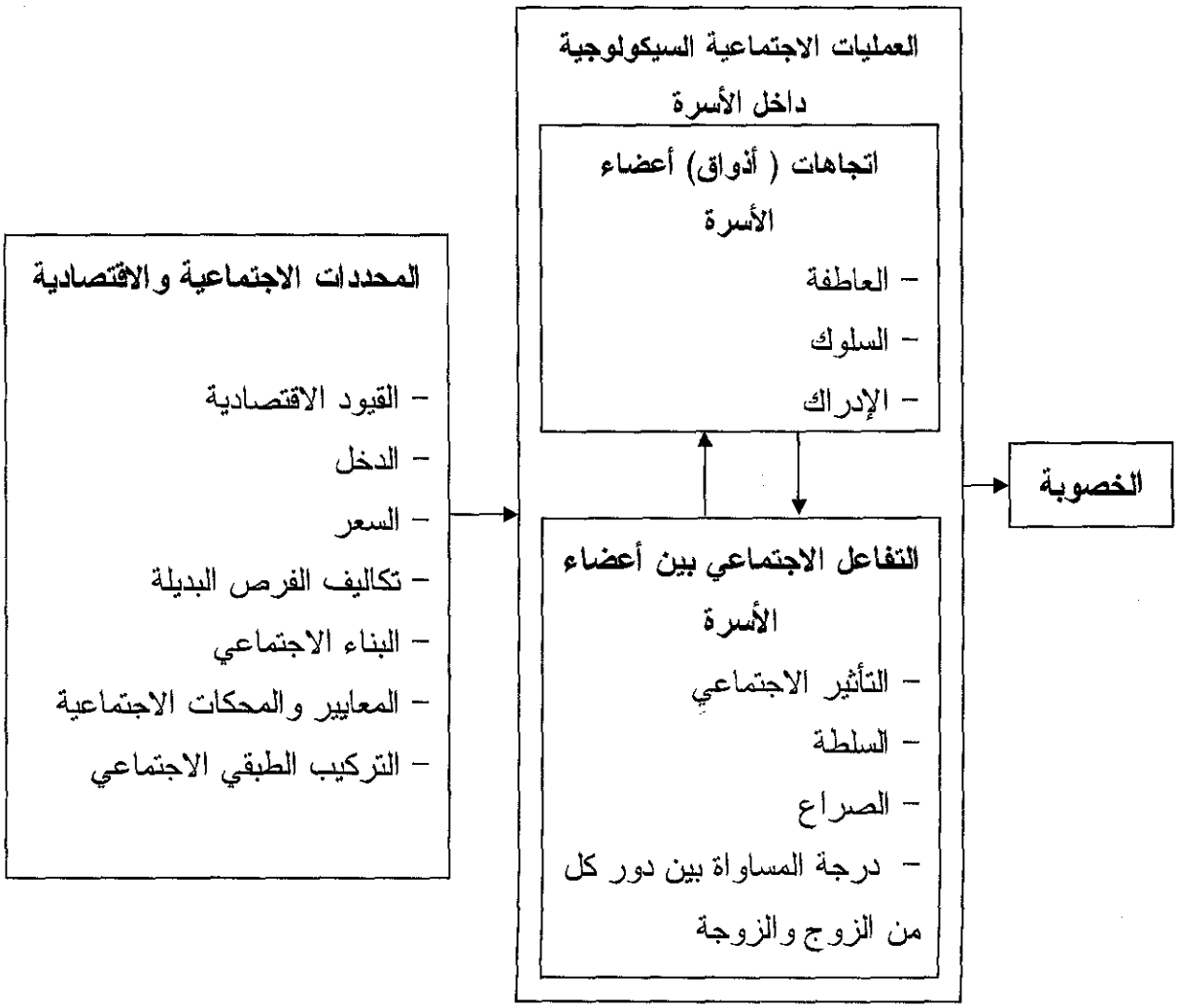
6.6 نظرية باجوزي وفان لو:

إن الطلب على الأطفال هو نتيجة علاقات اجتماعية سيكولوجية، تتم داخل الأسرة في حدود وقيود اجتماعية اقتصادية معينة، وقد وضع باجوزي وفان لو النموذج السيكولوجي الاجتماعي والاقتصادي للخصوبة الذي يوضح هذه العلاقات. ومن الشكل رقم (2) يلاحظ أن هناك عمليات متبادلة بين اتجاهات أعضاء الأسرة من ناحية والتفاعل الاجتماعي داخل الأسرة من ناحية أخرى.

ومن خلال اتجاهات وتفاعل أعضاء الأسرة يتم تأثير البناء الاجتماعي والقيود الاقتصادية في الخصوبة (Bagozzi and Van Loo, 1978).

إذن فمستوى الخصوبة يتحدد بعوامل مباشرة تتمثل في اتجاهات الأسرة وديناميكيات التفاعل الاجتماعي داخلها، وعوامل غير مباشرة ذات صبغة اجتماعية واقتصادية.

شكل رقم (2): الإطار العام لنموذج باجوزي وفان لو



7.6 بعض النظريات الأخرى:

1.7.6 النظريات الطبيعية في نمو السكان:

تدور النظريات الطبيعية حول قانون طبيعي يحكم نمو السكان ويحدد إعداده بطريقة آلية ومن ثم يحول دون وقوع أي ضغوط على أسباب العيش. وجدير بالذكر أن نظرية مالثوس نفسها تدخل ضمن النظريات الطبيعية التي ترى أن أعداد البشر تميل إلى التزايد بشكل أسرع من غذائه وذلك بسبب العاطفة الجنسية بين الرجل والمرأة، ولما كان هذا أمراً طبيعياً فالرذيلة والبؤس هما نصيب الإنسان الحتمي إلا إذا اتخذت تدابير واقية على نطاق واسع.

وقد اعتمدت النظريات الطبيعية على القول بأن طبيعة الإنسان تتحكم في نموه بدرجة معينة وفي اتجاه لا يستطيع السيطرة عليه تماماً، وهذه الأفكار هي انعكاس لآراء علماء البيولوجيا الذين يحاولون إيجاد قانون لنمو السكان يفسرون به تطور النمو السكاني في الماضي والمستقبل وذلك كله دون أن يكون للإنسان ذاته تأثير على ذلك سواء من ناحية قيمه ونظمه واتجاهاته ومن أبرز الكتاب الذين أسهموا في هذا الاتجاه الطبيعي: سادلر ودبلداي وسبنسر وجيني.

1- ســـــادلـــــر:

كان مايكل توماس ســـــادلـــــر M.T.Sadler (1780-1835) مصلحاً اجتماعياً انجليزياً ومن رجال الاقتصاد ومعاصراً لمالثوس، وقد رأى أن القانون الطبيعي الذي يحكم نمو السكان يتناقض تماماً مع القانون الذي جاء به مالثوس، وكان يعتقد أن ميل البشر إلى التزايد سوف يتناقص بالطبيعة كلما زاد الازدحام السكاني في المراكز العمرانية، وأن أعدادهم تتوقف تماماً عن النمو والتزايد وذلك عندما يتمتع الناس بأكبر قدر من السعادة وذلك بافتراض تساوي جميع الأشياء الأخرى، وذكر بأن قانون السكان الذي نظم ولا يزال ينظم زيادة البشر في جميع الحالات وهو ببساطة " أن القدرة على الإنجاب في ظل ظروف مشابهة يتغير تغيراً عكسياً كلما زاد عددهم في مساحة معلومة" (Thompson & Lewis, population problems, New York, 1965).

وهكذا يبدو التفاؤل في مستقبل السكان اقتصادياً على أساس طبيعي عند سادلر- بعكس مالثوس تماماً- ذلك لأن سادلر يعتقد أن الاختلافات في درجة هذه القدرة على الإنجاب تتأثر لا بالبؤس والرذيلة بل بالسعادة والغنى.

2- دبلـــــداي:

كان توماس دبلـــــداي Thomas Doubleday (1790-1870) مثل سادلر- اقتصادياً وفيلسوفاً اجتماعياً انجليزياً، وقد اعتقد أنه جاء بقانون طبيعي مختلف يحكم نمو السكان، فبينما اعتقد سادلر أن كثافة السكان تسبب نقصاً في القدرة على الإنجاب واستبعد بذلك إلى حد كبير ما للموانع الإيجابية من تأثير في زيادة السكان، وقد رأى دبلداي أن التزايد في عدد السكان ترتبط ارتباطاً عكسياً بموارد الغذاء، فكلما تحسنت موارد الغذاء المتاحة للإنسان كلما أبطأت الزيادة في أعدادهم وفي كل المجتمعات فإن الفقر يشجع على الخصوبة العالية لدى السكان ومن ثم نرى زيادة مستمرة في عدد الذين لا يحصلون إلا على أقل قدر من الغذاء، أي بمعنى آخر في صفوف السكان الأشد فقراً. أما الأغنياء الذين ينعمون بكفاية الغذاء فإن عددهم في تناقص مستمر، وبين هاتين الطبقتين الفقراء والأغنياء توجد طبقة وسطى يحصل أفرادها على كفايتهم من الغذاء ويعيشون عيشة وسطاً ويكون عدد سكانها ثابتاً، وهذا يستتبع أن الزيادة أو النقص في مجموع السكان الكلي يتوقفان على التناسب العددي بين هذه الحالات الثلاث في كل مجتمع (أبوعيانة، 2000).

و من الواضح أنه ليس ثمة أساس علمي للاعتقاد بان للكثافة السكانية أو نسبة البروتين في الغذاء أي تأثير ملحوظ في القدرة على الإنجاب، وذلك رغم أن بعض الكتاب المحدثين هو جوسيه دي كاسترو J.De Castro قد ذكر بأن زيادة كمية البروتين في الغذاء يقلل من القدرة على الإنجاب في حين أن نقصها يؤدي إلى ارتفاعها وذكر بأن كل ما تحتاج إليه من أجل تقليل القدرة على الإنجاب في صفوف شعوب العالم الفقيرة هو أن تزيد بدرجة كبيرة نسبة ما يحتويه غذاؤها من البروتين- ذلك كله لأن الإنجاب - أو الخصوبة البشرية في أي مجتمع سكاني يتأثر بدرجة كبيرة بعوامل شتى خاصة الموانع الواقية من حيث تظل القدرة على الإنجاب على ما هي عليه.

3- سبـــنـــــسر:

كان هربرت سبنسر (1820-1903) فيلسوفاً انجليزياً مشهوراً اهتم بشرح التطور الاجتماعي والبيولوجي الناجم عن القوى الطبيعية، وكانت أفكاره في السكان تمثل نظرية شبيهة في بعض نواحيها بنظريتي سادلر ودبلداي وذلك من حيث اعتقاده أن هناك قانوناً طبيعياً يجعل الإنسان غير مسئول عن التحكم في زيادة عدد أفراده، وقد حققت الطبيعة هذه الغاية وذلك عن طريق إضعاف اهتمام الإنسان بالتكاثر بينما وجهته إلى تخصيص مزيد من الوقت والجهد للتنمية الشخصية والعلمية والاقتصادية، ومن هنا فكلما اشتد الجهد الذي ينبغي على الإنسان أن يبذله لضمان تقدمه في أي ميدان يحاوله، ضعف اهتمامه بالتكاثر لذلك اعتقد سبنسر أن هناك تناقصاً طبيعياً في القدرة على الإنجاب خاصة لدى الإناث وذلك لأن اهتمام الفرد بنفسه يستدعي المزيد من الوقت والطاقة، وهذا النقص في القدرة على الإنجاب يؤدي إلى زيادة بطيئة في عدد السكان وذلك كله لأن التطور الاجتماعي مصحوباً حتماً بتزايد الاتجاه الفردي (أبو عيانة، 2000).

و يرجح سبنسر صدق نظريته بحالات العقم المطلق أو النسبي لدى الإناث اللائي يفرطن في المجهود الذهني واللائي ينتسبن إلى الطبقة الراقية، فرغم أن تغذيتهن أفضل من إناث الطبقات الفقيرة وينلن رعاية صحية أكثر، فإن قدرتهن على الإنجاب ضعيفة ويعزي ذلك بدرجة معقولة- إلى إرهاقهن لأذهانهن وما ينجم عنه من رد فعل خطير بالنسبة لبنيتهن- ويبدو التناقص في القدرة على الإنجاب لديهن مثلاً ليس في حالات العقم أو في التوقف عن الإنجاب في سن مبكرة فحسب بل في عجزهن عن إرضاع أطفالهن ورعايتهم رعاية كاملة. وهذا ما تعجز عنه أولئك الفتيات هزيلات الصدور اللائي يكابدن من ضغط التعليم ولو قيست خصوبتهن بعدد الأطفال الذين يستطعن تربيتهن بغير المساعدة الاصطناعية لثبت أنهن عقيمات جداً نسبياً.

ورغم أن هناك بعض الدراسات التي تثبت صحة ذلك في الإنجاب في معظم البلاد الغربية خلال القرن التاسع عشر خاصة في صفوف الطبقات الأفضل تعليماً- فإن ذلك لا يعني بالضرورة صحة نظرية سبنسر ذلك لأن هناك عوامل اجتماعية كثيرة- وعوامل أخرى- تقلل من خصوبة الإناث، ولا جدال في أن التعليم باستمرار يجعل الأنثى أكثر اهتماماً بتكوين الأسرة صغيرة الحجم وبالتالي يبدو الارتباط العكسي بين مستوى التعليم وعدد الأطفال.

4- نظرية جيني:

ولد كورادو جيني Corrado Gini في سنة 1884 وهو إيطالي الجنسية اهتم بدراسة العلوم الاجتماعية وأصبح شغوفا بالتغيرات التي تطرأ على تطور المجتمع وخاصة تطور الشعوب وقد اعتقد أن تطور أي مجتمع أو أي شعب يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتغيرات في معدلات النمو السكاني وبالنسب المختلفة التي يتم بها هذا النمو والمنبثقة من الطبقات الاجتماعية المختلفة وتدخل نظرية جيني ضمن النظريات الطبيعية- ذلك لاعتقاده بأن العامل الرئيسي في نمو السكان هو التغير البيولوجي أكثر منه تغيير اجتماعي أو اقتصادي وكان يرى أن المعدلات المختلفة للزيادة في فئات الشعب المختلطة تؤدي بسرعة كبيرة جداً إلى تغيرات الصفات البيولوجية للشعب بأكمله، وقد اعتمد في دراسته على إحصائيات للعديد من الأقطار، وقد أظهرت هذه الإحصائيات أن نسبة صغيرة نسبياً من جيل واحد تولد أغلبية السكان في الجيل التالي، وقد وصف عملية نمو الشعوب بأنها الارتفاع والهبوط الدوريان للسكان.

وقد شبه هذه الدورة في حياة الشعوب بدورة حياة الفرد، فهناك في بادئ الأمر فترة من النمو السريع للغاية، تعقبها أخرى تتميز ببطء النمو ثم بالنضج، ويتعقب ذلك فترة الشيخوخة والتي تتناقص خلالها أعداد السكان وتتدهور الخصائص الحضارية. وقد رأى أن أي شعب يتميز في شبابه بالبساطة وعدم التعقيد وبارتفاع معدل الخصوبة، وذلك لأن كل جيل ينشأ من جيل سابق أوفر قدرة على الإنجاب بحكم الوراثة، ونتيجة لذلك يزداد عدد سكان مثل هذا الشعب بسرعة، ويكون هذا النمو العددي مصحوباً باستمرار بتزايد التعقيد في التنظيم كما يدل عليه نشأة طبقات اجتماعية وتطور أنماط النشاط الصناعي والتجاري، وكلما تزايدت أعداد السكان بدأ الإحساس بضغطهم على الأرض المتاحة- ومن ثم فلا مناص من حدوث توسع على حساب الآخرين عن طريق الحرب أو الاستعمار أو كليهما معاً. ويستمر تعقيد التنظيم الاجتماعي والاقتصادي في التزايد في المرحلة التالية ويصبحه تناقص في معدل النمو السكاني، ويرجع هذا التناقص من ناحية إلى فقدان أكثر الناس نشاطاً بسبب الحروب والاستعمار ومن ناحية أخرى إلى تزايد نسبة السكان في الطبقات الراقية والتي هي دائماً أقل قدرة على الإنجاب من الطبقات الدنيا، غير أن السبب الرئيسي في بطء نمو السكان هو سبب بيولوجي، فقد اعتقد جيني أن السبب الرئيسي في تقليل الخصوبة هو العامل البيولوجي ويكمن هذا السبب في الواقع

وراء العوامل الاقتصادية والاجتماعية الأخرى التي تؤثر ظاهرياً في تناقص الخصوبة، وبمعنى آخر فإن النقص في عدد المواليد يرجع إلى تناقص القدرة على الإنجاب، ويبدو ذلك أولاً في الطبقات العليا ثم ما تلبث أن يظهر في جميع الطبقات وذلك باستمرار صعود أفراد من الطبقات الدنيا لشغل الفراغ الذي يوجد في الطبقات العليا، وما يلبث هؤلاء الصاعدون أن يكونوا مثل غيرهم من الأقدمين في الطبقات العليا أي تصبح القدرة على الإنجاب عندهم منخفضة ثم سرعان ما يفنون لتحل محلهم موجات أخرى من الطبقات الدنيا وهكذا، ويرى جيني أن عقم هؤلاء الصاعدين إلى طبقات أعلى ليس نتيجة الظروف الاجتماعية المحيطة بصعودهم ولكنه بدلاً من ذلك نتيجة الضعف الذي ينتاب غريزة التناسل- وهو مرحلة حتمية من مراحل دورة النمو السكاني.

ومعنى ذلك أن جيني يعتقد في وجود قوة طبيعية حتمية تؤدي إلى ارتفاع الجماعات السكانية وهبوطها وبالتالي إلى ارتفاع المجتمعات وهبوطها ويجد ذلك واضحاً في اختلاط السلالات وفي بقاء الطرز الجديد، الناشئة عن هذا الاختلاط وبهذا فهو يستند إلى بعض تغيرات بيولوجية باطنية لا سلطان للإنسان عليها تماماً، ويعتبرها العوامل الرئيسية التي لا تحدد نمو السكان كمياً فقط أي قدرته على الإنجاب وخصوبته وبقاءه بل تحدد أيضاً نمو السكان من ناحية الكيف أي الخصائص التي تميز حضارات الإنسان المختلفة (الكيخيا، 2003).

2.7.6 النظريات الاجتماعية في نمو السكان:

تأتي النظريات الاجتماعية بآراء تختلف عن النظريات الطبيعية في مجال النمو السكاني، وتجعل للعوامل الاجتماعية الدور الرئيسي الذي يفرض على الإنسان سيطرته وتحكمه في نموه العددي فتجعله يتكاثر أو يعمل على تحديد تكاثره في الوقت الذي لا تتغير فيه طاقاته البيولوجية، ومنذ أيام مالثوس تعددت النظريات الاجتماعية عن نمو السكان وسنذكر هنا بعض هذه النظريات باختصار.

1- نظرية هنري جورج:

تأتي نظرية هنري جورج (1839-1897) وهو اقتصادي ومصلح اجتماعي أمريكي على نقيض نظرية مالثوس تماماً، ويتفاءل بشدة بشأن العلاقة بين السكان والغذاء في المستقبل وأنكر تماماً صحة المبدأ القائل بوجود تعارض أساسي بين تزايد أعداد البشر والقدرة على توفير العيش لهم، بل

زعم أنه "على خلاف أي كائن حي آخر فان زيادة عدد السكان تتضمن الزيادة في غذائهم" (أبو عيانة ، 2000).

ولكنه استدرك قائلاً بأن هذه الحالة لا تتحقق إلا إذا تساوى الناس جميعاً في حصولهم على الموارد الأرضية وبالتالي إذا لم يكن هناك احتكار لقلة من الناس على الكثرة من الموارد، ويعتقد جورج أن القدرة على الإنجاب والخصوبة البشرية تتناقصان كلما تزايد انتشار التطور الفكري الفردي.

2- نظرية ديمون:

كان أرسين ديمون (1840-1902) أستاذاً في جامعة ستراسبورغ ، وتعتمد أفكاره في السكان على الدراسة التي قام بها عن نمو السكان في فرنسا في أواخر القرن التاسع عشر وسماها "النظرية الشعيرية الاجتماعية " ويمكن تلخيص نظرية ديمون بإيجاز في أنه كان يعتقد أن الفرد يميل إلى الصعود نحو مستويات أعلى في بيئته الاجتماعية عن طريق عملية تشبه الخاصية الشعيرية الطبيعية، وفي هذه العملية من الارتفاع إلى أعلى يصبح توالده أقل احتمالاً باطراد حيث يبتعد شيئاً فشيئاً عن وسطه الطبيعي وعن أسرته وبالتالي يفقد الاهتمام بالأسرة وفي رفاهية السلالة ويتركز اهتمامه الرئيسي على الصعود بطريقة تفيده شخصياً بصرف النظر عما إذا كانت هذه الحركة تفيد المجتمع أو السلالة. وقد اعتقد ديمون أنه في المجتمع الذي تكون فيه الحركة إلى أعلى من طبقة إلى طبقة سهلة نوعا وتكون الشعيرية الاجتماعية مثلها مثل الجاذبية أمراً حتمياً وفي ذلك يقول: "أن الشعيرية بالنسبة إلى النظام الاجتماعي هي كالجاذبية بالنسبة للعالم الطبيعي" (Thompson & Lewis, population problems, New York, 1965) .

وهو يعتبر أيضاً هذه الحركة من طبقة إلى أخرى سبب مباشر في الهبوط الذي يطرأ على معدل المواليد حيث يذكر بأن "زيادة الأعداد في شعب تتناسب تناسباً عكسياً مع تطور الفرد".

و في كل ذلك يستبعد ديمون تماماً أن يكون التغير في الأعداد راجعاً إلى أية تغيرات بيولوجية كما ذكر سبنسر من قبل.

وقد بنى ديمون نظريته نتيجة دراسته للخصوبة في أقاليم فرنسا كما ذكرنا، وذكر بأن هناك تفاوتا كبير في المجتمعات المتقدمة مثل فرنسا والنامية مثل الهند، ففي فرنسا حيث استقرت الديمقراطية كان الانتقال من طبقة إلى طبقة أخرى سريعاً، أي تكون الشعيرية الاجتماعية أشد مفعولاً مما ترتب عليه خفض معدل المواليد إلى درجة كبيرة، وبالإضافة إلى ذلك فإن المدن الكبرى في المجتمعات الديمقراطية تفرض جاذبية قوية على الذين يعيشون بالقرب منها وبهذا تزيد من قوة الجاذبية الشعيرية على الناس وتسرع بالعمل على تخفيض معدل المواليد في المجتمع، والذين يبعدون عن مراكز الجاذبية ويعملون في حرف لا يجد فيها الطموح الفردي سوى فرصة ضئيلة للطموح والنمو ولا يجتذبون بمثل هذه السرعة إلى الحركة الشعيرية ومن هنا لا يحتمل أن يقللوا معدل المواليد بنفس الدرجة بل يواصلون التزايد.

وقد ضرب ديمون مثلاً على المجتمعات ذات النظام الاجتماعي الجامد والذي لا يسمح بأن يرقى الفرد ويندمج في طبقة أعلى مما يجعل نسبة المواليد ترتفع ارتفاعاً كبيراً وبالتالي يزيد النمو السكاني بدرجة كبيرة.

ومهما يكن من أمر فإن ما ذكره ديمون يجعل لنظريته الفضل في توجيه المزيد من الاهتمام إلى الظروف الفعلية التي يعيش في ظلها السكان وذلك باعتبار أنها عوامل على قدر كبير من الأهمية في إيجاد موانع واقية تحد من نمو السكان.

3- كارل- سوندرز:

ولد كار سوندرز Carr-Saunders سنة 1886 ودرس الاقتصاد والسكان في انجلترا، وتقوم نظريته في السكان على أساس أن الإنسان ذاته قادر على التحكم في أعداده وأنه –أي الإنسان– يناضل باستمرار في سبيل الوصول إلى العدد الأمثل Optimum number وهو العدد الذي يتيح أعلى متوسط للعائد بالنسبة للفرد الواحد إذا أخذنا في الاعتبار طبيعة البيئة أو مستوى المهارة وعادات الناس وتقاليدهم وغير ذلك، وعندئذ تحكم الإنسان بوجه عام في أعداده بقصد الوصول إلى الحد الأمثل الذي يختلف بالطبع من وقت لآخر.

وقد ذكر- كار سسوندرز- أن الحد الأمثل لا يتحقق ويثبت مرة واحدة بل على العكس من ذلك فإنه يتغير باستمرار كلما تغيرت الظروف المشار إليها وكلما اتجهت المهارات البشرية إلى التزايد بمرور الزمن اتجه العدد المرغوب فيه (الأمثل) إلى التزايد من الناحية الاقتصادية (أبو عيانة،2000).

وباختصار فقد اتجه كار سوندرز في نظريته إلى القول بأن الزيادة في عدد السكان تخضع إلى حد كبير لأفكار السكان أنفسهم عن العدد المثالي من وجهة نظرهم في ضوء الظروف الاقتصادية التي يعيشون فيها، وذكر بأن الإنسان قد اضطر إلى ابتكار أساليب عديدة للوصول إلى هذه الغاية مثل الإجهاض ووأد الأطفال وعزل النساء وغير ذلك حتى يمكنه التحكم في زيادة عدده، وبهذا يؤكد كارسوندر على تحكم الإنسان في زيادة عدد أفراده، أكبر مما فعل مالثوس ويؤكد بدرجة أقل على الموانع الايجابية.

ولكن نظرية كار سوندرز لم تسلم من النقاش الذي تركز حول تحديد الحد الأمثل للسكان- وهذا حقيقي- فرغم أن هذه النظرية تتعارض تماماً مع النظريات الطبيعية، إلا أن من الثابت أن المجتمعات حتى إذا وصلت إلى حجم مثالي (أعلى نصيب للفرد من العائد الاقتصادي) فإن ذلك يكون أمراً لحظياً وليس دائماً كما أنها لم تصل إليه إلا بعد أن أسهمت الموانع الايجابية (الجوع والمرض والحرب) في ذلك في معظم الأحوال.

وبالإضافة إلى ما سبق فإن الحجم المثالي للسكان في مجتمع ما يكون أمراً نظرياً بحتاً ويرتبط ذلك بالموارد الاقتصادية المتاحة ومدى استغلالها ولذا فليس من السهل تحديد طاقة أي إقليم وبالتالي يصعب - إن لم يكن ذلك مستحيلاً- أن نحدد عدد السكان الذي يمكن استيعابه فعلى سبيل المثال تباين عدد السكان الذي قدر أن استراليا وكندا يمكن أن تستوعبه من عدة ملايين إلى نحو مائة مليون نسمة أو يزيد.

خلاصة:

إن مستويات الخصوبة في قطاع غزة ما زالت وستظل مرتفعة ما لم يتم العمل بجد وحزم على خفضها، حيت أنها تلتهم أولاً بأول الجهود المضنية والاستثمارات التي تقوم عليها التنمية، والتي تؤدي إلى اختلال بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي والاجتماعي.

إن ارتفاع مستويات الخصوبة يحطم كل جهود التنمية مما يؤدي بالضرورة إلى انخفاض مستوى المعيشة. وقد يعاني ما يقرب من ثلثي بلاد العالم من الانفجار السكاني الذي تنعكس آثاره على كافة المجالات الاقتصادية والاجتماعية المتمثلة في أزمة الإسكان وانخفاض مستوى الخدمات الصحية والتعليمية والخدماتية وغيرها.

إن حركة النمو السكاني في قطاع غزة تتغير تبعاً للظروف الاقتصادية والاجتماعية وفرص العمل المتاحة. وبالنسبة لاتجاهات ومستويات الخصوبة يلاحظ الانخفاض التدريجي البسيط لمعدلات المواليد ولمعدلات الخصوبة الكلية على مدار مجموعة من السنوات، وكذلك يختلف نمط الخصوبة في قطاع غزة تبعاً لعمر السيدة فيلاحظ أن معدلات الخصوبة العمرية آخذة في الانخفاض وخاصة في الفئة العمرية الأولى (15-19) وكذلك انخفاض معدلات الخصوبة الواضحة في الفئات العمرية الكبيرة (40-44)،(45-49) مما يدلل على أن السيدات في الفئات العمرية الكبيرة تمتاز بمعدلات خصوبة منخفضة وهذا دليل على فهم واضح لمخاطر الإنجاب في الأعمار الكبيرة. وللخصوبة تباينات ترجع إلى أن معدلات المواليد والوفيات في تقلبات مستمرة وتغيرات تطرأ عليها مع الزمن نتيجة للظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع، بالإضافة للظروف السياسية والأمنية الخاصة بمجتمع قطاع غزة.

الفصل الثالث

عرض ودراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة

مقدمة:

تشير المادة الديموغرافية الحديثة إلى أن العوامل أو المتغيرات المحددة للخصوبة، يضمها نظام معقد للتفاعلات البيولوجية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسيكولوجية. وهناك صعوبة في التعرف على العوامل المؤثرة في الخصوبة في البلاد النامية نتيجة لوجود نقص في المعلومات والبحوث. ولذلك يتطلب الأمر إجراء دراسات تأخذ في الاعتبار الظروف السائدة في تلك البلاد، والتي تتميز بارتفاع الخصوبة. وللخصوبة المرتفعة مخاطرها وآثارها على المجتمع منها:

- **الآثار الصحية:** نلاحظ أن الحمل المتكرر يضر بصحة الأمهات والأطفال، ويؤدي إلى زيادة وفيات الأطفال بسبب ضعف الرعاية الصحية والإنجاب المتلاحق.

- **الآثار الغذائية:** سوء تغذية الأطفال من العوامل المؤدية إلى ارتفاع معدلات وفياتهم.

- **الآثار التعليمية والتدريبية:** إن ارتفاع معدلات الخصوبة يقترن بارتفاع نسبة الأطفال في التعليم، مما يؤدي إلى أن جانباً منهم سيظل محروماً من التعليم والتدريب أو على الأقل عدم أخذ الفرصة الكافية، نظراً لعدم توفر الموارد اللازمة لمقابلة الطلب.

- **الآثار المتعلقة بالعمالة:** أصبحت الدول النامية مكتظة بالقوى العاملة، نتيجة لارتفاع الخصوبة، مما أدى إلى تزايد البطالة المقنعة والصريحة.

- **آثار الهجرة من الريف إلى المدن:** تؤدي الهجرة الداخلية من الريف إلى المدن إلى إتخام المدن بأعداد هائلة من السكان، مما يؤدي إلى أزمات الإسكان، وتدهور الخدمات الاجتماعية الصحية والبيئية والنقل والمواصلات.

وفي الخمسين سنة الماضية بدأ الاهتمام بالدراسات المتعلقة بالعوامل المحددة للخصوبة في البلاد النامية، إلا أن الدراسات التطبيقية في هذه البلاد، يجب تأسيسها على بيانات ارتكازية ذات درجة ثقة عالية، كما يجب أن تهتم في المقام الأول بالأسرة كوحدة مجتمعية، وتأخذ في الاعتبار العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في الخصوبة.

كذلك إن القدرة على الحمل تتأثر جزئياً بالمستوى الصحي وكذلك المستوى الاقتصادي، وهو بدوره يتناسب طردياً مع تحسن التغذية، والعناية الطبية، كما تتأثر الرغبة في إنجاب الأطفال بعوامل مختلفة. بمعنى أن تحديد الخصوبة بالعوامل الاقتصادية والبيولوجية والاجتماعية بشكل واضح ومن هنا جاء اهتمام بحثنا هذا بدراسة هذه العوامل.

ولكن هناك عدة صعوبات تواجه دراسات الخصوبة من أهمها تجزء المعالجة، وتعقد الموضوع، حيث أن العوامل المحددة للخصوبة سواء اقتصادية أو ديموغرافية أو اجتماعية أو ثقافية أو غيرها مترابطة ومتشابكة ومتداخلة ويصعب فصل أثر كل محدد من هذه المحددات على الخصوبة، ولكننا سنقوم بفصلها بغرض الدراسة المفصلة الدقيقة لهذه المحددات للوصول إلى نتائج محددة وواضحة.

ومما لا شك فيه أن الأنماط الاجتماعية الموجودة في قطاع غزة، مصدر من المصادر المؤدية إلى المزيد من الإنجاب، مثل الزواج المبكر وضعف مكانة المرأة الاجتماعية والمعتقدات الخاطئة وكذلك الحال العوامل والمتغيرات الاقتصادية لها أثر في تحديد مستوى الخصوبة، لا سيما الدخل ومساهمة المرأة في العمل وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال والمنفعة المستمدة منهم وغير ذلك، لذلك سنقوم بدراسة أهم هذه العوامل الاقتصادية والديموغرافية لما لها من تأثير قوي على عدد المواليد أحياء في قطاع غزة، وليس معنى هذا الإقلال من أهمية العوامل الأخرى.

وسنقوم في هذا الفصل بعرض ودراسة أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة بشيء من التفصيل وسوف يتكون هذا الفصل من عدة نقاط وهي:

أولاً: أهم المتغيرات الاقتصادية المؤثرة على الخصوبة.

ثانياً: أهم المتغيرات الديموغرافية المؤثرة على الخصوبة.

أولاً: أهم المتغيرات الاقتصادية المؤثرة على الخصوبة

1.1 الدخل:

يعتبر الدخل من المتغيرات الاقتصادية المهمة جداً، بحيث لا يمكن الحديث عن كثير من مجريات حياة أي مجتمع بمعزل عن الدخل فإن تحدثنا عن الإنفاق فمن البديهي الحديث عن الدخل وإن تحدثنا عن التعليم فلابد من الحديث عن الدخل وكذلك الزواج ومعظم إن لم يكن جميع الظواهر في حياتنا تكون مرتبطة وبشكل وثيق بالدخل.

لذا فإن عملية الإنجاب يمكن تفسيرها في بعض الأحيان على ضوء الدخل والأسعار النسبية، وبصفة عامة يزيد استهلاك الناس كلما ارتفع دخلهم، ولهذا فمن المتوقع أن يكون هناك ارتباط وثيق بين عدد الأطفال ودخل الأسرة، ولكن العلاقات الفعلية لا تؤيد ذلك، ويمكن تفسير هذا التناقض إذا علمنا أن أثر ارتفاع الدخل يتم تعويضه من خلال تغيرات أخرى تترافق عادة مع زيادة الدخل وتؤدي إلى تقليل الرغبة في إنجاب الأطفال، ومن أهم هذه المتغيرات تغير الأسعار النسبية، فالأطفال يصبحون أكثر تكلفة وتقل المنافع المستمدة منهم، فحين يزيد دخل الآباء يرغبون في أن يكون أطفالهم متعلمين وأصحاء وحسنى الملبس، وهم في نفس الوقت لا يرغبون في أن يعتمدوا على أبنائهم (حسن ،1989).

وتشكل العلاقة بين الدخل والخصوبة محوراً هاماً للعديد من الدراسات ولكن يتضح أن هناك نقص في دراسة أثر المتغيرات الاقتصادية بشكل عام والدخل بشكل خاص على الخصوبة.

اختلفت نتائج الدراسات والأبحاث في هذا السياق ففي حين أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة عكسية بين الدخل ومستوى الخصوبة (تماري وسكوت، 1991)، (Konadal, 1987)، (عيد، 2000)، (إسماعيل، 1995).

و رأى آخرون أن أثر الدخل لم يبرز في تأثيره على مستويات الخصوبة (أبو نعير، 1998)، (الحبيس، 1988).

2.1 عمل الزوجة:

تعبر القوى العاملة المشاركة عن مدى التوجه العام نحو المساهمة الفعلية في عملية الإنتاج من بين المرشحين للقيام بذلك من مجموع السكان. وتشير الإحصاءات في مجال التنمية البشرية إلى أن نسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة في الأراضي الفلسطينية (مجموع الإناث العاملات والعاطلات عن العمل إلى مجموع العاملين والعاطلين عن العمل من الجنسين) متدنية جداً، حيث تنخفض في قطاع غزة عن المعدل العام لجميع فئات الدول من حيث مستوى التنمية البشرية في مختلف المجتمعات.

وتبرز حالة تدني مشاركة المرأة في القوى العاملة في قطاع غزة، إذ لا تتعدى نسبة الإناث من مجموع القوى العاملة 8%، أي أن هناك أقل من امرأة واحدة مقابل كل 10 ذكور في القوى العاملة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999).

لقد أثبتت دراسات عدة أن تشغيل المرأة يؤثر عكسياً في الخصوبة، ويرجع ذلك لما يصاحب خروج المرأة للعمل من تغيرات منها الاحتكاك الثقافي، والاهتمام بالصحة وتربية الطفل وفهم معنى التكلفة الاقتصادية للطفل، وخروج المرأة للعمل يجعل لها اهتمامات وأنشطة اجتماعية مما يدفعها إلى عدم الإكثار من النسل (حسن، 1989)، كذلك أظهرت بعض الدراسات أن أهم العوامل المؤثرة على الخصوبة هي عمل الزوجة (مقبول، 1984) وتوضح بعض الدراسات الأخرى أن عمل المرأة يقلل من الخصوبة (عطايا، 2007 ؛ الحبيس، 1988)، (Ktepsombatil, 1981 & Shirahase, 2000) وفي نفس السياق رأى بيكر (Becker,1960) أن التغير في قيمة الوقت نتيجة لالتحاق النساء في العمل المأجور أدى إلى ارتفاع تكلفة تربية الأطفال عند المقارنة بين الوقت الذي تقضيه المرأة في تربية الأطفال بدلاً من استغلالها لهذا الوقت في العمل وزيادة دخل الأسرة وهو ما يدفع الأسرة إلى تقليل عدد الأطفال.

وأوضح عبد الكريم الفايز(1996) في دراسة تناولت العلاقة بين العمر عند الزواج الأول والخصوبة البشرية في الأردن أن هناك علاقة بين مهنة الزوجة ومستويات الخصوبة وعلى عكس ذلك أظهرت بعض الدراسات أن مشاركة المرأة في العمل ليس له تأثير في السلوك الإنجابي، وتعزى

بعض الدراسات ذلك إلى خروج المرأة إجمالاً من قوى العمل خلال فترة الإنجاب في كثير من الدول وخاصة النامية (خريف، 2001 ؛ زكي، 2004 ؛ زريق، 1977).

3.1 عمل الزوج:

لقد استخدم عمل الزوج كمؤشر يدل على الحالة الاقتصادية والاجتماعية منذ زمن طويل، فللعمل علاقة وثيقة بمستوى التعليم والدخل، وفضلاً عن ذلك فله تأثير كبير على سلوك الأفراد بصفة عامة والسلوك الإنجابي بصفة خاصة.

ويرى العديد من العلماء أن نوع العمل يحدد الخطوط العريضة لأسلوب الحياة، ويفوق تأثيره في ذلك تأثير التعليم أو الدخل، فالعمل هو الذي يتقرر على أساسه، بالاشتراك مع عوامل أخرى، السن عند الزواج، مكان السكن والإقامة، مدى الاهتمام بمتابعة وسائل الإعلام، ومدى اتساع مجال المعرفة (حسن، 1989)، ويعكس البنيان المهني للسكان درجة تطور الدولة إلى حد كبير، فالتنمية والتطور يصحبهما في الغالب انخفاض لنسبة المهن المرتبطة بالزراعة، وزيادة في أعداد ذوي المهن والأعمال التخصصية والموظفين والإداريين. فالأسر العاملة بالزراعة تفضل حجم أسرة كبير حيث أن للأبناء منافع اقتصادية كبيرة في مساعدة العائلة في الصغر والكبر. وفي هذا السياق أظهرت بعض الدراسات السابقة أن هناك علاقة عكسية بين مهنة الزوج وخصوبة زوجته، حيث وجد أن النساء اللواتي يعمل أزواجهن في المهن الزراعية والخدماتية لديهن خصوبة أعلى من النساء اللواتي مهن أزواجهن كتابية وتعليمية وشرطية (عيد، 2000 ؛ الحبيس، 1988).

وعلى العكس من ذلك اتضح من أحد الدراسات أن هناك علاقة طردية واضحة بين مستويات الخصوبة ومهنة الزوج وخاصة الأعمال اليدوية (تماري وسكوت، 1991).

وفي نفس السياق أظهرت بعض الدراسات عدم وجود أثر لمهنة الزوج على الخصوبة (أبو نعير، 1998).

4.1 تكلفة إنجاب وتربية الأطفال:

هناك العديد من التكاليف المترتبة على إنجاب الأطفال والتي تلعب دوراً في تقرير مدى الرغبة في الإنجاب، وهي تشمل: الإنفاق على الاحتياجات الأساسية للأطفال (مثل الطعام والكساء والسكن)، ويشكل هذا الإنفاق نسبة كبيرة من التكلفة المالية وخاصة بالنسبة لمستويات الدخل المنخفضة، وتعد تكاليف التعليم من أهم المحددات في هذا الشأن، ويجب أن يلاحظ أن هذه التكاليف تشمل التكاليف المباشرة مثل الرسوم والمصروفات ونفقات شراء مستلزمات التعليم، كما تشمل التكاليف غير المباشرة مثل ضياع فرصة عمل الأطفال بسبب التحاقهم بالمدارس. وتعتبر تكلفة الفرصة البديلة للوقت المخصص للعناية بالأطفال، العنصر الثالث الذي يشكل أهمية كبيرة ضمن تكاليف الأطفال باعتبار أنه يقلل الوقت الذي يمكن أن تقضيه المرأة في أعمال إنتاجية.

وتتفاوت الأعباء المالية المترتبة على تربية الأطفال بفعل تفاوت المكانة الاجتماعية والاقتصادية التي تتمتع بها الأسرة، ويلاحظ أن حجم الأسرة يميل إلى الانخفاض في الفئات التي تحتل مكانة اجتماعية واقتصادية عليا، من أجل توفير مستوى معيشي أفضل للأطفال، وهذا يتطلب تحسين المستوى التعليمي وتشجيع مشاركة المرأة في اتخاذ القرار، ومن أجل تحقيق ذلك ينبغي بذل جهود متميزة لرفع مكانة المرأة فيما يتصل مواصفات العمل ومصادر الدخل (مخلوف وآخرون، 1987).

وتتعدد أيضاً التكاليف غير المالية، ويعتبر من أهمها: افتقاد وقت الفراغ والترويح، وتقييد حرية الحركة من مكان إلى آخر، وانتقاص فرصة بذل مزيد من الجهد في العمل حينما تكون الأسرة ذات حجم كبير، وعلى سبيل المثال فالأسر الضخمة لا تستطيع أن تهاجر بسهولة مثلما تفعل الأسر الصغيرة إذ أن سفر الأسر الكبيرة يتكلف كثيراً كما أن استقرارها مرة ثانية يكون أمراً شاقاً، ومن الناحية الأخرى تستطيع الأسر الصغيرة الانتقال بسهولة، كما أن الآباء في الأسر ذات العدد الكبير من الأطفال قد يصبحون أقل إنتاجاً لأن تربية مثل ذلك العدد الكبير تستنفذ قدراً كبيراً من مجهودهم.

ومن الجدير بالذكر أن أعباء التكاليف المالية وغير المالية تختلف من مجتمع إلى آخر، فالتكاليف غير المالية تكون عادة أكثر أهمية في المجتمعات النامية، لكن التكاليف المالية أكثر بروزاً

في معظم المجتمعات في الوقت الحاضر، وتشكل تكلفة التعليم عاملاً أساسياً يجعل الأزواج يفضلون أن تكون أسرهم صغيرة (حسن، 1989).

وفي هذا السياق قدم بيكر (1960)، تفسيراً اقتصادياً لتحول الخصوبة في المجتمعات المتقدمة، ورأى بيكر أن التغير في قيمة الوقت نتيجة لالتحاق النساء في العمل المأجور أدى إلى ارتفاع تكلفة تربية الأطفال عند المقارنة بين الوقت الذي ستقضيه المرأة في تربية الأطفال بدلاً من استغلالها لهذا الوقت في العمل وزيادة دخل الأسرة، وهو ما يدفع الأسرة إلى تقليل عدد الأطفال التي ستنجبهم.

5.1 المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال:

بينما تؤثر تكاليف الإنجاب تأثيراً سلبياً على حجم الأسرة المرغوب، فإن العائد من الأطفال يؤثر بشكل إيجابي في هذا الشأن، ويتقرر حجم الأسرة بناء على المحصلة الإجمالية لهذين التأثيرين.

ويعتبر تشغيل الأطفال في أعمال إنتاجية هو أول المنافع المالية التي يقوم الآباء بتقييمها عند اختيار حجم أسرهم، فتشغيل الأطفال له أهمية كبرى في كثير من المجتمعات بصفة عامة، والسبب الثاني الذي قد يكون أكثر أهمية في إحساس الآباء بمنفعة الأبناء هو العون الذي يلقونه منهم حين يبلغون سن الشيخوخة أو يدركهم الوهن، فالأبناء حين يكبرون يكونون سنداً لآبائهم وخصوصاً حينما لا يوجد نظام للضمان الاجتماعي (التأمين) ضد الشيخوخة والعجز.

وفي نفس الإطار قدم (Caldwell,1978) مساهمته في أن العلاقة بين النمو الاقتصادي وانخفاض الخصوبة ناتجة عن عاملين رئيسيين هما: سوق العمل أصبح يتطلب الاستثمار الطويل في التعليم وكذلك انخفاض في القيمة الإنتاجية للأطفال بالنسبة للوالدين.

ثانياً: أهم المتغيرات الديموغرافية المؤثرة على الخصوبة

1.2 تعليم الزوجة:

مما لا شك فيه أن التحصيل العلمي أداة لقياس تقدم الأمم ورقيها، ويعتبر التحصيل العلمي لأفراد الأسرة من أهم المؤشرات لارتباطه بالكثير من الظواهر كالإنجاب واستخدام وسائل تنظيم

الأسرة وصحة ورعاية الأطفال، وانعكاسه على الكثير من المؤشرات الاقتصادية والصحية، ويمكن النظر إلى التعليم باعتباره عملية تستهدف تنمية البشر، أو زيادة قدراتهم ومهاراتهم في إطار عملية التنمية ويجب على القائمين بالتخطيط القومي العمل على توفير التعليم الأساسي والمهارات المناسبة للسكان في سن العمل وقد لقي موضوع تعليم الزوجة اهتماماً أكبر من العوامل الأخرى، نظراً لأهميته، فهو يعتبر من أقوى العوامل التي تتناسب تناسباً عكسياً مع الخصوبة، حيث أن الأم التي بلغت قسطاً وافراً من التعليم والمستقلة اقتصادياً، فإن أسلوبها في التنشئة الاجتماعية يختلف عن أسلوب الأم الأمية.

إن قدرة الدول النامية على تخفيض معدلات الإنجاب تعتمد إلى حد كبير على مقدرتها في التأثير على المستوى التعليمي، وهناك علاقة تبادلية بين التعليم والخصوبة بحيث يؤثر كل منهما ويتأثر بالآخر، كذلك هناك علاقة بين التعليم والعمل لأنه يوفر فرص أحسن للعمل، وتعتبر العلاقة بين التعليم وحجم الأسرة علاقة عكسية واضحة لأنه كلما ارتفع مستوى التعليم انخفض الإنجاب والعكس صحيح، ويستخدم غالباً المعرفة بالقراءة والكتابة وعدد سنوات الدراسة كمؤشر للمستوى التعليمي.

إن تأثير تعليم الزوجة على الخصوبة يعتمد أساساً على المستوى التعليمي للزوج ومهنته، بالإضافة إلى أن التعليم يحقق للمجتمع تغيرات ديموغرافية واقتصادية واجتماعية، كما أن ارتفاع مستوى التعليم يؤدي إلى ارتفاع السن عند الزواج، وتباعد الفترة الفاصلة بين المواليد وتقليل حجم الأسرة المرغوب، وارتفاع مستوى استخدام وسائل تنظيم الأسرة مما يؤدي إلى انخفاض الخصوبة (كيلي وآخرون،1983) ويمكن القول أن التعليم يؤثر على ما يمكن إنجابه من الأطفال، والاهتمام بنوعية الأطفال على حساب عددهم، وزيادة مجالات العمل المأجور للنساء، وإن النساء ذوات الخصوبة الزائدة يتصفن بمستوى تعليمي أقل من مستوى سائر النساء. كما أن النساء المحددات لخصوبتهن يتمتعن بمستوى تعليمي أعلى من ذوات الخصوبة المرتفعة. وجدير بالذكر أن التعليم لا يؤثر مباشرة على الخصوبة، ولكن تأثيراته إنما تظهر من خلال مجموعة من المتغيرات الوسيطة التي تتفاعل مع بعضها وتحدد في مجموعها مستوى الخصوبة (ليلى العقبي،1988).

شكلت دراسة العلاقة بين تعليم الزوجة والخصوبة محور اهتمام العديد من الدراسات والباحثين، حيث أظهرت العديد من الدراسات مدى أهمية تعليم الزوجة في التأثير على الخصوبة

(مقبول،1984 ؛ خريف،2001)،(Sadeghi,2000)،(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2003). وفي دراسة لمروان الخواجا وآخرون توقع الباحثين أن تبدأ الخصوبة بالانخفاض نتيجة لارتفاع مستوى التعليم،وكذلك الحال في دراسة خضر عودة (1998)، وأوضحت دراسات عدة أن هناك علاقة عكسية بين تعليم الزوجة والخصوبة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1996)، (عطايا، 2007؛ الحبيس، 1988 ؛ الفايز، 1996 ؛ فاعور، 1988)، (Jeffery,1986 ; Konadal,1987) . ولكن في دراسة أخرى توصل الباحث إلى عكس ما سبق بمعنى أنه وجد أن هناك علاقة طردية وقوية بين مستوى تعليم المرأة والخصوبة (أبو نعير، 1998).

وفي نتيجة غريبة اتضح في أحد الدراسات عدم وجود علاقة معنوية بين مستوى التعليم الثانوي فأكثر للزوجة مع مستوى الخصوبة في المجتمع القبرصي (Pavabu, 1988).

2.2 تعليم الزوج:

إن تأثير تعليم الزوج على الخصوبة أقل نسبياً من تأثير تعليم الزوجة، إذ أن إنجاب الأطفال يقع على عاتق الزوجة، مع العلم أن قرار الإنجاب في أغلب الأحوال يكون قرار الزوجين معاً.

ولتعليم الزوج أيضاً تأثير عكسي على الخصوبة، ويحدث ذلك التأثير من خلال عدة متغيرات وسيطة تماماً كما هو الحال في شأن تعليم الزوجة، ولكن دراسة تباينات الخصوبة حسب المستوى التعليمي للزوج لقيت اهتماماً أقل من تعليم الزوجة، حيث أن مستوى تعليم الزوجة أكثر ارتباطاً وتأثيراً في الخصوبة من تعليم الزوج بالرغم من أن تعليم الزوجة مرتبط بتعليم الزوج. أظهرت بعض نتائج الدراسات السابقة أن تعليم الزوج له أثر مهم في تحديد مستويات الخصوبة.

فرأت بعض الدراسات أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الزوج ومعدلات الخصوبة (الفايز، 1996 ؛ الحبيس، 1988).

ولكن بعض الدراسات وجدت أن تعليم الزوج له أثر في السلوك الإنجابي (خريف، 2001)، (Dreze & Mulkthi, 2001).

3.2 العمر عند الزواج:

شكلت العلاقة بين العمر عند الزواج والخصوبة المحور الرئيسي لعدد من الدراسات والأبحاث التي قام بها الباحثون الديموغرافيون في مختلف أنحاء دول العالم، حيث توصلت معظم الدراسات إلى أن العمر عند الزواج من أهم المتغيرات التي تؤثر على الخصوبة من خلال تأثيره على طول فترة الإنجاب (الخزاعي، 1993)، وتعزى أهمية العمر عند الزواج إلى أن القدرة البيولوجية للمرأة على الإنجاب تتوقف عند عمر معين حوالي (45-49 سنة)، ومعنى ذلك نظرياً أن المرأة التي تبدأ حياتها التناسلية في سن مبكرة يكون أمامها وقت طويل من المقدرة على الإنجاب، أما إذا ما تزوجت في سن متأخرة فإن الفترة التي تتعرض خلالها للاتصال والحمل تكون أقل.

ويعتبر العمر عند الزواج أحد العوامل التي تتحكم في نشوء الروابط الجنسية أو حلها خلال فترة القدرة على الإنجاب. ويرتبط العمر عند الزواج بعلاقة عكسية مع الخصوبة، فكلما ارتفع العمر عند الزواج كان هناك انخفاضاً في مستوى الخصوبة، والعكس صحيح (عيد، 2000 ؛ خليفة، 1986 ؛ الخوالدة،1991 ؛ نشيوات، 1991).

وأظهرت معظم نتائج الدراسات أن الفروقات في الخصوبة المكتملة بين النساء المتزوجات في سن مبكرة والمتزوجات في سن متأخرة تعزى فقط إلى طول فترة التعرض للحمل بالنسبة للمتزوجات في سن مبكرة، كما يتيح ارتفاع العمر عند الزواج الفرصة أمام المرأة للحصول على مستوى أفضل من التعليم، وزيادة فرصتها في سوق العمل، والتعرف على الوسائل والخدمات الصحية الحديثة المتعلقة بالسلوك الإنجابي.

4.2 مدة الزواج (مدة الحياة الزواجية):

مدة الزواج هي الفترة الزمنية التي استمرت حالة الزواج فيها قائمة بين أي زوجين، وهناك علاقة طردية بين مدة الزواج والخصوبة، فكلما ارتفعت مدة الزواج ارتفعت بالتالي الخصوبة. كذلك توجد علاقة عكسية بين مدة الزواج والسن عند الزواج حيث أن ارتفاع السن عند الزواج يؤدي إلى انخفاض مدة الزواج وبالتالي يؤدي إلى انخفاض الخصوبة.

وأوضحت العديد من الدراسات أن مدة الحياة الزواجية تحتل المرتبة الأولى من بين العوامل المؤثرة على الخصوبة وتوضح وجود علاقة طردية بين مدة الحياة الزواجية والخصوبة (عودة، 1998)، وبينت دراسة أخرى وجود علاقة طردية واضحة بين مستويات الخصوبة ومدة الحياة الزواجية (تماري وسكوت، 1991)، وفي دراسة للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني(2003) بعنوان "محددات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية" ، أظهرت الدراسة أن مدة الحياة الزواجية من المحددات لمستوى الخصوبة في الأراضي الفلسطينية وحسب دراسة أجراها (Ogawa,2003) يوضح أن التأخير في سن الزواج أي انخفاض مدة الحياة الزواجية يؤدي إلى انخفاض معدلات الخصوبة.

وفي نفس السياق أوضحت إحدى الدراسات أن العمر المبكر عند الزواج الأول يتيح قضاء فترة كبيرة من مرحلة الإنجاب في إطار الحياة الزواجية ونتيجة لذلك تكون الزوجة أكثر عرضة للحمل والإنجاب (نصير،1985) وأخيراً حسب دراسة أخرى يتضح أن هناك علاقة إيجابية بين مدة الحياة الزواجية ومستوى الخصوبة البشرية (الحبيس، 1988).

5.2 استخدام وسائل منع الحمل:

تعتبر عادة ممارسة منع الحمل وسط التجمعات السكانية هذه الأيام، أحد متغيرات الخصوبة الوسطى، المسئول بشكل رئيسي عن المدى أو التباين الواسع في مستويات الخصوبة ضمن الزواج. ففي البلدان النامية التقليدية تعتبر ممارسة منع الحمل نادرة أو حتى مفقودة وخصوبة الزواج تعتبر نسبياً عالية، ولكن في البلدان والأمم المتقدمة اقتصادياً حيث خصوبة الزواج هي الأقل، نجد أن ما يربو عن نصف النساء المتزوجات في سنوات الإنجاب يعتبرن مستخدمات لمنع الحمل (عيد، 2000).

وسائل منع الحمل هي أي وسيلة من الوسائل المعروفة من أجل وقف الحمل أو تأجيله لفترة زمنية معينة، أو من أجل المباعدة بين المواليد ويشمل ذلك الرضاعة الطبيعية إذا ما استخدمت من أجل المباعدة بين المواليد.

تصنف فلسطين بما فيها قطاع غزة – موضع الدراسة– بأنها دولة لا تتبنى سياسة تخطيط ودراسة الزيادة السكانية رسمياً، حيث تفتقر الأراضي الفلسطينية إلى سياسة سكانية مقرة ومطبقة على المستوى السياسي، إلا أنه تم مؤخراً تشكيل لجنة وطنية للسكان لإقرار سياسات سكانية واضحة في

الأراضي الفلسطينية، وعلى الرغم من ذلك نجد هناك سياسات قطاعية تخدم بطريقة غير مباشرة السياسة السكانية، ولكن ذلك يؤثر على تضافر الجهود والعمل المشترك لتحقيق سياسة واضحة تخدم في النهاية تخطيط وضبط النمو السكاني. في المقابل نجد الكثير من الدول النامية ومنها دول عربية تتبنى سياسات سكانية واضحة، تشكل مجالس للسكان لمتابعة تنفيذ تلك السياسة لخدمة غايات التنمية فنجد على سبيل المثال الأردن، مصر، تونس، اليمن تتبنى سياسات سكانية واضحة تهدف إلى ربط الزيادة السكانية بالتنمية، ويلاحظ مدى التطور والتنمية في تلك الدول التي تبنت سياسات سكانية وحققت معدلات نمو وتنمية منافسة على المستوى العالمي منها بعض الدول الآسيوية (ماليزيا، كوريا الجنوبية، وإندونيسيا). نرى من الضروري بمكان أن تستفيد فلسطين من تجارب الآخرين وتبدأ بالتخطيط لتحقيق التنمية من خلال ضبط الزيادة السكانية حيث الموارد المحدودة والخصوبة المرتفعة، والزواج المبكر وتحسن المستوى الصحي الذي ينتج عنه ارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة وقد أثبتت نتائج المسوح الصحية الديموغرافية مدى تأثير هذه العوامل على تأخير النهوض بالعملية التنموية.

على الرغم من عدم وجود سياسة سكانية في الأراضي الفلسطينية إلا أن هناك إقرار بحقوق الصحة الإنجابية حيث تتوفر خدمات الصحة الإنجابية من خلال برامج وزارة الصحة والتي تعنى بشؤونها إدارة متخصصة وهي الإدارة العامة لصحة المرأة والتي تعنى بتوفير خدمات الصحة الإنجابية والتي أحد أبرز مكوناتها تنظيم الأسرة، هذا بالإضافة إلى جهود وأنشطة المنظمات والجمعيات الأهلية وغير الحكومية وعلى سبيل المثال جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية.

إن المعرفة أحد أركان الاستخدام الرئيسية، فإن عامل عدم المعرفة يحد من الاستخدام ويضعفه، فالاستخدام الفعال لهذه الوسائل يعتبر من الأسباب الرئيسية لانخفاض مستويات الخصوبة، لأنه يؤدي إلى منع الحمل سواء بصفة مؤقتة أو دائمة.

وفي هذا السياق أشارت معظم الدراسات أن هناك علاقة عكسية بين استخدام وسائل منع الحمل والخصوبة (إدوارد جونغسترا، 1996 ؛ نشيوات، 1991 ؛ الخوالدة ،1991، الحبيس، 1988) (Jeffery,1986 ; Ogawa,2003).

و بينت العديد من الدراسات أن استخدام وسائل منع الحمل من أهم المحددات في تراجع معدلات الخصوبة في العديد من البلدان (Sibanda, 2003)،(السحيمات،1993؛ رضوان،2002). وأظهرت دراسات أخرى بأن الانخفاض الواضح في مستويات الخصوبة يرجع بشكل رئيسي إلى نجاح برامج تنظيم الأسرة (Bongaarts, 1987 ; Shivazi, 2001; Zaky, 2004).

ويشير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في دراسة بعنوان محددات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية إلى أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو أحد المحددات المباشرة التي تؤثر في الخصوبة.

6.2 الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي تلك العملية التي يتغذى فيها الطفل ذاتياً من ثدي أمه، وهي قدرة جسم المرأة على إفراز اللبن الذي يغذي الطفل حديث الولادة وحتى عامين، ويحتوي لبن الأم على فيتامينات، معادن وأنزيمات تساعد الطفل على عملية الهضم، وهذا بخلاف الطريقة الأخرى للرضاعة الصناعية، وتعتبر الرضاعة الطبيعية أحد وسائل منع الحمل، بمعنى أحد وسائل خفض الخصوبة.

يلاحظ أن فترة الرضاعة الطبيعية تؤدي إلى زيادة الفاصل الزمني بين كل إنجاب، وبالتالي تؤدي إلى خفض الخصوبة. ففي حالة عدم وجود الرضاعة الطبيعية يكون الفاصل الزمني حوالي 1.5 شهر، وهي تقاس منذ الإنجاب حتى عودة الطمث. وجدير بالذكر أن متوسط فترة الميلاد بدون رضاعة 20 شهر، ومتوسط فترة الميلاد بالرضاعة 18.5 شهر مضافاً إليه فترة الرضاعة (نصير، 1985). إذن فالرضاعة الطبيعية تؤثر في عدد الأطفال المولدين، حيث أنها تؤدي إلى عدم قدرة المرأة على التبويض بعد الولادة.

وفي هذا السياق أشارت بعض الدراسات إلى أن الرضاعة الطبيعية تعتبر من محددات الخصوبة الهامة (رضوان، 2002).

كذلك بينت دراسة أخرى أن اتجاه النساء لدى الرضاعة الطبيعية أثر على انخفاض الخصوبة في كوريا (Bongaarts,1987).

وتعتبر النسبة المئوية للأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية عالية وتصل إلى 97.5% في الأراضي الفلسطينية، دون وجود اختلافات قائمة على أساس المنطقة أو الجنس (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008).

على أية حال، نجد أن النسبة المئوية للذكور الذين يفطمون خلال الأشهر الثلاث الأولى عالية مقارنة بالإناث وتصل إلى 17.1% لدى الذكور و 14.7% لدى الإناث في قطاع غزة، إلا أنه لا يوجد علاقة واضحة بين الفطام خلال الأشهر الثلاث الأولى وعمر الأم أو التعليم (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004).

7.2 فترات المباعدة:

إن استخدام وسائل تنظيم الأسرة ينتج عنه المباعدة، وفترة المباعدة بين المواليد هي الفترة الزمنية الممتدة بين مولودين أحياء متتاليين، وقد بلغ متوسط فترة المباعدة بين المواليد للنساء في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات القليلة الماضية حوالي 34 شهر، وفي قطاع غزة بلغ متوسط فترة المباعدة بين المواليد حوالي 32.3 شهر (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004).

وفي هذا السياق أظهرت الدراسات السابقة أن هناك علاقة عكسية بين فترات المباعدة ومعدلات الخصوبة (Ogawa,2003).

وهناك دراسة أخرى هدفت إلى اختبار العلاقة بين المباعدة في فترات الحمل والخصوبة، والتعرف على العوامل التي تقف وراء إصرار الزوج على عدم المباعدة بين فترات الحمل، واختلاف هذه العوامل بين الشرائح السكانية (Reproductive Health Mathers, 2001).

8.2 الخصوبة المرغوبة:

وتعرف الخصوبة المرغوبة على أنها عدد المواليد الأحياء الذين ترغب المرأة في إنجابهم خلال حياتها الإنجابية، ويقاس هذا المتغير بعدد المواليد المرغوب إنجابهم خلال مدة الحياة الإنجابية.

وتشكل الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بين النساء المتزوجات والمعرضات للإنجاب عاملاً من العوامل المؤثرة على الخصوبة المستقبلية، وتؤثر على السلوك المستقبلي للزوجين من ناحية استخدام وسائل تنظيم الأسرة والقرارات المتعلقة بالإنجاب أو عدمه، وتتأثر تفضيلات الإنجاب بعمر المرأة وعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة من الذين سبق إنجابهم والمستوى التعليمي والعلاقة بقوة العمل وبعض الخصائص الخلفية الأخرى.

أظهرت بعض الدراسات ترابطاً بين الخصوبة المرغوب بها واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ولكن العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة المرغوبة مازالت ليست في الإطار المتوقع في بلد تمر في مرحلة تحول ديموغرافي (Zaky, 2004).

وأوضحت دراسة أخرى أن الانخفاض في معدلات عدد الأطفال المرغوب إنجابه ساهم في تراجع مستوى الخصوبة (Dreze & Mulkhthi, 2001).

وبينت إحدى الدراسات أن هناك علاقة ذات أثر سلبي بين (تعليم الزوجة ،التحضر، الدخل) والخصوبة المرغوبة (Konadal, 1987).

9.2 عدد الذكور المرغوب إنجابه:

ويتمثل عدد الذكور المرغوب إنجابه في عدد المواليد الأحياء من الذكور الذين ترغب المرأة في إنجابهم خلال فترة حياتها الإنجابية وتفضل المجتمعات الشرقية إنجاب الذكور عن الإناث وذلك لأسباب عدة منها على سبيل المثال أنه يتم الاعتماد عليهم في الكبر والمساعدة في العمل خاصة في الأعمال الزراعية والفهم الخاطئ لدى بعض المجتمعات وتدني الفكر التحضري وغير ذلك.

أظهرت دراسة خضر عودة، 1998 والتي أجريت في محافظة قلقيلية بفلسطين أن مجتمع الدراسة يميل إلى تفضيل إنجاب الذكور على الإناث.

وبينت نتائج بعض الدراسات وجود علاقة طردية بين مستوى الخصوبة والرغبة في إنجاب الذكور (أبو نعير، 1998).

وفي نفس السياق أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة عكسية بين جنس المولود والخصوبة (عيد، 2000 ؛ بني عطا، 1995).

أشارت نتائج المسوح الديموغرافية التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى تفضيل إنجاب الذكور على الإناث في قطاع غزة.

خلاصة:

لقد تبين أن العوامل الاقتصادية والديموغرافية تمثل مدخلاً هاماً في دراسة أهم العوامل المؤثرة على الخصوبة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال تأثيراتها المتداخلة، وقد بذل الباحثين المهتمين بالقضايا السكانية جهوداً مضنية خلال العقود الخمس الماضية لدراسة العوامل المؤثرة على الخصوبة.

وحيث كشف العديد من الدراسات السابقة والتي تم التطرق إليها سابقاً وجود علاقات عكسية أو طردية بين مستوى الخصوبة وبعض المتغيرات الخاصة بالوضع الاقتصادي والديموغرافي، مما يستدعي الأخذ بهذه المتغيرات كمتغيرات لها أثر سواء مباشر أو غير مباشر على مستوى الخصوبة، ومن بين أهم هذه العوامل التي تم أخذها بالحسبان لتكون مجالاً للدراسة التطبيقية: المستوى التعليمي، والدخل الشهري، والحالة العملية للزوجة، ومدة الحياة الزواجية، وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال والمنفعة المستمدة منهم وغير ذلك من المتغيرات التي تم عرضها سابقاً.

الفصل الرابع

منهج وتصميم الدراسة الميدانية

مقدمة:

تعد منهجية الدراسة وإجراءاتها محوراً رئيساً، يتم من خلاله إنجاز الجانب الميداني من الدراسة، وعن طريقها يتم الحصول على البيانات المطلوبة لإجراء التحليل الإحصائي، للتوصل إلى النتائج التي يتم تفسيرها في ضوء أدبيات الدراسة، وبالتالي تحقيق أهداف الدراسة.

استعرضنا في الفصول السابقة الإطار النظري لمفاهيم ومحددات واتجاهات ومستويات وأنماط وتباينات الخصوبة وكذلك سياسات الخصوبة في الفكر الديموغرافي، وأيضاً تم التطرق إلى بعض النظريات التي تناولت محددات الخصوبة، وتم عرض أهم الدراسات السابقة المتعلقة بمحددات الخصوبة، مع محاولة التركيز على المحددات الاقتصادية والديموغرافية التي هي صلب بحثنا هذا، وكذلك تحدثنا عن متغيرات الدراسة –والتي سنتوه إليها هنا– من خلال ما توصلت إليه الدراسات السابقة في المجتمعات المختلفة وخاصة المجتمعات العربية المشابهة لعادات وتقاليد ومكونات مجتمع قطاع غزة (موضع الدراسة)، ولا بد في هذا الفصل أيضاً من الحديث عن هدف الدراسة الميدانية ومجال هذه الدراسة الميدانية، وسنستعرض أيضاً عينة الدراسة والنطاق الزمني للدراسة وكذلك قياس متغيرات الدراسة وآلية جمع البيانات وكيفية التعامل مع هذه البيانات ومعالجتها، من خلال التعامل مع الاستمارة الإحصائية وصولاً إلى الأسلوب الإحصائي المستخدم في معالجة البيانات وتحليلها، وعلى أي حال فقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي بغية تحقيق أهداف البحث واختبار فرضياته للوصول إلى المعرفة الدقيقة التفصيلية لعناصر المشكلة للاقتراب من الظاهرة ودراستها بشكل دقيق على أرض الواقع، وسنستعرض ذلك في هذا الفصل على النحو التالي:

أولاً: أهداف الدراسة الميدانية.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة.

ثالثاً: نطاق الدراسة.

رابعاً: نبذة عن مجتمع الدراسة (قطاع غزة).

خامساً: بيانات الدراسة ومعالجتها.

سادساً: متغيرات الدراسة وخصائصها الديموغرافية والاقتصادية.

سابعاً: أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات.

أولاً: أهداف الدراسة الميدانية

قام الباحث بالدراسة الميدانية لتحقيق عدة أهداف:

1. الحصول على بعض البيانات والمعلومات عن ظاهرة الخصوبة والتعرف على أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة بصفتها إحدى الظواهر الحيوية الهامة في حياة أي مجتمع ولا سيما مجتمع قطاع غزة الفلسطيني الذي يشهد صراعاً ديموغرافياً مع الاحتلال الصهيوني.

2. استطلاع وجهات النظر وانطباعات السيدات المجيبات حول تلك الظاهرة، ملحق رقم (2) الاستمارة الإحصائية.

3. اختبار الفرضيات الإحصائية المصاغة سابقاً بهدف الوصول إلى النموذج الأفضل لمحددات الخصوبة البشرية.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة

1.2 مجتمع الدراسة:

اعتبر الباحث جميع الأسر في قطاع غزة مجتمعاً لهذه الدراسة، وقد كان اختيار قطاع غزة كمجتمع لهذه الدراسة يعود لعدة عوامل:

- أن قطاع غزة يتميز بمعدل خصوبة مرتفع مقارنة بالمعدلات للدول المجاورة فضلاً عن الوضع الاقتصادي الصعب الذي يعيشه هذا المجتمع بفعل الاحتلال والظروف الأمنية والسياسية السائدة.
- رغبة الباحث في أن تكون دراسته ميدانية لمعرفته الجيدة بمجتمع قطاع غزة، وكذلك لعدم وجود دراسات سابقة في هذا المجال عن مجتمع قطاع غزة، في محاولة للباحث بالوقوف على أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في هذا المجتمع.
- نظراً لكون الباحث أحد أبناء قطاع غزة المحاصر ورغبةً وحباً منه في تقديم شيء لمجتمعه وأرضه ووطنه الذي أحبه ارتأى أن يكون مجتمعه وبيئته هي موضع الدراسة.

2.2 عينة الدراسة:

استلزم تحديد عينة البحث القيام بتحديد مجتمع الدراسة أولاً، وقد تم تحديد مجتمع الدراسة وهو جميع السيدات المتزوجات أو التي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة) وقد أعقب تحديد مجتمع الدراسة اختيار العينة الخاصة للدراسة الميدانية.

وقد تم تصميم عينة عشوائية طبقية عنقودية متعددة المراحل في هذه الدراسة، إذ تم في المرحلة الأولى اختيار عينة عشوائية من التجمعات السكانية، ومن ثم قسمت التجمعات المختارة إلى مناطق جغرافية (خلايا) متساوية الحجم تقريباً، واختيرت عينة عشوائية من الخلايا لكل تجمع في العينة، ومن ثم أعدت قوائم بعدد الوحدات السكنية ضمن كل خلية مختارة وذلك بالاعتماد على الخرائط المتوفرة لدى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وتم في المرحلة الثالثة اختيار عينة عشوائية منتظمة من الوحدات السكنية ضمن كل خلية مختارة، وأخيراً تم اختيار وحدة سكنية واحدة عشوائياً ضمن كل مبنى مختار وتمت مقابلة جميع السيدات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة) في الوحدة السكنية المختارة، وأخيراً تم اختيار 900 مفردة من مجتمع الدراسة لكي تكون عينة البحث والدراسة.

ثالثاً: نطاق الدراسة

حدود الدراسة ومجالها:

المجال المكاني: اقتصرت الدراسة الحالية على الأسر المقيمة في قطاع غزة- فلسطين.

المجال البشري: تناولت الدراسة الحالية السيدات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة) في قطاع غزة- فلسطين.

المجال الموضوعي: يهتم هذا المجال بموضوع الخصوبة، حيث تركز على أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة.

المجال الزمني: تغطي الدراسة الحالية الفترة الممتدة من 2008/06/28 – 2008/09/01 حيث تم توزيع الاستمارات على عينة المجتمع الأصلي وتم جمعها خلال تلك الفترة.

رابعاً: نبذة عن مجتمع الدراسة (قطاع غزة)

يقع قطاع غزة جنوبي فلسطين المحتلة وهو ذاك الشريط الضيق من الأراضي الفلسطينية على الساحل الغربي للبحر الأبيض المتوسط، على بعد 40 ميل من جنوب غرب الضفة الغربية، يحده من الشمال والشرق فلسطين المحتلة علم 1948 ومن الغرب البحر الأبيض المتوسط ومن الجنوب جمهورية مصر العربية، ويبلغ طول قطاع غزة 40 كيلومتر تقريباً وعرضه نحو 10 كيلومترات وتشكل مساحته 365 كيلومتر مربع تقريباً، وكان القطاع قد حدد بشكله الحالي وفق خط الهدنة في أعقاب نكبة عام 1948، وإعلان قيام الكيان الصهيوني على أنقاض فلسطين التاريخية، وخضع القطاع لإدارة مصرية حتى سقط تحت الاحتلال الإسرائيلي خلال حرب يونيو 1967، وما زال القطاع وفقاً للقانون الدولي خاضعاً للاحتلال الإسرائيلي رغم قيام الاحتلال بتفكيك المستوطنات وسحب قواتها من هناك عام 2005، حيث مازال الاحتلال يسيطر على الحدود البرية للقطاع فضلاً عن مياهه الإقليمية ومجاله الجوي.

وتمتاز أراضي قطاع غزة في أنها سهلية يغلب عليها الكثبان الرملية خاصة المناطق المحاذية لشاطئ البحر.

واعتمد سكان القطاع الأوائل على الزراعة لوجود مساحات شاسعة من أشجار الحمضيات والعنب والزيتون وكذلك زراعة أنواع مختلفة من الخضروات.

يبلغ عدد سكان قطاع غزة حوالي 1.420.473 نسمة حسب تعداد عام 2007، منهم 720.705 ذكور و699.768 إناث، حيث تبلغ♦ نسبة الجنس في قطاع غزة 103، ويعتبر قطاع غزة من أكثر المناطق اكتظاظاً بالسكان في العالم حيث تبلغ الكثافة السكانية فيه 3881 فرد لكل كيلومتر مربع، ويبلغ عدد الأسر في قطاع غزة حوالي 219.222 أسرة حسب تعداد عام 2007، ومتوسط حجم الأسرة 6.5 (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2009).

♦ نسبة الجنس هو عبارة عن عدد الذكور لكل مائة من الإناث

ويظهر التوزيع العمري للسكان أن مجتمع قطاع غزة مجتمع فتي، حيث أن الهرم السكاني هرم ذو قاعدة عريضة ورأس مدبب مما يعني أنه لسنوات طويلة قادمة سوف يكون تحت تأثير الزيادة الطبيعية المرتفعة نسبياً، حيث يشكل السكان دون الخامسة عشرة 48.8% من إجمالي السكان ويشكل السكان الكبار السن 65 عاماً فأكثر ما نسبته 2.6% فقط من إجمالي السكان وذلك حسب إحصائيات نهاية عام 2006، ويبلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء في سن الزواج 18 سنة في قطاع غزة، وتبلغ معدلات الخصوبة الكلية في قطاع غزة 5.4 مولود لكل امرأة في قطاع غزة ، وجدول (4-1) يوضح معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية في قطاع غزة.

جدول (4-1): معدلات الخصوبة التفصيلية و العمرية (لكل ألف امرأة) والكلية

الفئة العمرية	معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية
19-15	67.4
24-20	255.1
29-25	277.9
34-30	235.8
39-35	165.5
44-40	70.3
49-45	10.2
معدل الخصوبة الكلي	5.4

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2007.

ومن المتوقع ألا تنخفض معدلات الخصوبة الكلية كثيراً خلال الأعوام القليلة القادمة، ويبلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين أحياء حوالي 5.0 مواليد في قطاع غزة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني،2007).

وكذلك يبلغ معدل المواليد الخام حسب إحصائيات عام 2006 حوالي 41.7% ومعدل الوفيات حسب نفس الإحصائيات حوالي 3.8% ومعدل الزيادة الطبيعية في نهاية عام 2006 حوالي 3.8%، ويبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في قطاع غزة حوالي 28.8 لكل ألف ولادة حية.

خامساً: بيانات الدراسة ومعالجتها

استخدم الباحث في جمع البيانات استمارة خاصة تم تصميمها من خلال القراءات والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الخصوبة ومحدداتها في البلدان العربية لتجانسها من حيث العادات والتقاليد، وكذلك استعان الباحث بالمصادر الثانوية والمتمثلة بالكتب والمراجع العلمية والدراسات السابقة والأبحاث المتوفرة والمسوح الديموغرافية المختلفة ما أمكن، إضافة إلى الإصدارات والنشرات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وذلك بهدف التعرف على أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية التي يعتقد أنها تؤثر على مستوى الخصوبة، حيث تم تعميم الاستمارة على السيدات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة).

وقد تكونت الاستمارة من مجموعة أسئلة وضعت بشكل مترابط ومتسلسل لخدمة أهداف الدراسة، وروعي أن تكون الاستمارة محدودة ومختصرة وتتكون من الأسئلة المغلقة في غالب الأحيان، بحيث تكونت من مجموعة من الأسئلة الشخصية التفصيلية عن مفردات العينة، مثل: عمر الزوجة الحالي، عمر الزوجة عند الزواج، المستوى التعليمي وعلاقتها بقوة العمل والدخل الشهري، وكذلك احتوت الاستمارة أيضاً على أسئلة خاصة متعلقة بالخصوبة، وحول الإنجاب خلال مدة الحياة الزواجية، وكذلك الإنجاب خلال السنة السابقة للدراسة الميدانية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بشكل عام، والأطفال الذكور بشكل خاص، وكذلك هنالك جزء من الأسئلة يتعلق بمدى ممارسة الرضاعة الطبيعية واستخدام وسائل منع الحمل وفترات المباعدة والمقدرة الاقتصادية على تحمل تكلفة إنجاب وتربية الأطفال والمنفعة المستقبلية التي تستمدها الأسرة من إنجاب الأطفال، وقد تم صياغة الأسئلة بشكل سهل وسلس يسهل فهمه لكافة الشرائح التعليمية.

ولقد قام الباحث بعرض الاستمارة الإحصائية على مجموعة من المتخصصين في مجال الإحصاء الديموغرافي والاقتصادي والتخطيط الإقليمي والبحث العلمي، لاختبار مدى ملاءمة الأسئلة ووضوحها ومناسبتها ومدى قياسها لمتغيرات الدراسة، وقد احتوت استمارة البحث على 25 سؤالاً لقياس متغيرات الدراسة، وبعد مناقشة ردود المختصين تبين أن هناك مجموعة أسئلة يجب دمجها معاً ومجموعة أخرى ينبغي حذفها لعدم ملاءمتها لموضوع البحث وعليه تم الاستقرار على الاستمارة الإحصائية محتوية 17 سؤال تقيس متغيرات الدراسة للبحث.

وحرصاً من الباحث على أهمية الحصول على أدق البيانات والمعلومات وتحاشي الخطأ نظراً لأن موضوع الدراسة متعلق بالسيدات وفي مجتمع تحكمه العادات والتقاليد ورغبة من الباحث في الحصول على إجابات صحيحة، فقد قام الباحث باستخدام مجموعة من خريجات قسم الإحصاء التطبيقي بجامعة الأزهر بغزة -التي يعمل بها الباحث منذ عشر سنوات- واللاتي شاركن في العمل الميداني للتعداد العام للسكان في قطاع غزة، وتم جمع البيانات من النساء المتزوجات حالياً أو النساء اللاتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة)، وذلك باستخدام المقابلة الشخصية، وقد قامت الباحثات بتوجيه الأسئلة مباشرة إلى السيدات وتسجيل الإجابات التي تحصل عليها على الاستمارة الإحصائية، وكان الباحث مع الباحثات عبر الإنترنت أو الهاتف نظراً لعدم مقدرته على متابعة العمل ميدانياً بسبب إغلاق المعابر والحدود وعدم تمكنه من السفر إلى قطاع غزة أثناء فترة الدراسة (فترة العمل الميداني)، وقد تم توزيع 900 استمارة لجمع البيانات من خلالها وتم التحصل على 861 استمارة معبأة بحيث بلغت نسبة الاستجابة إلى 95.6 %، وبعد ذلك تم تدقيق جميع الاستمارات التي جمعت من الميدان، للوقوف على مدى صحة الإجابات، وتصحيح الأخطاء إن وجدت من خلال مراجعة السيدات التي اكتشفت الأخطاء في استماراتهن ولم تكن هناك صعوبات تذكر في توزيع وجمع الاستمارات في جمع الدراسة، بل لوحظ التعاون الشديد والتفاعل من قبل السيدات في مجتمع الدراسة، وكان هناك بعض التساؤلات عن جدوى الدراسة وأهميتها وقامت الباحثات بتوضيح وتبيان هذه الأمور لمفردات الدراسة، وفي النهاية قام الباحث بترميز جميع الاستمارات وترقيمها وتفريغها في الحاسب الآلي من خلال استخدام البرنامج الإحصائي « SPSS » كما يظهر في الملحق رقم (3)، وبعد ذلك استخرجت قائمة من الجداول والمخرجات، وتم التعامل معها بما يتناسب مع طبيعة الدراسة والهدف المنشود منها لأجل تطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة على هذه البيانات.

سادساً: متغيرات الدراسة وخصائصها الديموغرافية والاقتصادية

تتبع الباحث المحددات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في مجتمع الدراسة، وذلك من خلال ما عرضته الدراسات السابقة المتاحة لمحددات الخصوبة، وهنا سنناقش أهم الخصائص الديموغرافية والاقتصادية التي ظهرت من خلال بيانات عينة الدراسة في قطاع غزة، وتعتبر هذه الخصائص مؤشرات هامة في تفسير خصوبة السيدات في قطاع غزة وقد تم تصنيفها كما يلي:

1.6 الخصائص الديموغرافية:

1.1.6 عمر الزوجة:

يعتبر عمر الزوجة من أبرز المحددات لتفسير مستويات الخصوبة، وتوضح بيانات جدول (4-2) توزيع السيدات المتزوجات حسب الفئات العمرية المختلفة، ويتضح أن السيدات في الفئة العمرية (25-29 سنة) مثلت ما نسبته 21.8% وهي أعلى النسب بين السيدات في عينة الدراسة، وشكلت السيدات في الفئة العمرية (30-34 سنة) ما نسبته 19.4%، ثم تلاها السيدات في الفئة العمرية (20-24 سنة) وشكلت ما نسبته 16.5%، وجاء بعد ذلك السيدات في الفئة العمرية (35-39 سنة) وشكلت ما نسبته 14.8%، ثم السيدات في الفئة العمرية (40-44 سنة) ومثلت ما نسبته 13.7% وفي الفئة قبل الأخيرة كانت السيدات في الأعمار(45-49 سنة) حيث حصلت على نسبة 11.6% وأخيراً كانت نسبة السيدات المتزوجات في العمر(15-19 سنة) من أقل النسب وشكلت ما مقداره 2.2%.

جدول (4-2): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
19-15	19	2.2
24-20	142	16.5
29-25	188	21.8
34-30	167	19.4
39-35	127	14.8
44-40	118	13.7
49-45	100	11.6
	861	100

2.1.6 عمر الزوجة عند الزواج:

يعد عمر الزوجة عند الزواج من العوامل المهمة في تحديد مستوى الخصوبة لكونه يمثل عامل رئيسي ومهم في تحديد مدة الحياة الزواجية والتي كلما زادت كلما ارتفع مستوى ومعدل الخصوبة،

ويوضح جدول (4-3) توزيع السيدات المتزوجات حسب أعمارهن عند الزواج، فيتضح أن النسبة الأكبر من السيدات قد تزوجن حينما كانت أعمارهن في الفئة العمرية الأولى (15-19سنة) وقد شكلن ما نسبته 48% بمعنى أن الزواج في سن مبكرة سمة بارزة لعينة الدراسة، ثم جاءت في المرتبة الثانية السيدات ممن تزوجن في الفئة العمرية (20-24سنة) وكانت نسبتهن 39.6%، ثم تلا ذلك السيدات اللاتي تزوجن في الفئة العمرية (25-29 سنة) وقد كانت نسبتهن 8.6%، أما الفئة العمرية (30-34 سنة) فقد كانت نسبة السيدات اللاتي تزوجن في هذه الفئة العمرية 2.6%، وجاء بعدها في المرتبة ما قبل الأخيرة السيدات اللاتي تزوجن في الفئة العمرية (35-39 سنة) ومثلن ما نسبته 0.9%، وأخيراً كانت نسبة السيدات اللاتي تزوجن في الفئة (40-44 سنة) فقط 0.3%، ويتضح أنه لم يكن ضمن مفردات العينة أي من السيدات اللاتي تزوجن في الفئة العمرية (44-49 سنة).

جدول (4-3): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العمر عند الزواج

الفئة العمرية	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
19-15	413	48
24-20	341	39.6
29-25	74	8.6
34-30	22	2.6
39-35	8	0.9
44-40	3	0.3
49-45	0	0
	861	100

3.1.6 مدة الحياة الزواجية:

يشير متغير مدة الحياة الزواجية إلى عدد السنوات التي استمرت فيها الحياة الزواجية، ومن المعروف أنه كلما زادت مدة الحياة الزواجية كلما ارتفع معدل الخصوبة وعدد الأطفال المنجبين.

ويوضح جدول (4-4) أن من مضى على زواجهن أقل من 5 سنوات من سيدات العينة قد بلغ 22.4% وهي تأتي في المرتبة الأولى، حيث أنه من الواضح أن النسبة الأكبر من السيدات في العينة قد تزوجن خلال السنوات القليلة الماضية، ويتضح من الجدول أن الفئات مرتبة، حيث يتضح أن

سيدات العينة اللاتي قد مضى على زواجهن (5-9) سنوات قد بلغن 20.9%، بينما يأتي في المرتبة الثالثة السيدات في العينة اللاتي قضين (10-14) سنة في الحياة الزواجية وشكلن ما نسبته 20.0%، ثم يأتي السيدات اللاتي قد مضى على حياتهن الزواجية (15-19سنة) وكانت نسبتهن 15.2%، وشكلت فئتي مدة الحياة الزواجية (20-24 سنة) و(25-29 سنة) ما نسبته 10.6% و8.7% على الترتيب وأخيراً كانت نسبة السيدات اللاتي قد مضى على زواجهن (30-34 سنة) هي 2.2% فقط، ويتضح من فئات مدة الحياة الزواجية أنها كانت متقاربة فيما بينها.

جدول (4-4): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب مدة الحياة الزواجية

فئات مدة الحياة الزواجية	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
4-0	193	22.4
9-5	180	20.9
14-10	172	20.0
19-15	131	15.2
24-20	91	10.6
29-25	75	8.7
34-30	19	2.2
	861	100

4.1.6 تعليم الزوجة:

يشير جدول (4-5) إلى مستويات تعليم الزوجات في عينة الدراسة، ويتضح أن غالبية مفردات العينة من السيدات قد أتممن الدراسة الثانوية وذلك بما نسبته 40.3 %، ويأتي في المرتبة الثانية بنسبة تعتبر كبيرة نوعاً ما السيدات الحاصلات على الدرجة الجامعية الأولى (البكالوريوس) وقد شكلن ما نسبته 28.3% وتتقارب نسبة السيدات الحاصلات على دبلوم متوسط وإعدادي فقد شكل ما نسبته 13.9%، 12.3% على التوالي، أما الحاصلات على مستوى تعليم ابتدائي فقد كانت نسبتهن 3.7% ويأتي في المرتبة الأخيرة السيدات في العينة اللاتي أتممن دراسات عليا وذلك بما نسبته 1.4% ولا بد من التنويه هنا أن نسبة الأمية معدومة لدى مفردات عينة الدراسة.

جدول (4-5): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

مستوى التعليم	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
ابتدائي	32	3.7
إعدادي	106	12.3
ثانوي	347	40.3
دبلوم	120	13.9
بكالوريوس	244	28.3
دراسات عليا	12	1.4
	861	100

5.1.6 تعليم الزوج:

يوضح جدول (4-6) أن غالبية أزواج السيدات في عينة الدراسة حاصلين على الدرجة الجامعية الأولى (البكالوريوس) وجاءوا في المرتبة الأولى بنسبة مقدارها 39.5%، بينما جاء بعدها في المرتبة الثانية بفارق واضح الأزواج الحاصلين على مؤهل ثانوي وشكلوا ما نسبته 25.6%، وشكل الأزواج الحاصلين على مؤهل علمي متوسط (دبلوم) وإعدادي ما نسبته 13.6% ، 8.9% على التوالي، وجاء في المرتبة قبل الأخيرة الأزواج الحاصلين فقط على مؤهل علمي بسيط (ابتدائي) وكانت نسبتهم 7.1% فقط، وقد شكل الأزواج الحاصلين على دراسات عليا بنسبة تعتبر جيدة نسبياً إذ شكلت ما نسبته 5.3%.

جدول (4-6): توزيع الأزواج في عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

مستوى التعليم	عدد الأزواج	نسبة الأزواج (%)
ابتدائي	61	7.1
إعدادي	77	8.9
ثانوي	220	25.6
دبلوم	117	13.6
بكالوريوس	340	39.5
دراسات عليا	46	5.3
	861	100

6.1.6 استخدام وسائل منع الحمل:

يظهر جدول (4-7) أن نسبة السيدات في عينة الدراسة اللاتي استخدمن وسائل منع الحمل في السابق هو 65.5% مقابل 34.5% لم يستخدمن هذه الوسائل في السابق.

جدول (4-7): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب استعمال وسائل منع الحمل

سبق استعمال وسائل منع الحمل	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
نعم	564	65.5
لا	297	34.5
	861	100

7.1.6 الرضاعة الطبيعية:

تعتبر الرضاعة الطبيعية عنصراً هاماً في تحديد والحد من مستوى الخصوبة، لكونها تعمل على المباعدة بين المواليد في كثير من الأحيان، وتتفاوت الفترات الزمنية التي تتم فيها الرضاعة الطبيعية، ويظهر من جدول (4-8) أن غالبية السيدات في عينة الدراسة يرضعن أبناءهن رضاعة طبيعية لمدة تزيد عن السنة، وشكلت تلك السيدات ما نسبته 51.7%، بينما احتلت المرتبة الثانية

السيدات اللاتي يرضعن أبناءهن رضاعة طبيعية مدة (6 شهور–سنة) وذلك بنسبة 31.4%، وجاءت في المرتبة الثالثة السيدات ممن يرضعن أبناءهن رضاعة طبيعية لمدة(شهر– أقل من 6 شهور) وكانت نسبتهن 9.6%، وأخيراً مثلت السيدات في عينة الدراسة اللاتي يرضعن أبناءهن رضاعة طبيعية لمدة (أقل من شهر) فقط 2.7%، ويتوجب هنا التنويه أن هناك ما نسبته 4.6% من السيدات في عينة الدراسة لم تجب على هذا السؤال كونهن لم ينجبن حتى تاريخ إجراء المقابلة.

جدول (4–8): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب مدة الرضاعة الطبيعية

مدة الرضاعة الطبيعية	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
أقل من شهر	23	2.7
شهر–أقل من 6 شهور	83	9.6
6 شهور– سنة	270	31.4
أكثر من سنة	445	51.7
لا إجابة	40	4.6
	861	100

8.1.6 فترات المباعدة:

من المعروف أن فترات المباعدة بين المواليد تحد من مستويات الخصوبة وتخفضها، وجدول (4–9) يبين أن 67.1% من السيدات في عينة الدراسة ترغبن في المباعدة بين المواليد بينما 31.6% لا ترغبن في المباعدة بين المواليد وهناك 1.3% لم يجبن عن هذا السؤال.

جدول (4–9): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في المباعدة

الرغبة في المباعدة بين المواليد	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
نعم	578	67.1
لا	272	31.6
لا إجابة	11	1.3
	861	100

9.1.6 الخصوبة المرغوبة:

لدى طرح الباحث بمدي الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بغض النظر عن جنسهم ذكور أم إناث، أفاد 55.3% من السيدات في عينة الدراسة بالإيجاب، بينما أفادت 44.7% من سيدات العينة بالرفض وجدول (4-10) يوضح ذلك.

جدول (4-10): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
نعم	476	55.3
لا	385	44.7
	861	100

10.1.6 الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور:

يوضح جدول (4-11) رغبة السيدات في عينة الدراسة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور، ويتضح أن 55.2% من مفردات العينة يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور، وفي المقابل هناك 44.8% لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.

جدول (4-11): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور

الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
نعم	475	55.2
لا	386	44.8
	861	100

11.1.6 عدد المواليد أحياء (المتغير التابع):

لقد تم في هذه الدراسة اعتماد متغير تابع واحد هو الخصوبة البشرية وهو عبارة عن عدد المواليد أحياء الذين أنجبتهم السيدة حتى تاريخ المقابلة، وتم قياس هذا المتغير بعدد المواليد أحياء لكل سيدة، ويعرف المولود الحي بأنه أي مولود ولد حياً وصرخ أو بكى عند الولادة أو ظهرت عليه أي علامة من علامات الحياة عند الولادة حتى وإن توفي بعدها مباشرة.

ويظهر جدول (4-12) أن معظم مفردات عينة الدراسة قد أنجبت إما (1-3) أفراد أو (4-6) أفراد أحياء وذلك بنسبة مقدارها 36.4% و37.3% على الترتيب، ثم يأتي في المرتبة الثالثة السيدات اللاتي أنجبن (7-9) أفراد أحياء وشكلن ما نسبته 14.8% وفي المرتبة الرابعة السيدات التي لم تنجب أطفال وكانت نسبتهن 6.9% وأخيراً اللاتي أنجبن 10 أفراد أحياء فأكثر كانت نسبتهن 4.8%، مع العلم أن كل ذلك لعدد الأطفال المنجبين فعلياً سواء بقوا على قيد الحياة أم لا.

جدول (4-12): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد المواليد أحياء

عدد الأطفال	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
صفر	59	6.9
3-1	313	36.4
6-4	321	37.3
9-7	127	14.8
10 فأكثر	41	4.8
	861	100

12.1.6 عدد الأطفال المتوفين:

يوضح جدول (4-13) أن الأغلبية العظمى من عينة الدراسة لم تفقد أي مولود وذلك بما نسبته 86.2%، ويأتي في المرتبة الثانية السيدات اللاتي فقدن (1-2) مولود وكانت نسبتهن 11.3%، أما

اللاتي فقدن من (3-4) مواليد فكانت نسبتهن 1.7%، وأخيراً السيدات اللاتي فقدن 5 مواليد فأكثر شكلت نسبتهن 0.8%.

جدول (4-13): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الأطفال المتوفين

عدد الأطفال المتوفين	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
صفر	742	86.2
2-1	97	11.3
4-3	15	1.7
5 فأكثر	7	0.8
	861	100

13.1.6 عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة:

يظهر من جدول (4-14) أن عدد السيدات اللاتي لديهن (1-3) و(4-6) أطفال على قيد الحياة يمثلن النسبة الأكبر 37.4% و38.2% على التوالي، ثم السيدات اللاتي لديهن (7-9) أطفال على قيد الحياة بنسبة قدرها 14.6% أما السيدات اللاتي ليس لديهن أطفال على قيد الحياة فقد شكلن 7.4% من عينة الدراسة، وأخيراً بنسبة 2.3% السيدات اللاتي لديهن 10 أطفال فأكثر على قيد الحياة.

جدول (4-14): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة

عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
صفر	64	7.4
3-1	322	37.4
6-4	329	38.2
9-7	126	14.6
10 فأكثر	20	2.3
	861	100

2.6 الخصائص الاقتصادية:

1.2.6 الدخل الشهري للأسرة:

يظهر جدول (4-15) أن هناك تقارباً كبيراً بين فئات الدخل الشهري لعينة الدراسة، ولكن يتضح أن المستوى الاقتصادي للعينة متدني حيث جاء في المرتبة الأولى من حيث المستوى الاقتصادي أقل فئة للدخل (أقل من 1000 شيكل) وشكلت ما نسبته 21.4%، وجاء في المرتبة الثانية المفردات التي تزيد دخولها الشهرية عن 3000 شيكل وذلك بنسبة 17.8%، ومن ثم 17.1% ممن دخولهم (1500- أقل من 2000 شيكل) وتلا ذلك مفردات العينة التي دخولها (2500- أقل من 3000 شيكل) وذلك بنسبة 16.7%، وأخيراً مفردات العينة التي دخولها (1000-أقل من 1500 شيكل) و(2000- أقل من 2500 شيكل) شكلت ما نسبته 13.6%، 13.5% على التوالي.

جدول (4-15): توزيع عينة الدراسة حسب الدخل الشهري

فئات الدخل بالشيكل	العدد	النسبة %
أقل من 1000	184	21.4
1000- أقل من 1500	117	13.6
1500-أقل من 2000	147	17.1
2000- أقل من 2500	116	13.5
2500- أقل من 3000	144	16.7
3000 فأكثر	153	17.8
	861	100

** الشيكل = 17 دينار جزائري

2.2.6 عمل الزوجة:

يتبين من جدول (4-16) أن الغالبية العظمى من السيدات في عينة الدراسة تقع خارج نطاق القوى العاملة، بمعنى أن غالبية السيدات في العينة من ربات البيوت، فهناك 72.2% من السيدات في عينة الدراسة لا تعمل مقابل 27.8% فقط تعمل أي داخل نطاق القوى العاملة.

جدول (4-16): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب العلاقة بقوة العمل

مشاركة السيدات في العمل	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
تعمل	239	27.8
لا تعمل	622	72.2
	861	100

3.2.6 عمل الزوج:

يظهر من جدول (4-17) أن السمة البارزة للأزواج في عينة الدراسة هي العمالة وشكلت نسبة الأزواج العاملين ضمن العينة 81.6% مقابل 18.4% خارج قوة العمل.

جدول (4-17): توزيع الأزواج في عينة الدراسة حسب العلاقة بقوة العمل

مشاركة الأزواج في العمل	العدد	النسبة %
يعمل	703	81.6
لا يعمل	158	18.4
	861	100

4.2.6 تكلفة الأطفال:

يتضح من جدول (4-18) أن غالبية مفردات عينة الدراسة تستطيع تحمل تكلفة إنجاب وتربية الأطفال -حسب رأيهم- حيث شكلت تلك المجموعة ما نسبته 75.8% وفي المقابل هناك 24.2% من عينة الدراسة لا تستطيع تحمل تكلفة إنجاب وتربية الأطفال.

جدول (4-18): توزيع عينة الدراسة حسب المقدرة على تحمل تكلفة إنجاب وتربية الأطفال

المقدرة على تحمل تكلفة إنجاب و تربية الأطفال	العدد	النسبة %
نعم	653	75.8
لا	208	24.2
	861	100

5.2.6 المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال:

يبدو أن الأسر والعائلات في مجتمع الدراسة -قطاع غزة- تعول كثيراً على الاستفادة والمنفعة المستقبلية العائدة عليهم من إنجاب الأطفال، حيث يظهر جدول (4-19) أن هناك 87.3% من عينة الدراسة ترى أن هناك منفعة مستقبلية مستمدة من إنجاب الأطفال، في مقابل 12.7% يرون عكس ذلك.

جدول (4-19): توزيع عينة الدراسة حسب المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال

هناك منفعة مستقبلية مستمدة من الأطفال	العدد	النسبة %
نعم	752	87.3
لا	109	12.7
	861	100

سابعاً: أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، قام الباحث بترميز وإدخال البيانات إلى الحاسب الآلي باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for Social Sciences) والتي يرمز لها اختصاراً بـــ « SPSS »، وسعياً لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة على تساؤلاتها والخروج بنتائج صحيحة، قام الباحث باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية الموجودة في برنامج الـــــ « SPSS »، وفيما يلي المقاييس الإحصائية المستخدمة:

1- التكرارات والنسب المئوية، للتعرف على البيانات الأولية لمفردات الدراسة، ولتحديد أراء أفرادها تجاه أسئلة الاستمارة (أداة الدراسة).
2- الجداول التكرارية المزدوجة (Cross tab).
3- المتوسطات الحسابية (Mean).
4- الانحرافات المعيارية (Standard Deviation).
5- تحليل التباين (ANOVA).
6- الانحدار المتعدد (Multiple Regression)

حيث لاختبار مدى صحة الفروض في الدراسة تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد (Multiple Regression)، حيث يساعد هذا الأسلوب على تحديد مقدار التباين في المتغير التابع والذي يرجع إلى المتغيرات المستقلة موضع الدراسة، أيضاً يقدم هذا الأسلوب وسيلة لتحديد درجة تأثير وإسهام كل متغير مستقل في تحديد قيمة المتغير التابع، ولحساب قيمة معادلة الانحدار التدريجي فقد استخدمت طريقة التقدير التدريجي المتعدد (Stepwise Multiple Regression).

خلاصة:

هدفت الدراسة الميدانية إلى الحصول على بعض البيانات والمعلومات عن ظاهرة الخصوبة، والتعرف على أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في قطاع غزة بصفتها إحدى الظواهر الحيوية الهامة في حياة أي مجتمع ولاسيما مجتمع قطاع غزة، والذي يشهد صراعاً ديموغرافياً مع الكيان الصهيوني، حيث تم التعرف على آراء وواقع السيدات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج من خلال الإجابة على الاستمارة الإحصائية التي أعددت لأغراض الدراسة، وكذلك هدفت الدراسة الميدانية إلى استخدام هذه البيانات التي تم جمعها في اختبار الفرضيات الإحصائية التي تم صياغتها سابقاً بهدف الوصول إلى أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة.

وقد تم في هذا الفصل توزيع الاستمارة الإحصائية على عينة الدراسة، وبعد ذلك تم جمع تلك الاستمارات وتدقيقها للوقوف على مدى صحة تلك الاستمارات وتم ترميز تلك الاستمارات و ترقيمها وتفريغها ومعالجتها بواسطة الحاسب الآلي لتلائم أسلوب التحليل الإحصائي لاختبار مدى صحة فرضيات الدراسة، وتم أيضاً تحديد أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على الخصوبة المراد دراستها من خلال أدبيات الدراسات السابقة ذات الصلة، وأخيراً تم تحديد مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة تلك البيانات، والتعرف على أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية التي تم تحديدها لغرض الدراسة.

الفصل الخامس

تحليل البيانات ونتائج الدراسة

مقدمة:

تعتبر مرحلة تحليل البيانات تتويجاً للدراسة الميدانية، وذلك للوصول إلى أهم النتائج في الدراسة من خلال اختبار فروض الدراسة الميدانية باستخدام بعض الأساليب الإحصائية الملائمة لبيانات وفروض الدراسة، وذلك حتى يتم الوصول إلى أهم النتائج والتوصيات لهذه الدراسة.

ولقد تم التعرض في الفصول السابقة للإطار النظري للبحث من خلال أدبيات الدراسة والبحث، حيث تم في الفصل الرابع مناقشة آلية جمع البيانات وتفريغها ومعالجتها إحصائياً لكي تتناسب مع استخدام الأساليب الإحصائية في برنامج التحليل الإحصائي **SPSS** ، ولقد استخدم الباحث في تحليل البيانات الأساليب الإحصائية التالية:

1- التوزيعات التكرارية والنسب المئوية.
2- الجداول التكرارية المزدوجة (Cross tab).
3- مقاييس الوصف الحسابي.
4- تحليل التباين (ANOVA).
5- تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regression).

وسنتعرض في هذا الفصل لنقطتين على النحو التالي:

أولاً: مرحلة اختبار بعض المقاييس.

ثانياً: مرحلة اختبار فروض الدراسة.

أولاً: مرحلة اختبار بعض المقاييس

ويتم في هذه المرحلة قياس بعض مستويات الخصوبة في عينة الدراسة، والتعرض لبعض علاقات المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية بالمتغير التابع (عدد المواليد أحياء).

1.1 مستويات الخصوبة في عينة الدراسة:

في هذا الجزء سوف يتم عرض معدلات الخصوبة الكلية والتفصيلية حسب العمر لعينة الدراسة، وكذلك عرضاً لعدد المواليد أحياء كونه المتغير التابع لهذه الدراسة.

1.1.1 معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر:

تم التعرض في السابق لا سيما الفصل الرابع جدول (4-1) لمعدلات الخصوبة التفصيلية العمرية لمجتمع قطاع غزة حسب الإحصاءات المتاحة الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وهنا لا بد من إيضاح معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية لعينة الدراسة، ويوضح جدول (5-1) التالي هذه المعدلات لسيدات العينة من خلال الدراسة الميدانية التي قام الباحث بها، ويتضح من بيانات الجدول أن السيدات في الفئة العمرية (25-29 سنة) تشكل أعلى النسب من مجموع السيدات المتزوجات في عينة الدراسة من حيث معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية حيث بلغت 0.2857، ويليها معدل الخصوبة التفصيلي العمري للفئة العمرية (20-24 سنة) حيث بلغت 0.2676، ويأتي في المرتبة الثالثة معدل الخصوبة التفصيلي العمري للفئة (30-34 سنة) وشكل 0.2341، وشكلت الفئة العمرية (45-49 سنة) أقل معدل خصوبة تفصيلي عمري، حيث بلغ 0.0103 فقط.

جدول (5-1): معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية لسيدات عينة الدراسة

فئات العمر	معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية
19-15	0.0737
24-20	0.2676
29-25	0.2857
34-30	0.2341
39-35	0.1683
44-40	0.0708
49-45	0.0103
المجموع	1.119

الجدول من حساب الباحث

2.1.1 معدل الخصوبة الكلية:

معدل الخصوبة الكلي هو مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية، ويمثل متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم السيدة خلال فترة حياتها الإنجابية (15-49 سنة) إذا ما تعرضت للمعدلات التفصيلية السائدة في أي مجتمع، ومن خلال بيانات الجدول السابق (5-1) نستطيع احتساب معدل الخصوبة الكلي وذلك بضرب مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية في 5 (طول الفئة) كما يلي:

معدل الخصوبة الكلي = مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية × 5

= 1.119 × 5 = 5.6 طفل لكل سيدة

ويتضح من خلال البيانات السابقة أن معدل الخصوبة الكلي لعينة الدراسة قد بلغ 5.6 طفل لكل سيدة في حين بلغ هذا المعدل لمجتمع قطاع غزة 5.4 طفل لكل سيدة وذلك حسب المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، ونلاحظ عدم وجود فرق كبير بين معدلي الخصوبة في عينة الدراسة والمجتمع بشكل عام.

3.1.1 عدد المواليد أحياء:

لقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة متغيراً تابعاً واحداً وهو عدد المواليد أحياء، وجدول (5-2) التالي يوضح التوزيع النسبي لعدد المواليد أحياء بالنسبة لسيدات العينة، ويلاحظ من الجدول أن أعلى النسب للسيدات اللاتي أنجبن ما بين 3-5 أطفال وكانت نسبتهن 42%، في مقابل أن أدنى النسب للسيدات اللاتي أنجبن 12 طفل فأكثر شكلت نسبتهم 1.5% فقط .

جدول (5-2): توزيع السيدات في عينة الدراسة حسب عدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء	عدد السيدات	نسبة السيدات (%)
أقل من 3	253	29.4
5-3	362	42.0
8-6	183	21.3
11-9	50	5.8
12 فأكثر	13	1.5
المجموع	861	100

2.1 علاقة المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية بالمتغير التابع:

سنستعرض في هذا الجزء من الدراسة علاقة المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية بالمتغير التابع عدد المواليد أحياء وذلك عن طريق إيضاح الفروقات النسبية والمتوسطات حسب فئات المتغيرات المستقلة وذلك بربطه بالمتغير التابع.

1.2.1 عمر الزوجة الحالي وعدد المواليد أحياء:

تشير نتائج جدول (5-3) إلى علاقة عمر الزوجة الحالي وعدد المواليد أحياء، ومن الواضح من خلال الجدول أنه كلما ارتفع عمر الزوجة الحالي كلما ارتفع عدد المواليد أحياء لسيدات العينة، حيث كانت نسبة السيدات في الفئة العمرية (45-49 سنة) واللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر 69% في حين كانت 4% لسيدات نفس الفئة العمرية اللاتي أنجبن مولودين فأقل، أما السيدات في الفئة العمرية (15-19 سنة) وأنجبن مولودين فأقل فبلغت نسبتهن 100% مقابل صفر لباقي الفئات، ويلاحظ أن متوسطات عدد المواليد أحياء تزداد بتقدم عمر الزوجة، حيث بلغ متوسط عدد المواليد أحياء لسيدات العينة في الفئة العمرية الأولى (15-19 سنة) 0.42 مولود حي، مقابل 7.18 مولود حي لسيدات

العينة في الفئة العمرية (45-49 سنة)، وذلك يدل على وجود علاقة طردية واضحة بين عمر الزوجة الحالي وعدد المواليد أحياء.

جدول (5-3) : التوزيع النسبي لعينة الدراسة حسب عمر الزوجة الحالي وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / عمر الزوجة الحالي	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
19-15	100	0	0	0.42
24-20	78.9	20.4	0.7	1.70
29-25	38.3	58.0	3.7	2.96
34-30	17.4	63.5	19.2	4.04
39-35	4.7	47.2	48.0	5.75
44-40	9.3	26.3	64.4	6.16
49-45	4	27.0	69	7.18

2.2.1 عمر الزوجة عند الزواج وعدد المواليد أحياء:

يتبين من جدول (5-4) أن هناك علاقة عكسية إلى حد ما بين عمر الزوجة عند الزواج وعدد المواليد أحياء (الخصوبة)، فقد بلغت نسبة السيدات في الفئة العمرية الأولى (15-19 سنة)، واللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر (37.5%) مقابل (22%) للسيدات اللاتي أنجبن مولودين فأقل لنفس الفئة العمرية، بينما نجد أن نسبة السيدات في الفئة العمرية (30-34 سنة)، واللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر هي (9.1%) فقط مقابل (54.5%) للسيدات في نفس الفئة العمرية واللاتي أنجبن مولودين فأقل، وتطابقاً مع معظم الدراسات السابقة فيتضح أن متوسط عدد المواليد أحياء يقل كلما ارتفع عمر الزوجة عند الزواج، حيث بلغ 4.87 مولود للسيدات في الفئة العمرية الأولى ثم انخفض إلى 3.73 و3.62 و2.45 للفئات الثانية والثالثة والرابعة على الترتيب ولكنه ما لبث أن ارتفع ليصل 4.13 و6.00 مواليد أحياء للفئتين الأخيرتين، وهذا يدل على أن النساء اللواتي تزوجن في سن متأخرة أيضاً لديهن مستوى خصوبة مرتفع ويعود ذلك لأسباب عدة منها العادات والتقاليد التي تحث على الإنجاب بعد الزواج

مباشرة، واستغلال سنوات المقدرة الإنجابية القليلة الباقية والعمل على استقرار الحياة الزوجية من خلال إنجاب الأطفال.

جدول (5-4): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب العمر عند الزواج وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / العمر عند الزواج	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
19-15	22	40.4	37.5	4.87
24-20	35.2	44.9	19.9	3.73
29-25	36.5	40.5	23.0	3.62
34-30	54.5	36.4	9.1	2.45
39-35	37.5	25.0	37.5	4.13
44-40	0	66.7	33.3	6.00

3.2.1 مدة الحياة الزواجية وعدد المواليد أحياء:

يتضح من البيانات في جدول (5-5) أن هناك علاقة طردية واضحة بين مدة الحياة الزواجية وعدد المواليد أحياء، حيث بلغت نسبة السيدات اللاتي مضى على زواجهن 4 سنوات فأقل وأنجبن مولودين فأقل هي (88.1%) في مقابل (0.5%) لسيدات نفس مدة الحياة الزواجية وأنجبن 6 مواليد فأكثر، وكذلك نسبة السيدات اللاتي مضى على زواجهن (30-34) سنة وأنجبن مولودين فأقل هي 0 % في مقابل (94.7%) لسيدات نفس الفئة اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر، أضف إلى ذلك أن متوسط عدد المواليد أحياء يزداد بزيادة مدة الحياة الزواجية وذلك بشكل واضح جداً، مما يعني وجود علاقة طردية بين مدة الحياة الزواجية وعدد المواليد أحياء، وكل ذلك يتفق مع الدراسات السابقة بأن مدة الحياة الزواجية من المؤشرات الهامة لمحددات الخصوبة، أي من المتغيرات الهامة في تحديد مستويات الخصوبة.

جدول (5-5) : التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مدة الحياة الزواجية وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / مدة الحياة الزواجية	2-0	5-3	6 فاكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
4-0	88.1	11.4	0.5	1.39
9-5	30.6	67.2	2.2	3.01
14-10	10.5	67.4	22.1	4.37
19-15	3.8	48.1	48.1	5.88
24-20	4.4	26.4	69.2	6.48
29-25	1.3	20.0	78.7	7.51
34-30	0	5.3	94.7	9.00

4.2.1 استخدام وسائل منع الحمل وعدد المواليد أحياء:

يظهر من جدول (5-6) أنه بزيادة عدد المواليد أحياء تزيد نسبة السيدات في العينة اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل، فيتضح أن هناك (50.17%) من سيدات العينة اللاتي أنجبن 3-5 مواليد أحياء يستخدمن وسائل منع الحمل ، و(35.3%) أيضاً من سيدات العينة اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر يستخدمن وسائل منع الحمل، وفقط (14%) من سيدات العينة يستخدمن وسائل منع الحمل وقد أنجبن أقل من مولودين أحياء، في المقابل (58.6%) من سيدات العينة أنجبن أقل من مولودين أحياء لا يستخدمن وسائل منع الحمل، وهناك (25.6%) من السيدات ممن أنجبن (3-5) مواليد أحياء لا يستخدمن وسائل منع الحمل، وأخيراً هناك (15.8%) من سيدات العينة لا يستخدمن وسائل منع الحمل وقد أنجبن 6 مواليد فأكثر، ونلاحظ أيضاً أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع للسيدات بارتفاع متوسط عدد المواليد أحياء، وهذا يتفق مع الكثير من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث.

جدول (5-6): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب استخدام وسائل منع الحمل وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / استخدام وسائل منع الحمل	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
نعم	14	50.7	35.3	4.96
لا	58.6	25.6	15.8	2.90

5.2.1 الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال وعدد المواليد أحياء:

تظهر بيانات جدول (5-7) أنه بزيادة عدد المواليد أحياء تقل الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، فيظهر أن هناك (47.3%) من سيدات العينة اللاتي أنجبن مولودين فأقل يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، في حين هناك (43.1%) من تلك السيدات في عينة الدراسة ممن أنجبن (3-5) مواليد أحياء يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، ولكن يلاحظ أن هذه النسبة تنخفض بشكل ملحوظ للسيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر ويرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال حيث شكلت نسبتهن فقط (9.7%) وهذا يدلل على وجود علاقة عكسية بين عدد المواليد أحياء والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، من ناحية أخرى يتضح من الجدول أدناه أن (51.9%) من سيدات العينة اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال مقابل (7.3%) فقط ممن أنجبن مولودين فأقل ولا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال وهذه نسبة تعتبر متدنية، ولعل هذه النتائج منطقية إذا ما تم النظر إليها من وجهة نظر الإشباع النفسي المتوافق مع عادات وتقاليد مجتمع قطاع غزة، ونلاحظ هنا أن الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال تقل بارتفاع متوسط عدد المواليد أحياء. مما سبق يتضح أن هذه النتائج متوافقة مع بعض الدراسات السابقة ذات الصلة.

جدول (5-7): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
نعم	47.3	43.1	9.7	2.79
لا	7.3	40.8	51.9	6.04

6.2.1 الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور وعدد المواليد أحياء:

تتشابه العلاقة إلى حد كبير بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور وعدد المواليد أحياء بتلك العلاقة الخاصة بالرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، ويظهر من جدول (5-8) أن السيدات اللاتي أنجبن مولودين فأقل ويرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور قد بلغت نسبتهن (46.1%) مقابل (43.2%) للاتي أنجبن (3-5) مواليد أحياء، في حين بلغت نسبة السيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر ويرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور(10.7%)، كما أن السيدات اللاتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور ترتفع نسبتهن بارتفاع عدد المواليد الأحياء الذين تم إنجابهم، فكانت نسبة السيدات اللاتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الذكور ولديهن 6 مواليد فأكثر (50.5%) و(40.7%) للاتي لديهن (3-5) مواليد أحياء، في مقابل (8.8%) للاتي أنجبن مولودين فأقل، كذلك يتضح أن متوسط عدد المواليد أحياء للسيدات اللاتي يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور هو (2.89) مولود مقابل (5.92) مولود للاتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور، ويتضح مما سبق أن هناك درجة إشباع واقتناع واضحة للسيدات اللاتي أنجبن عدد مرتفع من المواليد أحياء على عكس اللاتي أنجبن عدد محدود من المواليد أحياء.

جدول (5-8): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / الرغبة في إنجاب الذكور	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
نعم	46.1	43.2	10.7	2.89
لا	8.8	40.7	50.5	5.92

7.2.1 مدة الرضاعة الطبيعية وعدد المواليد أحياء:

يتضح من جدول (5-9) وجود علاقة بين مدة الرضاعة الطبيعية والخصوبة (عدد المواليد أحياء)، فقد بلغت نسبة السيدات اللاتي أرضعن أبناءهن أكثر من سنة وأنجبن 6 مواليد فأكثر (36.9%) مقابل (21.9%) و(21.7%) و(21.7%) لمن أرضعن أبناءهن (6 شهور- أقل من سنة)، (شهر- أقل من 6 شهور)، (أقل من شهر) على التوالي، وأيضاً (56.5%) من سيدات العينة أنجبن (3-5) مواليد أحياء وأرضعن أبناءهن (أقل من شهر) في مقابل (51.8%) لمن أرضعن أبناءهن (شهر- أقل من 6 شهور)، و(50.4%) لمن أرضعن أبناءهن (6 شهور – أقل من سنة)، وعلى الرغم من أن مدة الرضاعة الطبيعية تعتبر من أحد أهم المحددات الرئيسية لمستويات الخصوبة، حيث كلما زادت مدة الرضاعة الطبيعية المنتظمة كلما انخفضت مستويات الخصوبة، لكن ثمة شيء آخر هنا مختلف عن ما جاءت به بعض الدراسات السابقة، حيث يتضح من النتائج أنها تخالف بعض الدراسات السابقة، فيظهر أنه كلما زادت مدة الرضاعة الطبيعية زاد متوسط عدد المواليد أحياء في هذه العينة موضع البحث، وأخيراً ننوه هنا أن ما نسبته (100%) من سيدات العينة ممن لم يجبن عن هذا السؤال قد أنجبن مولودين فأقل والأرجح أنهن لم ينجبن حتى لحظة إعداد الدراسة الميدانية مما أدى إلى عدم الإجابة عن السؤال لعدم مرورهن بمرحلة الرضاعة وتجربتها.

جدول (5-9): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مدة الرضاعة الطبيعية وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / مدة الرضاعة الطبيعية	0-2	3-5	6 فأكثر	عدد المواليد أحياء
أقل من شهر	21.7	56.5	21.7	4.00
شهر- أقل من 6 شهور	26.5	51.8	21.7	4.04
6 شهور- أقل من سنة	27.8	50.4	21.9	4.07
أكثر من سنة	29.9	38.2	36.9	4.78
لا إجابة	100	0	0	0.08

8.2.1 حالات الوفاة بين الأطفال وعدد المواليد أحياء:

من جدول (5-10) يتضح طبيعة العلاقة الطردية بين عدد حالات الوفاة بين الأطفال وعدد المواليد أحياء للسيدات في عينة الدراسة، حيث بلغت نسبة السيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر وكان لديهن حالة أو حالتين وفاة (73.2%) و(73.3%) للسيدات اللاتي توفي لهن (3-4) أطفال، مقابل (100%) للسيدات اللاتي توفي لهن 5 أطفال فأكثر وأنجبن 6 مواليد فأكثر، بينما تنخفض هذه النسب للسيدات في العينة اللاتي لم يتوفى لهن أي طفل وأنجبن 6 مواليد فأكثر فكانت (21.2%) فقط، ويظهر هنا الفرق الواضح في متوسط عدد المواليد أحياء حسب عدد حالات الوفاة، وتتضح طردية العلاقة بين عدد حالات الوفاة بين الأطفال ومتوسط عدد المواليد أحياء، حيث أنه عندما كان عدد حالات الوفاة صفر كان متوسط عدد المواليد أحياء (3.74) ثم ارتفع إلى (6.88) لمن كانت لديهن (1-2) حالات وفاة، ثم ارتفع إلى (8.13) للسيدات اللاتي لديهن (3-4) حالات وفاة وأخيراً ارتفع متوسط عدد المواليد أحياء إلى (13.0) للسيدات اللاتي لديهن 5 حالات وفاة فأكثر للأطفال.

فيظهر أن هناك (5.2%) فقط من السيدات أنجبن أقل من مولودين وكان لهن (1-2) حالات وفاة بين الأطفال، ويؤكد كل ذلك النتيجة القائلة بأنه كلما ارتفع عدد حالات الوفاة بين الأطفال كلما زاد

عدد المواليد أحياء، حيث تلجأ السيدات في تلك الحالة إلى الإنجاب الإضافي لتعويض المواليد الذين فقدتهم بالوفاة.

جدول (5-10): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب حالات الوفاة بين الأطفال وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / عدد حالات الوفاة	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
0	33.4	45.4	21.2	3.74
1-2	5.2	21.6	73.2	6.88
3-4	0	26.7	73.3	8.13
5 فأكثر	0	0	100	13.0

9.2.1 مستوى تعليم الزوجة وعدد المواليد أحياء:

من بيانات جدول (5-11) يتضح أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الزوجة وعدد المواليد أحياء، حيث يظهر من النتائج أن نسبة السيدات اللاتي مؤهلهن العلمي ابتدائي وأنجبن 6 مواليد فأكثر هي أعلى النسب حيث بلغت (71.9%) وتنخفض هذه النسبة بارتفاع مستوى تعليم الزوجة حيث بلغت نسبة اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر (52.8%) و(32.6%) و(20.0%) و(12.3%) للسيدات اللاتي يحملن مؤهلاً علمياً إعدادي، ثانوي، دبلوم، بكالوريوس على التوالي، وأخيراً كانت نسبة السيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر ويحملن مؤهلاً علمياً عالياً (دراسات عليا) هي (0%)، مقابل (25%) لمن أنجبن مولودين فأقل و(75%) لمن أنجبن (3-5) مواليد أحياء، ويتبين من بيانات الجدول أيضاً أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الزوجة وعدد المواليد أحياء وهذا يتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي توصلت لنفس النتيجة.

و قد بلغ متوسط عدد المواليد أحياء (6.59) لمن يحملن مؤهلاً علمياً ابتدائياً مقابل (3.16) لمن يحملن شهادة البكالوريوس وكذلك بلغ متوسط عدد المواليد أحياء (3.00) للسيدات اللاتي يحملن مؤهلاً علمياً عالياً (دراسات عليا).

جدول (5-11): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مستوى تعليم الزوجة وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / مستوى تعليم الزوجة	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
ابتدائي	12.5	15.6	71.9	6.59
إعدادي	14.2	33.0	52.8	5.94
ثانوي	23.3	44.1	32.6	4.57
دبلوم	42.5	37.5	20.0	3.53
بكالوريوس	40.6	47.1	12.3	3.16
دراسات عليا	25.0	75.0	0	3.00

10.2.1 مستوى تعليم الزوج وعدد المواليد أحياء:

تظهر بيانات جدول (5-12) أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الزوج وعدد المواليد أحياء للزوجة، فقد أظهرت النتائج أن سيدات العينة اللاتي يحمل أزواجهن مؤهل علمي ابتدائي وأنجبن 6 مواليد فأكثر بلغت نسبتهن (50.8%) في مقابل (21.8%) لمن يحمل أزواجهن الدرجة الجامعية الأولى (بكالوريوس) وأنجبن 6 مواليد فأكثر، وكذلك بلغت نسبة السيدات اللاتي يحمل أزواجهن مؤهلاً علمياً عالياً (دراسات عليا) وأنجبن مولودين فأقل هي نسبة عالية إذ بلغت (45.7%) مقابل (26.2%) و (18.2%) لمن يحمل أزواجهن مؤهلاً علمياً ابتدائي وإعدادي على الترتيب، ويظهر كذلك أن هناك علاقة عكسية بين مستوى تعليم الزوج وعدد المواليد أحياء وهذا يتفق مع بعض الدراسات السابقة ذات الصلة.

جدول (5-12): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب مستوى تعليم الزوج وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / مستوى تعليم الزوج	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
ابتدائي	26.2	23.0	50.8	5.18
إعدادي	18.2	28.6	53.2	6.12
ثانوي	29.5	43.6	26.8	4.26
دبلوم	31.6	42.7	25.6	4.01
بكالوريوس	29.4	48.8	21.8	3.82
دراسات عليا	45.7	30.4	23.9	3.52

11.2.1 عمل الزوجة وعدد المواليد أحياء:

يتضح من بيانات جدول (5-13) أن ثمة علاقة بين عمل الزوجة وعدد المواليد أحياء ويظهر أن نسبة سيدات العينة التي تعمل وأنجبن 6 مواليد فأكثر بلغت (18.4%) في مقابل (32.5%) للسيدات التي لا تعمل، ولكن يظهر أنه لا يوجد فرق كبير في عدد المواليد يعزي للحالة العملية للسيدات، حيث يتضح أن السيدات التي تعمل وأنجبن أقل من مولودين بلغن (31.8%) في مقابل (28.5%) للسيدات التي لا تعمل، ومن بيانات جدول (5-13) يتضح أن السيدات العاملات لديهن معدل خصوبة أقل من السيدات الغير عاملات، رغم أن هذا المعدل ما زال مرتفعاً نسبياً، حيث بلغت نسبة السيدات العاملات وأنجبن (3-5) مواليد أحياء (49.8%)، وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة.

وكذلك بلغ متوسط عدد المواليد أحياء للسيدات العاملات (3.62) في مقابل (4.49) مولود للسيدات غير العاملات.

جدول (5-13): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الحالة العملية وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / الحالة العملية	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
تعمل	31.8	49.8	18.4	3.62
لا تعمل	28.5	39.1	32.5	4.49

12.2.1 عمل الزوج وعدد المواليد أحياء:

يظهر من بيانات جدول (5-14) أن السيدات اللاتي لا يعمل أزواجهن يتمتعن بمعدل خصوبة أعلى، حيث بلغت نسبة السيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر ولا يعمل أزواجهن (43%) في مقابل (25.3%) للسيدات اللاتي يعمل أزواجهن وأنجبن 6 مواليد فأكثر، أي أن هناك ثمة علاقة عكسية بين الحالة العملية للأزواج وعدد المواليد أحياء لزوجاتهن، ويتضح ذلك أيضاً من خلال متوسط عدد المواليد أحياء حيث أن متوسط عدد المواليد أحياء للسيدات اللاتي يعمل أزواجهن بلغ (4.09) مولود مقابل (4.95) مولود للسيدات اللاتي لا يعمل أزواجهن، مما يوحي أن هناك مشكلة اقتصادية لدى هذا المجتمع، حيث أنه بارتفاع مستوى البطالة ترتفع مستويات ومعدلات الخصوبة مما يمثل مشكلة بحاجة إلى دراسة وحل.

جدول (5-14): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الحالة العملية للأزواج وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / الحالة العملية للزوج	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
يعمل	30.6	44.1	25.3	4.09
لا يعمل	24.1	32.9	43.0	4.95

13.2.1 الدخل الشهري وعدد المواليد أحياء:

يظهر من جدول (5-15) عدم وجود فروق كبيرة بين مستوى الدخل الشهري وعدد المواليد أحياء، أي أن العلاقة ضعيفة بين هذين المتغيرين حيث أن نسبة السيدات اللاتي أنجبن 6 مواليد فأكثر متقاربة بشكل كبير بغض النظر عن مستوى الدخل الشهري، بل إن أعلى نسبة كانت لمن يقل دخلهم الشهري عن 1000 شيكل إذ شكلت ما مقداره (42.9%) ، بل كانت أقل نسبة لمن كان دخولهم 3000 شيكل فأكثر، كما يظهر من بيانات الجدول ضعف العلاقة بين مستوى الدخل الشهري ومتوسط عدد المواليد أحياء، مما يعني أن عملية الإنجاب ومستويات الخصوبة تتحرك بمعزل نوعاً ما عن مستوى الدخل الشهري، بل وكان أعلى مستوى لمتوسط عدد المواليد أحياء لأقل فئة دخل شهري إذ كان(5.11) مولود وأقلها كان (3.82) مولود، أي أنه يتضح عدم وجود علاقة واضحة بين مستويات الدخل الشهري وعدد المواليد أحياء، أي لا علاقة للوضع الاقتصادي بمستويات ومعدلات الخصوبة، وهذا ما يتفق مع بعض الدراسات السابقة ويخالف البعض الآخر كل حسب طبيعة المجتمع.

جدول (5-15): التوزيع النسبي لسيدات العينة حسب الدخل الشهري وعدد المواليد أحياء

عدد المواليد أحياء / الدخل الشهري	0-2	3-5	6 فأكثر	متوسط عدد المواليد أحياء
أقل من 1000 شيكل	24.5	32.6	42.9	5.11
1000-أقل من 1500شيكل	35.9	39.3	24.8	4.03
1500-أقل من 2000 شيكل	36.1	41.5	22.4	3.82
2000- أقل من 2500 شيكل	33.6	38.8	27.6	3.97
2500- أقل من 3000 شيكل	27.8	45.1	27.1	4.13
3000 شيكل فأكثر	22.2	55.6	22.2	4.09

ثانياً: مرحلة اختبار فروض الدراسة

لما كان من المتعذر من الناحية التطبيقية تفسير مستويات الخصوبة البشرية الفعلية في مجتمع الدراسة في قطاع غزة بالأخذ في الاعتبار كافة المتغيرات المحددة لتلك الخصوبة، فإنه من الطبيعي اللجوء إلى اختيار عدد من المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية حسب مدى إمكانية توفير البيانات الإحصائية عن هذه المتغيرات، ومدى مسايرة المتغيرات المختارة للنماذج الإحصائية المستخدمة .

ونرى أنه من المناسب استخدام تحليل الانحدار لدراسة واختبار العلاقة بين المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية المختارة والخصوبة البشرية المقاسة بعدد المواليد أحياء، في صورة رياضية تفسر هذه العلاقة للوصول إلى نتائج دقيقة، حيث أن تطبيق تحليل الانحدار يهدف إلى تحديد المتغيرات المؤثرة فعلاً في الخصوبة، والتي لها معنوية إحصائياً. كذلك يهدف إلى استنتاج أو إيجاد المتغير التابع (عدد المواليد أحياء) من المتغيرات المستقلة (الاقتصادية والديموغرافية) (عاشور وآخرون، 2005).

ويمكن وضع القياس الإحصائي للعلاقة بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة في الصورة التالية للانحدار المتعدد (جودة، 2008):

$$Y = B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + \ldots\ldots + B_i X_i + e$$

حيث أن:

Y: قيمة المتغير التابع.

X_i: المتغير المستقل

B: ثابت الانحدار وهو ما يطلق عليه الجزء المقطوع من محور Y الذي يمثل قيمة المتغير التابع عندما تكون قيم المتغيرات المستقلة X تساوي صفر.

e: متغير عشوائي بوسط حسابي صفر وتباين σ^2 (البواقي أو الخطأ)، ويضاف هذا المتغير للدالة أو العلاقة لكن يعبر عن ثبات العوامل الأخرى التي لم تظهر صراحة في هذه العلاقة.

B_i.....B_j: معاملات الانحدار الجزئية وهي تدل على مقدار التغير في المتغير التابع Y نتيجة التغير في المتغير المستقل X بمقدار وحدة واحدة.

وقد تم استخدام الحاسب الآلي في تحليل بيانات نموذج الانحدار المتعدد Multiple Regression وتبين من نتائجه وجود ما يسمى بالازدواج الخطي Multicollinearity، بمعنى وجود ارتباط وعلاقات خطية قوية بين المتغيرات المستقلة المفسرة لمستويات الخصوبة وبعضها البعض (علاقات طردية وعكسية بين المتغيرات). وقد أثرت مشكلة الازدواج الخطي هذه علي صحة النتائج (فقد ظهرت أغلب معاملات الانحدار غير معنوية). وتعتبر هذه المشكلة أخطر مشكلة يعاني منها الانحدار المتعدد. فنتيجة لوجود ارتباط قوى بين المتغيرات، فإن إضافة أو حذف متغير مستقل من النموذج يؤثر ويغير من قيم معاملات الانحدار (عكاشة، 2002).

ولذلك يتطلب الأمر استخدام نموذج إحصائي آخر لإجراء عملية التحليل الإحصائي، وهناك عدة نماذج للانحدار يمكن تطبيقها بالاستناد على نفس البيانات بهدف الوصول إلى مجموعة المتغيرات المستقلة التي تؤثر في مستوى الخصوبة البشرية، ولعل النموذج المناسب لموضوع الدراسة هو نموذج الانحدار التدريجي Stepwise Rgression، حيث أدخل عليه الكثير من التعديلات والتحسينات التي تراعيها النماذج الأخرى، وذلك لتوفير العدالة في المعالجة الإحصائية للاختبار بين المتغيرات المفسرة للخصوبة.

وهذا النموذج (الأسلوب) يأخذ في الاعتبار الارتباطات بين المتغيرات المستقلة ويختار أفضل معادلة انحدار تعبر عن العلاقة بين الخصوبة كمتغير تابع مقاس بعدد المواليد أحياء، والمتغيرات الاقتصادية والديموغرافية كمتغيرات مستقلة. ويمكن القول باختصار أن هذه الطريقة (الانحدار التدريجي Stepwise Rgression) تحسب معاملات الانحدار البسيط لكل متغير مستقل على التوالي، وفي كل خطوة تحذف أو تضيف متغير مستقل حسب انخفاض أو ارتفاع معامل الارتباط أو قيمة اختبار F.

وهنا يمكن تناول بنود جدول تحليل الانحدار المتعدد على النحو التالي:

أ- **معامل الارتباط المتعدد R:** وهو يعكس علاقة الارتباط البسيط بين المتغير أو المتغيرات المستقلة في النموذج والمتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء).

ب- **معامل التحديد R^2:** وهو عبارة عن مربع معامل الارتباط البسيط. وهو يمثل نسبة التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) والتي تم تفسيرها بواسطة المتغير أو المتغيرات المستقلة في النموذج.

ج- **الخطأ المعياري:** وهو عبارة عن الجذر التربيعي لمجموع مربع الأخطاء مقسوماً على درجات الحرية أي: $\sqrt{\frac{\text{مجموع مربعات الأخطاء}}{\text{درجات الحرية}}}$

ويستخدم هذا المؤشر في عمل تنبؤات باستخدام الفئات بدلاً من التنبؤ برقم محدد وذلك فيما يتعلق بالمتغير التابع وباستخدام معادلة الانحدار المترتبة على نتائج التحليل.

د- **معامل اختبار F:** وهو معامل إحصائي يستخدم لتحديد درجة الدلالة الإحصائية للمعامل R^2 أو للتغير في هذا المعامل وذلك عند مستوى معنوية محدد.

هـ - **مجموع المربعات Sum of Square:** ويعني التباين الكلي الذي يوجد في المتغير التابع موضع الدراسة.

و- **الانحدار Regression:** وهو ذلك الجزء من التباين الذي تم تفسيره بواسطة المتغير المستقل في معادلة الانحدار.

ز- **الأخطاء Error:** وهو ذلك الجزء من التباين الذي لم يتم تفسيره بواسطة المتغير المستقل في معادلة الانحدار.

ح- **متوسط المربعات:** وهو عبارة عن قيمة مجموع المربعات (التباين) مقسوماً على درجة الحرية الملائمة.

1.2 نتائج اختبار الفرض الأول:

يتناول الفرض الأول من فروض الدراسة معرفة وتحديد مدى مساهمة بعض المتغيرات الاقتصادية المستقلة في تحديد التباين الذي يوجد في المتغير التابع الخصوبة البشرية مقاساً بعدد المواليد أحياء، ويمكن التعبير عن هذا الفرض الأول بالشكل التالي:

يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على:

1- الحالة العملية للزوجة 2- الحالة العملية للزوج 3- الدخل الشهري للأسرة

4- تكلفة إنجاب وتربية الأطفال 5- المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال.

ومن خلال صياغة هذا الفرض يتضح أن هناك خمس متغيرات اقتصادية مستقلة يمكن أن تؤثر على قيمة المتغير التابع.

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض فقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد Multiple Regression، حيث يساعد هذا الأسلوب على تحديد مقدار التباين المفسر في المتغير التابع والذي يرجع إلى تلك المتغيرات الاقتصادية المستقلة موضع الدراسة، كذلك يقدم هذا الأسلوب وسيلة لتحديد درجة تأثير وإسهام كل متغير مستقل في تحديد قيمة المتغير التابع، وقد تم اختيار أسلوب الانحدار التدريجي Stepwise Regression، لتحديد قيم معاملات الانحدار حيث تتوافر هذه الطريقة في برنامج التحليل الإحصائي SPSS والمستخدم في تحليل البيانات، والذي تم التنويه له سابقاً كما يظهر في الملحق رقم (4).

جدول (5-16): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,349	0,122	0,122	2,655	119,016	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	838,912	1	838,912	119,016	0,000
الأخطاء	6054,888	859	7,049		

ويتضح من جدول (5-16) أن أول المتغيرات الاقتصادية المستقلة التي تساهم في تفسير جزء من مجموع التباين الكلي في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) هو تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، وتشير النتائج إلى أن إسهام هذا المتغير في تفسير التباين يصل إلى حوالي 12,2% وأن هذا القدر يعتبر إسهاماً ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000.

جدول (5-17): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,361	0,130	0,008	2,644	8,347	0,004
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	897,250	2	448,625	64,19	0,000
الأخطاء	5996,550	858	6,989		

ويشير جدول (5-17) إلى نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل الثاني المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين الذي تم تفسيره بواسطة هذا المتغير من التباين الكلي في المتغير التابع حوالي 0,8% أما مجموع التباين المفسر لكل من المتغيرين: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، والمنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال فقد بلغ حوالي 13%، كذلك يوضح هذا الجدول نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة المتغير المستقل: المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال، هي نسبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة قدره 0,004.

جدول (5-18): نتائج تحليل الانحدار المتعدد:

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الحالة العملية للزوجة

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,369	0,136	0,006	2,636	5,888	0,015
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	938,172	3	312,724	45,000	0,000
الأخطاء	5955,629	857	6,949		

ويعبر جدول (5-18) عن نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل الثالث: الحالة العملية للزوجة إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين التي يفسرها هذا المتغير من جملة التباين في المتغير التابع حوالي 0,6%، أما مجموع التباين المفسر بواسطة الثلاث متغيرات المستقلة: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، والمنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال، والحالة العملية للزوجة، فقد بلغ حوالي 13,6%، كذلك يوضح الجدول أن نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة المتغير المستقل: الحالة العملية للزوجة، هو مقدار ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,015 .

جدول (5-19): نتائج تحليل الانحدار المتعدد:

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الدخل الشهري للأسرة

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,379	0,144	0,008	2,626	7,715	0,006
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	991,372	4	247,843	35,943	0,000
الأخطاء	5902,428	856	6,895		

ويشير جدول (5-19) إلى نتائج تحليل الانحدار عند إدخال المتغير المستقل: الدخل الشهري للأسرة لنموذج الانحدار، وقد أضاف هذا المتغير نسبة من التباين المفسر من جملة تباين المتغير التابع قدرها 0,8%، وتعد هذه الزيادة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,006.

وعليه فقد أصبح نموذج الانحدار النهائي يحتوي على أربع متغيرات اقتصادية مستقلة وهي: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، والمنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال، والحالة العملية للزوجة، والدخل الشهري للأسرة.

وبذلك أصبحت جملة التباين المفسر بواسطة هذه المتغيرات الاقتصادية المستقلة الأربعة نسبة قدرها 14,4% من جملة التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء).

جدول (5-20): قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	قيمة t	مستوى المعنوية Sig
القيمة الثابتة B	6,296	0,298	21,104	0,000
تكلفة إنجاب وتربية الأطفال	-2,327	0,241	-9,670	0,000
المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال	-0,752	0,280	-2,687	0,007
الحالة العملية للزوجة	-0,706	0,217	-3,258	0,001
الدخل الشهري للأسرة	0,165	0,059	2,778	0,006

ويوضح جدول (5-20) النتائج النهائية لتحليل الانحدار المتعدد والذي يظهر المتغيرات المستقلة التي دخلت نموذج الانحدار المتعدد النهائي، وكذلك قيم معاملات الانحدار الخاصة بكل متغير من هذه المتغيرات، ودرجة الخطأ المعياري حول هذه القيم، وقيمة اختبار t التي تستخدم في حساب الدلالة الإحصائية لكل معامل من معاملات الانحدار ومستوى معنوية كل متغير من هذه المتغيرات المستقلة.

وحيث أن قيمة اختبار F الخاصة بنموذج الانحدار النهائي مقدارها 35,943 وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000، فإن ذلك يشير إلى أن المتغيرات المستقلة الأربعة الداخلة في النموذج هي متغيرات ترتبط بالمتغير التابع، وأن هذا الارتباط هو ارتباط ذو دلالة إحصائية.

وبناءاً على ذلك يمكن قبول فرض البحث الأول جزئياً وليس كلياً والمتمثل في:

يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على:

1- الحالة العملية للزوجة 2- الحالة العملية للزوج 3- الدخل الشهري للأسرة

4- تكلفة إنجاب وتربية الأطفال 5- المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال.

وذلك لثبوت معنوية أربع متغيرات مستقلة في نموذج الانحدار وعدم ثبوت معنوية المتغير: الحالة العملية للزوج مما يعني خروج هذا المتغير من نموذج الانحدار المتعدد النهائي.

2.2 نتائج اختبار الفرض الثاني:

يدور الفرض الثاني من فروض الدراسة حول تحديد مقدار إسهام بعض المتغيرات الديموغرافية المستقلة في تحديد التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)، ويمكن صياغة هذا الفرض الثاني على الصورة التالية:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على:

1- المؤهل العلمي للزوجة 2- المؤهل العملي للزوج 3- مدة الحياة الزواجية

4- عمر الزوجة عند الزواج 5- استخدام وسائل منع الحمل 6- الرضاعة الطبيعية

7- فترات المباعدة 8- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

9- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.

ومن خلال صياغة هذا الفرض يظهر أن هناك تسع متغيرات ديموغرافية مستقلة يمكن أن تؤثر على قيمة المتغير التابع.

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض فقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد Multiple Regression، حيث يساعد هذا الأسلوب في تحديد مقدار التباين المفسر في المتغير التابع والذي يعود إلى تلك المتغيرات الديموغرافية المستقلة موضع الدراسة، كذلك يقدم هذا الأسلوب وسيلة لتحديد درجة تأثير وإسهام كل متغير مستقل في تحديد قيمة المتغير التابع، وقد تم اختيار أسلوب الانحدار التدريجي Stepwise Regression، لتحديد قيم معاملات الانحدار حيث تتوافر هذه الطريقة في برنامج التحليل الإحصائي SPSS والذي تم استخدامه في تحليل البيانات، وقد تم التطرق لذلك سابقاً، ويظهر ذلك في الملحق رقم (4).

جدول (5-21) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: مدة الحياة الزواجية

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,744	0,553	0,553	1,894	1062,251	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	3811,551	1	3811,551	1062,251	0,000
الأخطاء	3082,250	859	3,588		

ويتضح من جدول (5-21) أن متغير الحياة الزواجية هو أول متغير ديموغرافي مستقل يساهم في تفسير جزء من مجموع التباين الكلي في المتغير التابع، وتشير النتائج إلى أن هذا المتغير يسهم بشكل واضح في تفسير التباين حيث تصل نسبة إسهامه إلى حوالي 55,3% وأن هذا القدر من الإسهام يعتبر ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000.

جدول (5-22) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,759	0,576	0,023	1,845	47,184	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	3972,216	2	1986,108	583,273	0,000
الأخطاء	2921,584	858	3,405		

ويظهر جدول (5-22) نتائج تحليل الانحدار المتعدد بعد إدخال المتغير المستقل: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال إلى نموذج الانحدار، ويتبين أن نسبة التباين الذي يفسره هذا المتغير من التباين الكلي في المتغير التابع حوالي 2,3%، أما مجموع التباين المفسر للمتغيرين: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال فقد بلغ حوالي 57,6%، ويتضح من هذا الجدول أن متغير الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال قد أضاف من نسبة التباين المفسر مقداراً ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000.

جدول (5-23): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: استخدام وسائل منع الحمل

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,764	0,584	0,008	1,828	16,901	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4028,719	3	1342,906	401,689	0,000
الأخطاء	2865,082	857	3,343		

ويشير جدول (5-23) إلى نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: استخدام وسائل منع الحمل إلى نموذج الانحدار، ويتضح أن نسبة التباين المفسر من قبل هذا المتغير قد بلغت حوالي 0,8%، أما المجموع الكلي للتباين المفسر للثلاث متغيرات المستقلة مجتمعة وهي: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، فقد بلغت قيمة التباين المفسر لها حوالي 58,4%، ويظهر الجدول أن نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة المتغير المستقل: استخدام وسائل منع الحمل هو مقدار ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000.

جدول (5-24) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوجة

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,769	0,591	0,007	1,815	13,887	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4074,457	4	1018,614	309,268	0,000
الأخطاء	2819,343	856	3,294		

ويعبر جدول (5-24) عن نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: المؤهل العلمي للزوجة إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين التي يفسرها هذا المتغير من جملة التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) حوالي 0,7%، أما مجموع التباين الذي تم تفسيره بواسطة الأربع متغيرات الديموغرافية المستقلة: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، والمؤهل العلمي للزوجة، فقد بلغ حوالي 59,1%، ويوضح الجدول أيضاً أن نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة متغير المؤهل العلمي للزوجة، هو مقدار ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,000.

جدول (5-25) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوج

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,770	0,593	0,002	1,811	4,977	0,026
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4090,772	5	818,154	249,559	0,000
الأخطاء	2803,028	855	3,278		

ويشير جدول (5-25) إلى نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: المؤهل العلمي للزوج إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين الذي تم تفسيره بواسطة هذا المتغير من التباين الكلي في المتغير التابع حوالي 0,2%، في حين كان مجموع التباين المفسر لكل المتغيرات الخمسة الداخلة في النموذج: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، والمؤهل العلمي للزوجة، والمؤهل العلمي للزوج، فقد بلغ حوالي 59,3%، وأيضاً يتضح من ذات الجدول أن نسبة التباين المفسر التي أضافها متغير المؤهل العلمي للزوج هي نسبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدرها 0,026.

جدول (5-26): قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	قيمة t	مستوى المعنوية Sig
القيمة الثابتة B	2,428	0,351	6,908	0,000
مدة الحياة الزواجية	0,964	0,049	19,470	0,000
الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	-1,003	0,158	-6,357	0,000
استخدام وسائل منع الحمل	0,610	0,140	4,369	0,000
المؤهل العلمي للزوجة	-0,146	0,064	-2,277	0,023
المؤهل العلمي للزوج	-0,117	0,052	-2,231	0,026

يبين جدول (5-26) النتائج النهائية لتحليل الانحدار المتعدد والذي يبرز المتغيرات المستقلة التي دخلت نموذج الانحدار المتعدد النهائي، وكذلك قيم معاملات الانحدار الخاصة بكل متغير من المتغيرات الديموغرافية المستقلة في النموذج، ودرجة الخطأ المعياري حول هذه القيم، وقيمة اختبار t التي تستخدم في حساب الدلالة الإحصائية لكل معامل من معاملات الانحدار ومستوى معنوية كل متغير من هذه المتغيرات المستقلة.

ويتبين أن قيمة اختبار F الخاصة بنموذج الانحدار النهائي مقدارها 249,559 وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000، وذلك يشير إلى أن المتغيرات الديموغرافية المستقلة الخمسة الداخلة في النموذج هي متغيرات ترتبط بالمتغير التابع وأن هذا الارتباط هو ارتباط ذو دلالة إحصائية. وبناءاً على ما سبق يمكن قبول فرض البحث الثاني بشكل جزئي والمتمثل في الصياغة التالية:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على:

1- المؤهل العلمي للزوجة 2- المؤهل العلمي للزوج 3- مدة الحياة الزواجية

4- عمر الزوجة عند الزواج 5- استخدام وسائل منع الحمل 6- الرضاعة الطبيعية

7- فترات المباعدة 8- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال 9- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.

وذلك لثبوت معنوية خمس متغيرات ديموغرافية مستقلة في نموذج الانحدار وعدم ثبوت معنوية المتغيرات الديموغرافية المستقلة الأربعة التالية:

1- عمر الزوجة عند الزواج 2- الرضاعة الطبيعية 3- فترات المباعدة

4- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.

مما يعني خروج تلك المتغيرات الأربعة من نموج الانحدار المتعدد النهائي.

3.2 نتائج اختبار الفرض الثالث:

يتمحور الفرض الثالث من فروض الدراسة في معرفة وتحديد مدى مساهمة متغيرات الدراسة الاقتصادية والديموغرافية مجتمعة في تحديد التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)، حيث تم دمج متغيرات الدراسة الاقتصادية والديموغرافية في نموذج واحد يمثل النموذج الكلي للدراسة، وتم صياغة هذا الفرض على الشكل التالي:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على:

1- الحالة العملية للزوجة **2- الحالة العملية للزوج**

3- الدخل الشهري للأسرة **4- تكلفة إنجاب وتربية الأطفال**

5- المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال **6- المؤهل العلمي للزوجة**

7- المؤهل العلمي للزوج **8- مدة الحياة الزواجية**

9- عمر الزوجة عند الزواج **10- استخدام وسائل منع الحمل**

11- الرضاعة الطبيعية **12-فترات المباعدة**

13- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال **14- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.**

ومن خلال صياغة هذا الفرض يتضح أن هناك أربعة عشر متغيراً مستقلاً من المتوقع أن تؤثر على مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء).

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض فقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد Multiple Regression، حيث يساعد هذا الأسلوب في تحديد مقدار التباين المفسر في المتغير التابع والذي يرجع إلى تلك المتغيرات المستقلة موضع الدراسة، كذلك يقدم هذا الأسلوب وسيلة لتحديد درجة تأثير وإسهام كل متغير مستقل في تحديد قيمة المتغير التابع، وقد تم اختيار أسلوب الانحدار التدريجي

Stepwise Regression، لتحديد قيم معاملات الانحدار حيث يتوافر هذا الأسلوب في برنامج التحليل الإحصائي SPSS والذي تم استخدامه في تحليل البيانات، ويظهر ذلك في الملحق رقم (4).

جدول (5-27): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: مدة الحياة الزواجية

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,744	0,553	0,553	1,894	1062,251	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	3811,551	1	3811,551	1062,251	0,000
الأخطاء	3082,250	859	3,588		

يشير جدول (5-27) إلى نتائج تحليل الانحدار عند إدخال المتغير المستقل: مدة الحياة الزواجية لنموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين المفسر من جملة التباين في المتغير التابع عند إدخال هذا المتغير للنموذج حوالي 55,3%، ويعتبر هذا القدر من الإسهام في تفسير التباين في المتغير التابع إسهاماً ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000.

جدول (5-28): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,759	0,576	0,023	1,845	47,184	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	3972,216	2	1986,108	583,273	0,000
الأخطاء	2921,584	858	3,405		

ويعبر جدول (5-28) عن نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين الذي تم تفسيره بواسطة هذا المتغير من التباين الكلي في المتغير التابع حوالي 2,3%، أما مجموع التباين المفسر للمتغيرين في النموذج: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال فقد بلغ حوالي 57,6%، كذلك يظهر من هذا الجدول أن نسبة التباين المفسر الذي أضيف بواسطة المتغير المستقل: الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، هي نسبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدرها 0,000.

جدول (5-29): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,766	0,587	0,011	1,822	22,655	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4047,459	3	1349,153	406,214	0,000
الأخطاء	2846,341	857	3,321		

ويبرز جدول (5-29) نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين الذي تم تفسيره بواسطة هذا المتغير من جملة التباين في المتغير التابع حوالي 1,1%، بينما مجموع التباين المفسر للمتغيرات المستقلة الثلاث في النموذج: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال فقد بلغ 58,7%، ويوضح هذا الجدول أيضاً نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة المتغير المستقل: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، وأن هذه النسبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة قدره 0,000.

جدول (5-30): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: استخدام وسائل منع الحمل

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,772	0,596	0,008	1,805	17,773	0,000
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4105,354	4	1026,338	315,066	0,000
الأخطاء	2788,446	856	3,258		

ويعبر جدول (5-30)عن نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: استخدام وسائل منع الحمل إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين التي يفسرها هذا المتغير من جملة التباين في المتغير التابع حوالي 0,8%، أما مجموع التباين الذي تم تفسيره بواسطة الأربع متغيرات المستقلة: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، فقد بلغ حوالي 59,6%، ويتضح من ذات الجدول أيضاً أن نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة متغير استخدام وسائل منع الحمل هو مقدار ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,000.

جدول (5-31): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: الحالة العملية للزوجة

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,774	0,599	0,004	1,797	8,073	0,005
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4131,435	5	826,287	255,750	0,000
الأخطاء	2762,365	855	3,231		

يوضح جدول (5-31) نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: الحالة العملية للزوجة إلى نموذج الانحدار، ويظهر أن نسبة التباين التي يفسرها هذا المتغير في المتغير التابع قد بلغت 0,4%، في حين كان مجموع التباين المفسر لكل المتغيرات الخمسة الداخلة في النموذج: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، والحالة العملية للزوجة، فقد بلغ حوالي 59,9%، وأيضاً يتضح من هذا الجدول أن نسبة التباين المفسر التي أضافها متغير الحالة العملية للزوجة هي نسبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,005.

جدول (5-32): نتائج تحليل الانحدار المتعدد

المتغير المستقل الذي دخل نموذج الانحدار: المؤهل العلمي للزوج

معامل الارتباط R	معامل التحديد R^2	التغير في معامل التحديد	الخطأ المعياري	التغير في اختبار F	معنوية التغير في F
0,775	0,601	0,002	1,794	3,953	0,047
تحليل التباين:					
مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار F	معنوية F
الانحدار	4144,162	6	690,694	214,520	0,000
الأخطاء	2749,638	854	3,220		

ويبين جدول (5-32) نتائج تحليل الانحدار المتعدد عند إدخال المتغير المستقل: المؤهل العلمي للزوج إلى نموذج الانحدار، وقد بلغت نسبة التباين المفسر من قبل هذا المتغير من جملة التباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) حوالي 0,2%، أما مجموع التباين الذي تم تفسيره بواسطة الست متغيرات المستقلة الداخلة في النموذج: مدة الحياة الزواجية، والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، وتكلفة إنجاب وتربية الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، والحالة العملية للزوجة، والمؤهل العلمي للزوج، فقد بلغ حوالي 60,1%، ويظهر من ذات الجدول أن نسبة التباين المفسر الإضافية بواسطة متغير المؤهل العلمي للزوج هو مقدار ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية قدره 0,047.

جدول (5-33): قيم معاملات الانحدار المتعدد النهائية ودلالتها الإحصائية في تحديد المتغير التابع الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)

المتغيرات	معاملات الانحدار B	الخطأ المعياري	قيمة t	مستوى المعنوية Sig
القيمة الثابتة B	2,280	0,304	7,496	0,000
مدة الحياة الزواجية	0,968	0,048	20,385	0,000
الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال	-0,889	0,159	-5,575	0,000
تكلفة إنجاب وتربية الأطفال	-0,588	0,161	-3,660	0,000
استخدام وسائل منع الحمل	0,635	0,138	4,589	0,000
الحالة العملية للزوجة	-0,354	0,141	-2,508	0,012
المؤهل العلمي للزوج	-0,097	0,049	-1,988	0,047

يبرز جدول (5-33) النتائج النهائية لتحليل الانحدار المتعدد والذي يظهر المتغيرات المستقلة التي دخلت نموذج الانحدار المتعدد النهائي، وكذلك قيم معاملات الانحدار الخاصة بكل متغير من المتغيرات المستقلة في النموذج، ودرجة الخطأ المعياري حول هذه القيم، وقيمة اختبار t التي تستخدم في حساب الدلالة الإحصائية لكل معامل من معاملات الانحدار ومستوى معنوية كل متغير من هذه المتغيرات المستقلة.

ويتضح أن قيمة اختبار F الخاصة بنموذج الانحدار النهائي بلغت 214,52 وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0,000، وذلك يشير إلى أن المتغيرات المستقلة الستة الداخلة في النموذج هي متغيرات ترتبط بالمتغير التابع وأن هذا الارتباط ذو دلالة إحصائية.

وبناءاً على ذلك يمكن قبول فرض البحث الثالث جزئياً والمتمثل في الشكل التالي:

من المتوقع أن يتوقف مستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء) على :

1- الحالة العملية للزوجة 2- الحالة العملية للزوج 3- الدخل الشهري للأسرة

4- تكلفة إنجاب وتربية الأطفال 5- المنفعة المستقبلية المستمدة من الأطفال

6- المؤهل العلمي للزوجة 7- المؤهل العلمي للزوج 8- مدة الحياة الزواجية

9- عمر الزوجة عند الزواج 10- استخدام وسائل منع الحمل 11- الرضاعة الطبيعية

12- فترات المباعدة 13- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

14-الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور.

وذلك لثبوت معنوية ست متغيرات مستقلة في نموذج الانحدار وهي:

1- مدة الحياة الزواجية 2- الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

3- تكلفة إنجاب وتربية الأطفال 4- استخدام وسائل منع الحمل

5- الحالة العملية للزوجة 6- المؤهل العلمي للزوج

وعدم ثبوت معنوية المتغيرات الأخرى الباقية، مما يعني خروج تلك المتغيرات الأخرى من نموذج الانحدار المتعدد النهائي.

خلاصة:

تضمن هذا الفصل نتائج الدراسة التطبيقية التي تم الوصول إليها من خلال اختبار فروض الدراسة الميدانية، وذلك لتحقيق أهداف الدراسة، وكذلك قام الباحث باختبار بعض المقاييس للتعرف على مستويات الخصوبة في عينة الدراسة، حيث تم إيجاد معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر، وكذلك معدل الخصوبة الكلي لعينة الدراسة بالإضافة إلى دراسة علاقة المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية بالمتغير التابع (الخصوبة البشرية)، وذلك من خلال استخدام بعض الأساليب الإحصائية كالتوزيعات التكرارية والنسب المئوية والجداول التكرارية المزدوجة وبعض مقاييس الوصف الحسابي، واستخدام أسلوب تحليل الانحدار المتعدد في اختبار فرضيات الدراسة.

وقد تبين من نتائج اختبار فروض الدراسة قبول فروض الدراسة بشكل جزئي، وذلك لثبوت معنوية بعض المتغيرات المستقلة الاقتصادية مثل: تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، والدخل الشهري، والحالة العملية للزوجة، وعدم ثبوت متغير الحالة العملية للزوج، أما المتغيرات المستقلة الديموغرافية فقد ثبت معنوية بعضها مثل: مدة الحياة الزواجية، واستخدام وسائل منع الحمل، وعدم ثبوت معنوية بعض المتغيرات الديموغرافية مثل: عمر الزوجة عند الزواج، وفترات المباعدة، ومن خلال اختبار المتغيرات الخاضعة للدراسة في عينة الدراسة، اتضح أن البعض منها يؤثر في مستوى الخصوبة البشرية في قطاع غزة، والبعض الآخر لم يظهر تأثيره.

خاتمة الدراسة

تعتبر الخصوبة أحد المكونات والعناصر الأساسية للنمو السكاني، والتي تتضمن أيضاً الهجرة والوفيات، ولعل عنصر الخصوبة يعتبر العنصر الأهم، وذلك لكون الهجرة بكافة أشكالها تؤثر عادة على توزيع السكان بين الدول والأقاليم وليس على عددهم الكلي، إضافة إلى أن عنصر الوفيات يتأثر بالمستوى الصحي داخل الدول الأمر الذي أصبح على مستوى مقبول في العديد من هذه الدول مما أدى إلى خفض معدلات الوفيات، وفي الوقت نفسه فإنه من المفروض أن تنصب كل السياسات المتعلقة بالوفيات على تقليل معدلاتها وليس العكس، بالتالي لم يبق على المخططين وراسمي السياسات بصورة رئيسية سوى عامل الخصوبة للتأثير عليه من عملية ضبط النمو السكاني سواء بالزيادة أو النقصان حسب المصلحة الوطنية.

ومن أجل تحقيق التنمية الشاملة والمتوازنة، ينبغي إدخال العوامل السكانية في الخطط والبرامج الوطنية، كما ينبغي وضع السياسات والبرامج المتعلقة بالسكان بشكل منسجم مع أهداف التنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية.

وتواجه الدول النامية عامة وقطاع غزة بوجه خاص استمرار وجود معدلات الخصوبة المرتفعة، مما يجعل أسباب هذا الارتفاع والتفاوت في مستوياته بحاجة ماسة للمزيد من الدراسة والبحث، وإن التعرف على الأسباب الحقيقية الكامنة وراء هذا الارتفاع تمكننا من تحديد أثر الخصوبة كعنصر من عناصر التغير السكاني في هذا التغير.

ولقد تمحورت هذه الدراسة حول عامل الخصوبة، حيث حاولت رسم صورة عن مستوياتها الحالية في قطاع غزة بهدف استخدامها من قبل المخططين ومتخذي القرارات لرسم السياسات السكانية والاقتصادية والاجتماعية في ظل معدلات نمو مرتفعة نسبياً وفي ظل تصاعد الهجمة العسكرية والديموغرافية الشرسة على الشعب الفلسطيني عامة وقطاع غزة خاصة لتصفيته واقتلاعه من أرضه وتهجيره منها. ولقد ركزت معظم الدراسات في موضوع الخصوبة ومحدداتها إلى الإشارة إلى العوامل المختلفة التي تبدو مؤثرة في الخصوبة، ويعد من أهم هذه العوامل عمر الزوجة، والعمر عند الزواج، والدين، والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وبرامج تنظيم الأسرة، وعمل الزوجة، والدخل وغير ذلك، كل هذه العوامل وغيرها اعتبرت مؤثرة، إلا أن السؤال الذي ظل مطروحاً حول العامل المحدد أو

العوامل المحددة التي يمكن أن تعتبر العامل الرئيسي أو العوامل الرئيسية المؤثرة على معدلات الخصوبة في هذا البلد أو ذاك، علماً بأن هذه المحددات تختلف من بلد لآخر.

ومن هنا جاءت أهداف هذه الدراسة محاولة التعرف على أهم العوامل الاقتصادية والديموغرافية التي يمكن أن تؤثر بشكل رئيسي في مستويات الخصوبة في قطاع غزة، إذ حاولت من خلال الدراسة الميدانية التعرف على أهم هذه العوامل والمتغيرات وقد خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج نجملها فيما يلي:

1- تبين من نتائج الدراسة أن غالبية متغيرات الدراسة المستقلة سواء الاقتصادية منها أو الديموغرافية لا تعطي تفسيراً كافياً للتباين في المتغير التابع مستوى الخصوبة البشرية مقاساً بعدد المواليد أحياء، على الرغم أن جزءاً من هذه المتغيرات المستقلة ذو معنوية إحصائية واضحة، ولكن مازالت هذه المتغيرات الداخلة في النموذج تفسر جزءاً يسيراً من ذلك التباين في المتغير التابع، هذا مدعاة لإدخال المزيد من المتغيرات المستقلة سواء الاقتصادية أو الديموغرافية التي ربما تؤثر في مستوى الخصوبة البشرية.

2- اتضح من نتائج الدراسة أن العبء الاقتصادي الذي تتحمله الأسرة في سبيل إنجاب وتربية الأطفال يلعب دوراً مهماً في التأثير على مستوى الخصوبة البشرية ويلاحظ أن علاقة هذا المتغير بمستوى الخصوبة البشرية علاقة عكسية، والدلالة الديموغرافية لهذه العلاقة هي أنه كلما زادت تكلفة إنجاب وتربية الأطفال فإن الأسر تفكر ملياً في تقليص الإنجاب والحد منه، بمعنى آخر انخفاض مستوى الخصوبة تبعاً لارتفاع تكلفة إنجاب وتربية الأطفال.

3- يظهر من نتائج الدراسة أن الأسر في مجتمع الدراسة لا تعول كثيراً على الاستفادة من الأبناء في المستقبل، بمعنى أن هذه الأسر لا تنجب الأطفال لكي تنتظر مردوداً بعيد الأجل من إنجاب هؤلاء الأطفال، بل يرجع ذلك لأسباب أخرى منها العادات والتقاليد والدين وكذلك لتعويض الفاقد من الأطفال في ظل الحروب والكوارث المتتالية على الشعب الفلسطيني في ظل الصراع الديموغرافي مع العدو الصهيوني، ويلاحظ أن علاقة هذا المتغير مع مستوى الخصوبة البشرية علاقة عكسية، والدلالة الديموغرافية مستغربة هنا حيث بزيادة المنفعة المستقبلية من الأطفال تنخفض مستويات الخصوبة.

4- تبين من نتائج الدراسة أن الحالة العملية للزوجة من العوامل المحددة لمستويات الخصوبة البشرية في قطاع غزة. ويلاحظ أن علاقة هذا المتغير بالخصوبة علاقة عكسية، والدلالة الديموغرافية لهذه العلاقة هي أن السيدة العاملة لا تصبح متفرغة لمجرد الحمل وإنجاب الأطفال وتربيتهم بل تصبح لها اهتمامات أخرى بالإضافة إلى عمليات الحمل والإنجاب، وبالتالي فإنها تصبح أكثر ميلاً لممارسة وسائل منع الحمل وتكوين الأسرة الصغيرة نسبياً.

5- اتضح من نتائج الدراسة أن الدخل الشهري للأسرة كمؤشر للمستوى الاقتصادي هو أحد محددات الخصوبة البشرية. واتضح أيضاً أن العلاقة بين هذا المتغير ومستويات الخصوبة علاقة طردية. وهذا يعني أنه كلما ارتفع الدخل الشهري للأسرة يزيد مستوى الخصوبة، وهذا مرده في قطاع غزة إلى أن الأسر القادرة على تغطية أعباء وتكاليف إنجاب وتربية الأطفال تستمر في سلوك إنجابي مضطرد، ولكن هذا لا يعني بأي حال من الأحوال أنه بانخفاض الدخل الشهري للأسرة ينخفض مستوى الخصوبة، ذلك لأن هناك اعتبارات كثيرة أخرى منها العادات والتقاليد والتنشئة، ناهيك عن الوضع السياسي والأمني المؤثر بشكل واضح على الفكر الديموغرافي والسلوك الإنجابي في ظل الصراع الديموغرافي القائم مع الاحتلال الصهيوني.

6- تبين من نتائج الدراسة مدى أهمية متغير مدة الحياة الزواجية، ويظهر أن هذا المتغير من أكثر المتغيرات تأثيراً في مستوى الخصوبة، فهو يتميز بارتفاع قيم معامل الانحدار ومعامل التحديد، حيث أنه كان أكثر المتغيرات تفسيراً للتباين في المتغير التابع الخصوبة البشرية، أضف لذلك كونه يتسبب في ارتفاع قيم معاملات التحديد في النموذج عموماً، وبالتالي يؤثر على دقة النتائج. واتضح أيضاً أن العلاقة بين مدة الحياة الزواجية والخصوبة علاقة طردية، فكلما زادت مدة الحياة الزواجية ارتفعت بالتالي مستويات الخصوبة، ولعل هذه نتيجة متوقعة فكلما كان هناك مدة زواج أطول كلما كان هناك زيادة في عمليات الحمل والإنجاب أي ارتفاع مستويات الخصوبة.

7- اتضح من نتائج الدراسة أنه بزيادة عدد المواليد أحياء تقل الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، بمعنى آخر تكون هناك رغبة لدى عينة الدراسة في إنجاب المزيد من الأطفال ولكن يتفاوت مستوى هذه الرغبة حسب عدد المواليد أحياء فكلما زاد عدد المواليد أحياء كلما انخفضت الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال، حيث يظهر هنا عكسية العلاقة بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال

والخصوبة البشرية مقاسة بعدد المواليد أحياء، وتعتبر هذه النتائج منطقية إلى حد ما، إذا ما تم التفكير فيها من وجهة نظر الإشباع النفسي المتوافق مع عادات وتقاليد مجتمع قطاع غزة.

8- تشير نتائج هذه الدراسة كذلك إلى أن متغير استخدام وسائل منع الحمل أحد المتغيرات الهامة والمحددة لمستوى الخصوبة البشرية (عدد المواليد أحياء)، ويلاحظ أن علاقة هذا المتغير بالخصوبة علاقة طردية، وقد تكون هذه العلاقة مستغربة علمياً ومنطقياً، إلا أنها نتيجة مفهومة في مجتمع قطاع غزة، فنجد أن النساء اللواتي انخفض عدد المواليد أحياء لديهن لا يستخدمن وسائل منع الحمل نظراً لقلة عدد المواليد أحياء لهن، أما النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل نجد أن الخصوبة لديهن مرتفعة وهذا يدل على أن النساء لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة إلا بعد الوصول إلى عددٍ كافٍ من المواليد.

9- يتضح من نتائج الدراسة أن للمستوى التعليمي للزوجة أثر واضح في تحديد مستوى الخصوبة البشرية، إذ يتضح أن علاقة المؤهل العلمي للزوجة مع الخصوبة البشرية علاقة عكسية، مما يعني ذلك أن عدد المواليد أحياء للزوجة ينخفض بشكل مستمر مع ازدياد المستوى التعليمي لها، حيث أن الأم التي بلغت قسطاً وافراً من التعليم والثقافة أسلوبها في التنشئة يختلف عن سواها، ومن البديهي أن بلوغ الزوجة مستوى مرتفع من التعليم يعني تقدم سنها نسبياً أي انخفاض مدة حياتها الزواجية لاحقاً، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى الخصوبة لديها. وكذلك الحال يظهر أن المستوى التعليمي للزوج له أثر في تحديد مستوى الخصوبة البشرية، لكن تأثير تعليم الزوج على الخصوبة أقل نسبياً من تعليم الزوجة، إذ أن إنجاب الأطفال يقع على عاتق الزوجة، ويتضح كذلك عكسية العلاقة بين المؤهل العلمي للزوج ومستوى الخصوبة البشرية، أي أنه أيضاً بارتفاع المستوى التعليمي للأزواج تقل مستويات الخصوبة لدى زوجاتهن، ولعل هذا مؤشر على بعض التغير الفكري والتحضري والثقافي لعينة الدراسة.

10- تجدر الإشارة إلى أن المتغيرات التي وقع عليها الاختيار لتفسير مستويات الخصوبة في قطاع غزة، تمثل تلك الباقة من المتغيرات التي توفر أفضل معادلة انحدار لهذه العلاقة. ولا يعني هذا بطبيعة الحال أن المتغيرات المحذوفة ليس لها فاعلية أو أهمية في التأثير على مستوى الخصوبة البشرية.

تعتبر النتائج السابقة ذات أهمية نظرية كبيرة، لأنها تطلعنا على مجموعة العوامل أو المتغيرات المؤثرة في ظاهرة الخصوبة في قطاع غزة، وهي ذات أهمية تطبيقية أيضاً، لأنها تضع بين أيدينا وسيلة للتحكم بظاهرة الخصوبة مستقبلاً عندما نحاول وضع سياسة سكانية ملائمة للأخذ بها، ومن خلال الدراسة النظرية والتطبيقية والنتائج التي استخلصت من الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي:

1- المحافظة على مستويات الخصوبة الحالية كما هي عليه الآن، حيث يتعرض الشعب الفلسطيني عامة وقطاع غزة خاصة منذ عدة عقود إلى هجمة شرسة لاقتلاعه من أرضه وتشريده في بقاع الأرض والنيل من كرامته وطمس هويته الوطنية هذا من جانب، وما نشهده من جانب آخر من حرب إبادة -لاسيما الأخيرة على قطاع غزة- وعمليات القتل والاغتيال المستمرة لأبنائه وبناته من أطفال وشيوخ وشباب و نساء حتى أصبح عدد الشهداء بالآلاف والجرحى بعشرات الألوف وضاقت السجون بأسرى الحرية والكرامة، وعمليات تدمير مقدرات هذا الشعب وبناه التحتية وتدمير مصانعه وتجريف أراضيه واقتلاع أشجاره، ولا بد من إثارة القضية الديموغرافية لتحتل مكان الصدارة في الصراع العربي الصهيوني بحيث يصبح التحدي العددي الذي سيمكن الفلسطينيين من مواجهة الامتداد الاستيطاني والتغلب عليه.

2- دعم الجهاز الطبي والصحي في الأراضي الفلسطينية وخصوصاً قطاع غزة والتوسع في إنشاء وتطوير المراكز الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة وتوزيعها على مختلف التجمعات السكانية لتقديم الرعاية الصحية المجانية للأطفال والأمهات الحوامل، وذلك لرفع مستوى الوعي حول أهمية المباعدة بين المواليد واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بالشكل السليم. إضافة إلى وضع خطة لتنمية الخدمات الصحية في قطاع غزة، والاهتمام بالقوى العاملة في المجال الصحي من خلال تحسين ظروفه المعيشية وتوفير التدريب اللازم.

3- إن محاولة تبني سياسة سكانية تهدف إلى التأثير في مستويات الخصوبة من حيث العمل على زيادتها أو على تخفيضها لا بد من التأثير في:

- العمر عند الزواج، حيث أن رفع أو زيادة العمر عند الزواج من خلال التشريعات والقوانين، أو تطبيق القوانين الموجودة، وتشجيع الالتحاق بالتعليم وعدم التسرب من المدارس، والاستمرار بالالتحاق بالتعليم العالي، من خلال تقديم المنح الدراسية وتطوير مهارات وقدرات الشباب عبر البرامج التدريبية والدراسية طويلة الأجل، كل ذلك سيؤدي إلى رفع العمر عند الزواج والعمر عند إنجاب المولود الأول، وبالتالي تخفيض مدة الحياة الزواجية في سن الإنجاب، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل احتمال تعرض المرأة للحمل والولادة، وبالتالي انخفاض مستويات الخصوبة.
- دعم برامج تنظيم الأسرة وتوسيع مجال عملها، وتشجيع الاستفادة من خدماتها، حيث تعتبر من العوامل الرئيسية في العمل على تخفيض مستويات الخصوبة وذلك من خلال نشر الوعي وتنظيم البرامج التثقيفية حول الاستخدام الأمثل لهذه الوسائل وتدريب وتأهيل الكوادر النسائية وإنشاء المراكز المتخصصة لتقديم خدمات تنظيم الأسرة بالإضافة إلى مجانية هذه الوسائل، وتعميق التعاون مع المنظمات الدولية المتخصصة في هذه المجالات.
- تأكيد أهمية المباعدة بين المواليد، حيث أن المباعدة بين المواليد تؤدي إلى خفض مستويات الخصوبة والمحافظة على صحة الأم وطفلها، وعليه لا بد من نشر الوعي وترسيخ هذا المفهوم وتضمينه في المناهج الدراسية، والتوسع في إنشاء مراكز الأمومة والطفولة.
- ضرورة زيادة مساهمة المرأة في سوق العمل، وذلك من خلال تشجيع النساء على المشاركة في الأنشطة الاقتصادية المختلفة، مما سيخلق اهتمامات أخرى للسيدات بخلاف الحمل والإنجاب وسيعمل على خفض مستويات الخصوبة.

4- من الضروري الاهتمام بتطوير وتحسين الإحصاءات الديموغرافية والاقتصادية في قطاع غزة حتى يمكن إجراء المزيد من البحوث والدراسات عن محددات الخصوبة البشرية والعوامل المؤثرة عليها، فبالرغم من الاهتمام الكبير والعمل الرائع الذي تقوم به مشكورة بعض الجهات الرسمية وخاصة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في توفير معلومات وإحصائيات هامة إلا أننا وجدنا أنه من المفيد بل من الضروري القيام بمسح متخصص عن الخصوبة، يتم من خلاله دراسة العوامل الديموغرافية ومستويات المعيشة والأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وعلاقة ذلك بالتعليم والعلاقة بقوة

العمل للمرأة، إضافة إلى تأثير الانتفاضة والعوامل السياسية والأمنية على مستوى الخصوبة، ذلك أن الجمع بين عدة متغيرات ومؤشرات في نفس المسح تتيح قدرات وإمكانيات تحليلية أكثر عمقاً.

5- توفير بيانات تفصيلية دقيقة يتم على أساسها دراسة أنماط ومحددات الخصوبة على مستوى الكليات (أي على مستوى المجتمع بأكمله) ومستوى الأسرة ومستوى الفئات والشرائح السكانية داخل قطاع غزة (المحافظات).

6- دراسة الأوضاع الاقتصادية بشكل مفصل وإدخال المزيد من المتغيرات الاقتصادية المتعلقة بموضوع الخصوبة مثل: نصيب الفرد من الدخل القومي، ومستويات العمالة والبطالة، ونسب مشاركة السيدات في قوة العمل، وغير ذلك من المتغيرات الاقتصادية وذلك لقياس مدى تأثير الوضع الاقتصادي على مستويات الخصوبة.

7- أخيراً ننصح الباحثين بإضافة متغيرات أخرى قد تسهم في تفسير مستويات الخصوبة البشرية ومعرفة أهم العوامل المؤثرة على الخصوبة بشكل أكبر، سواء متغيرات اقتصادية أو ديموغرافية أو اجتماعية على حد سواء مثل: نصيب الفرد من الدخل القومي، تكلفة استخدام وسائل منع الحمل، مهنة الزوج، مهنة الزوجة، مكان الإقامة، عدد مرات زواج الزوجة، جنس المولود، عدد الأطفال والعمر عند الاستخدام الأول لوسائل منع الحمل، العوامل السياسية والأمنية.

قائمة المراجع

المراجـــع

أولاً: المراجع العربية

- أبو جمرة، حامد (1982). **عرض وتقييم للدراسات المتعلقة بمحددات الإنجاب في مصر**، دراسات تحليلية، جهاز تنظيم الأسرة والسكان، مسلسل رقم (2)، القاهرة.
- أبو عيانة، فتحي (2000). **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية، بيروت.
- أبو نعير، نذير(1998). **محددات الخصوبة في بلدة ساكب**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- إسماعيل، فؤاد (1995). **أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية على الخصوبة السكانية في سوريا**، رسالة ماجستير غير منشورة، سوريا.
- بني عطا، محمود (1995). **أثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية على اتجاهات الأسر نحو الخصوبة في محافظة عجلون**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- تماري، سليم وآن سكوت (1991). **خصوبة المرأة الفلسطينية بين الرؤيا القومية والواقع الاجتماعي**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، عدد (37)، بيروت.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1990-2006). **مسوحات صحية وديموغرافية صادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني**، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (1999). **المرأة والعمل في الأراضي الفلسطينية**، رام الله، فلسطين.

- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2002). **الخصوبة في الأراضي الفلسطينية**، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2003). **مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد**، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2004). **المسح الصحي – 2004**، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2007). **المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006**، التقرير الأولي، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2008). **التقرير السنوي– 2008، أطفال فلسطين– قضايا وإحصاءات**، سلسلة إحصاءات الطفل رقم (11)، رام الله، فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2009). **التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت– 2007**: المؤشرات الأساسية حسب نوع التجمع السكاني، رام الله – فلسطين.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2009). **النتائج النهائية للتعداد العام 2007 في قطاع غزة**، رام الله، فلسطين.
- جودة، محفوظ (2008). **التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS** ، دار وائل للنشر، عمان.
- جونغسترا، إدوارد (1996). **المحددات المباشرة للخصوبة في اليمن**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، عدد (44)، بيروت.
- الحبيس، محمود (1988). **العوامل المؤثرة على الخصوبة في الأغوار الشمالية**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

- الحبيس، محمود (2008). **العوامل المؤثرة في مستوى الخصوبة البشرية في محافظة مأدبا**، مجلة علوم إنسانية، السنة الخامسة، العدد (36)، بغداد.
- حسن، عبد السلام أحمد (1989). **اختلافات الخصوبة بين التقسيمات الجغرافية والإقليمية في مصر والمؤشرات الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة عليها خلال الفترة (1947-1976)**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- حمزاوي، رياض أمين (1984). **نحو نسق متكامل للرعاية الاجتماعية من أجل تخفيض اتجاهات الخصوبة العالية في مصر**، دراسات سكانية، جهاز تنظيم الأسرة والسكان، المجلد (11)، العدد (70)، القاهرة.
- الخزاعي، حسين (1990). **أثر تباينات عمر الإناث عند الزواج الأول على الخصوبة في الأردن من واقع المسح السكاني والصحي**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- خليفة، منى (1986). **نمط الزواج في السودان وعلاقته بالخصوبة**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، عدد (28)، بيروت.
- الخواجا، مروان وآخرون (1995). **ديموغرافية الشعب الفلسطيني مع التركيز على الأراضي المحتلة**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، عدد (43)، بيروت.
- الخوالدة، أحمد (1991). **العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- رزق، حنا (1976). **السياسة السكانية في البلاد العربية**، دراسات سكانية، جهاز تنظيم الأسرة والسكان، العدد (34)، القاهرة.

- رضوان، خالد (2002). **تقديرات الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها في الأراضي الفلسطينية**، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، بغداد، العراق.
- زريق، هدى (1987). **نظرة حول تطور دراسات الخصوبة، النشرة السكانية**، الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، بيروت.
- زكي، رمزي (1985). **المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة**، دراسات سكانية، المجلس القومي للسكان، المجلد (12)، العدد (72)، القاهرة.
- الساعاتي، حسن ؛ لطفي، عبد الحميد (1971). **دراسات في علم السكان**، دار المعارف، القاهرة.
- السحيمات، ختام (1993). **قياس خمسة من المتغيرات الوسيطة المؤثرة في الخصوبة في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- السلقاني، مصطفى (1982). **طرق التحليل الديموغرافي**، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- سليمان، صلاح محمد (1973). **مفاهيم أساسية في علم السكان**، المركز الدولي للتعليم الوظيفي للكبار في العالم العربي، القاهرة.
- الشرنوبي، محمد عبد الرحمن (2005). **السكان**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- صحيفة 14 أكتوبر (2008). **الخصوبة البشرية والفقر**، قسم السكان والتنمية، العدد (13981)، 3 يناير 2008، عدن، الجمهورية اليمنية.
- الصندوق العربي للإنماء الاقتصادي والاجتماعي (2002). **تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2002**، أيقونات للخدمات المطبعية، عمان- المملكة الأردنية الهاشمية.
- عاشور، سمير كامل؛ سالم، سامية أبو الفتوح (2005). **العرض والتحليل باستخدام SPSSWIN الجزء الثاني: الإحصاء التطبيقي المتقدم**، القاهرة.

- **عبد الرحمن، محمد السيد (1982). فاعلية العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تحديد مستويات وأنماط الخصوبة، دراسة ديموغرافية عن المجتمع العربي**، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة لمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- عبد الرحمن، محمد السيد حافظ (1982). **فاعلية العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تحديد مستويات وأنماط الخصوبة "دراسة ديموغرافية عن المجتمع المصري"**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، القاهرة.
- عبد الغني، محمد (1983). **جمهورية مصر العربية في منعطف السياسة السكانية**، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، القاهرة.
- عزام، هنري (1979). **تحليل تفاضلات الخصوبة والقوى العاملة في العالم العربي**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، العدد (16)، بيروت.
- عطايا، محمود (2007). **بعض المحددات الاجتماعية والاقتصادية للإنجاب عند النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية**، دائرة السياسات السكانية، وزارة التخطيط، فلسطين.
- العقبي، ليلى (1988). **أهم العوامل الاجتماعية التي تؤثر على الخصوبة في مصر**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة.
- عكاشة، محمود خالد (2002). **استخدام نظام SPSS في تحليل البيانات الإحصائية**، جامعة الأزهر، قسم الإحصاء التطبيقي، غزة.
- عمر، إبراهيم عباس (1993). **مذكرات في الإدارة العامة**، مكتبة الجلاء الجديدة، المنصورة.
- عودة، خضر(1998). **مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، الضفة الغربية.

- عيد، حسام (2000). **محددات الخصوبة في مخيم النصيرات بقطاع غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.
- فاعور، محمد علي (1988). **سياسات الخصوبة في العالم العربي**، النشرة السكانية، الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، بيروت.
- الفايز، عبد الكريم (1996). **أثر تباينات عمر الإناث عند الزواج الأول على الخصوبة البشرية في الأردن**، الجامعة الأردنية، مجلة دراسات، المجلد (28)، عمان، الأردن.
- فراج، عبد المجيد (1975). **الأسس الإحصائية للدراسات السكانية**، دار النهضة العربية، القاهرة.
- فراج، عبد المجيد (1987). **السياسات السكانية في ظل أحوال التخلف**، دراسة مقدمة إلى معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، القاهرة.
- الكيخيا، منصور محمد (2003). **جغرافية السكان**، جامعة قار يونس، بنغازي.
- كيلى، إلين وآخرون (1983). **السكان والتنمية في الريف المصري**، دراسات سكانية، جهاز تنظيم الأسرة والسكان، العدد (65)، مصر.
- اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا (1984). **إعلان عمان حول السكان في الوطن العربي**، الصادر عن المؤتمر الإقليمي للسكان في الوطن العربي، عمان.
- محمد، ماجدة حنفي محمود (1988). **تقييم أثر مشروع السكان والتنمية على الخصوبة**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، القاهرة.
- مخلوف، هشام وغزال عامر (1987). **تكلفة الأولاد في مصر**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، عدد (31)، بيروت.

- مصطفى، إيمان عبد المعطي محمد (1988). **العلاقة المتبادلة بين العوامل الاقتصادية والخصوبة (دراسة تطبيقية على مصر)**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، جامعة القاهرة، القاهرة.
- مقبول، هاني (1984). **سكان الضفة الغربية لنهر الأردن: دراسة جغرافية ديموغرافية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإسكندرية.
- نشيوات، ميسون (1991). **الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية للأزواج حسب مستوياتهم التعليمية وأثرها على الخصوبة المفضلة والبشرية في الأردن**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، قسم الدراسات السكانية، عمان.
- نصير، نازك (1985). **قياس المتغيرات الوسيطة المؤثرة في خصوبة الريف المصري**، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا، عدد (27)، بيروت.
- النمرسي، مالك محمود وآخرون (1982). **دراسة تحليلية عن اتجاهات المواليد والوفيات في مصر وأسبابها في الفترة (1950-1980) كخطوة تمهيدية لرسم سياسة ضبط الخصوبة مع مقارنة ببعض الدول الأخرى**، دراسات تحليلية، جهاز تنظيم الأسرة والسكان، مسلسل رقم (6)، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Abbasi, Shavazi ; Mohammad J. (2001), **"Below Replacement level Fertility in Iran: Progress and Prospects"**, IUSSP Seminar: International Perspective on low Fertility: Trends, Theories and Policies, Tokyo.
- Bagozzi, R.P. ; Van Loo, M.F. (1978), **"Toward a General Theory of Fertility"**, A Causal Modeling Approach, Demography, Vol 15, N° 3.
- Becker, G.S. (1960), **"An Economic Analysis of Fertility in Demographic and Economic Change in development Countries"**, Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Birdsall, N. ; Janison , D. (1983), **"The Effect of Income on Fertility in China"**, Population and Development Review, Vol.9, N° 4, China.
- Bongaarts, J. (1987), **"A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility"**, Population and Development Review,Vol.4,N° (1).
- Caldwell, J. (1978), **"Theory of Fertility Decline Academic Press"**, London.
- Dreze ,Jean ; Mulkthi ,Mamta(2001),**"Fertility, Education and Development: Evidence from India"**, Population and development Review.
- Easterlin, R. (1969), **"An Economic Framework for Fertility Analysis"**, The University of Chicago.
- Easterlin, R.A. ; Crimmins, E.M. (1980), **"The Fertility Revolution"**, A Supply Demande Analysis, The University of Chicago.
- Freedman, R. (1974), **"The Sociology of Human Fertility"**, An Annotated Bibliography, A population Council Book, New York.

- Hicks , W. (1994), **"Economic Development And Fertility Change In Mexico 1950-1970"**, Demography, Vol.11, N° 3, Mexico.
- Jeffery, Burr (1986), **"Urbanization Fertility and Social Economic Condition"**, University of Taxes Austin, ID.A.A.H.S.S Ann arbor Michigan.
- Khraif, M. Rashood (2001), **"Fertility in Saudi Arabia : Level and Determinants"**, General Population Conference, Brazil.
- Kondal, Acheampong (1978), **"Structural Change Individual Modernity and Fertility preference in Taiwan"**, University of Iowa State, International Dissertation a abstracts, a the Humanities and Social Science ID.A.A.H.S.S an Arbor Michigan.
- Ktepsombati, Pita, P. Socio (1981), **"Demographic and Economic Factors Affecting Telicity in Rural and Urban Thailand"**, Utah State University, ID.A.A.H.S.S Ann Arbor Michigan.
- Ogawa, Naoharo (2003), **"Japan's Changing Fertility Mechanisms and its Policy Responses"**, Journal of Population Research, Vol 20, N° 1.
- Pavaby, V.P. (1988), **"Fertility in Cyprus"**, a micro analysis university of Wayne ID.A.A.H.S.S Ann arbor Michigan.
- Reproductive Health Matters (2001), **"Time to Pregnancy and Fertility"**, Vol. 9.
- Sadeghi, Javad M (2000), **"Socio-economic Factors affected the Recent Fertility decline in Iran and Some Comparison With Other MENA Countries"**, Working Paper, ERF Seventh annual Conference, Amman, Jordan.
- Shirahase, Sawake (2000), **"Women's Increased Higher Education and the Declining Fertility rate in Japan"**, Review of Population and Social Policy, Japan.

- Sibanda, Amson ; Woubelm, Zewdy ; Hogan, Dennis P & Lindstrom, David P. (2003), **"The Proximate determinants The Decline to below-replacement Fertility in Addis Ababa, Ethiopia"**, Studies in Family Planning.
- Spengler, J.J. ; Duncan, D.D. (1996), **" Population Theory and Policy"**, Selected Reaching, Glenco.
- Szykman, M. (1995), **"politiques de population"**, Etudes et Documents, Departments de Demographic des Universities de Louvian et de Montreal, Institute National des Etudes Demographics, Paris, Volume II, N° 2.
- Thompson, W. and Lewis, D. (1965), **"Population Problems"**, Mc Grow- Hill Book Company, Series in Sociology, Fifth Edition, New York.
- United Nation (2007), **"Demographic Yearbook 2004"**, New York.
- World Bank (2002,2005), **"World Development Indicator"**, Washington.
- Zaky, H.M. Hassan (2004), **"Fertility Transition and Female Rational Choices in Egypt"**, journal of Health and Population in Development Countries, University of North Carolina at Chapel Hill.

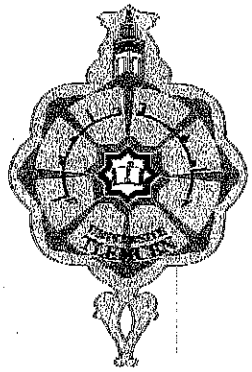
الملاحق

ملحق رقم (1)

رسالة التسهيلات

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية العلوم الاقتصادية والتسيير
والعلوم التجارية
نيابة العمادة لما بعد التدرج والبحث
مصلحة ما بعد التدرج

رقم:75../م.م.ت/ك.ق/2008

إلى من يهمه الأمر

الموضوع/تسهيلات.

في إطار تحضير شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية بكلية العلوم الاقتصادية والتسيير بجامعة تلمسان الجزائر، يسعدنا أن نطلب من سيادتكم تقديم كل التسهيلات الضرورية لغرض الدراسة العلمية فقط لفائدة الطالب

مؤمن محمد رمضان الخنجوري ودلك حتى يتسنى له تقديم عمل أكاديمي وميداني جيد.

شاكرين ومقدرين لتعاونكم ا تفضلوا بقبول أسمى عبارات الاحترام.

تلمسان. 28-06-2008

بن منصور عبد الله

ملحق رقم (2)

استمارة الدراسة

استمارة البحث

أخي الزوج .....أختي الزوجة

تحية طيبة و بعد

الباحث يقوم بدراسة بعنوان

" أهم العوامل الاقتصادية و الديموغرافية المؤثرة على الخصوبة في قطاع غزة "

و قد تم اختياركم من ضمن العينة التي سيتم دراستها، فالرجاء الإجابة على جميع أسئلة الاستمارة، مع العلم أن المعلومات الواردة في الاستمارة هي لغرض البحث العلمي فقط وليست لأي غرض آخر، وسوف تعامل بسرية كاملة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

الباحث

مؤمن محمد رمضان الحنجوري

جامعة تلمسان – الجزائر

1- عمر الزوجة الحالي: .....

2- عمر الزوجة عند الزواج: .....

3- المؤهل العلمي للزوجة:

☐ ابتدائي ☐ إعدادي ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

4- المؤهل العلمي للزوج:

☐ ابتدائي ☐ إعدادي ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ دراسات عليا

5- الحالة العملية للزوجة:

☐ تعمل ☐ لا تعمل

6- الحالة العملية للزوج:

☐ يعمل ☐ لا يعمل

7- الدخل الشهري المتاح لجميع أفراد الأسرة سواء من العمل أو غيره:

☐ أقل من 1000 شيكل ☐ 1000- أقل من 1500 شيكل ☐ 1500- أقل من 2000 شيكل

☐ 2000- أقل من 2500 شيكل ☐ 2500- أقل من 3000 شيكل ☐ 3000 شيكل فأكثر

8- عدد الأبناء المنجبين ومازالوا على قيد الحياة:

ذكور:..... إناث: .....

9- عدد الأبناء المتوفين:

ذكور:..... إناث: .....

10- هل أنجبت مولودا خلال الـ 12 شهر الأخيرة

☐ نعم ☐ لا العدد.....

11- هل لديك الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال (ذكور/ إناث):

☐ نعم ☐ لا

12- هل لديك الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال الذكور:

☐ نعم ☐ لا

13- ما هي الفترة التي ترضعين فيها أبنائك رضاعة طبيعية:

☐ أقل من شهر ☐ شهر- أقل من 6 أشهر ☐ من 6 أشهر - سنة ☐ أكثر من سنة

14- هل سبق وأن استخدمت وسائل منع الحمل؟

☐ نعم ☐ لا

15- هل ترغبين في الانتظار من الآن وحتى إنجاب الطفل التالي:

☐ نعم ☐ لا

16- هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة إنجاب و تربية الأطفال؟

☐ نعم ☐ لا

17- هل تري أن هناك منفعة مستقبلية تستمدها الأسرة من إنجاب الأطفال:

☐ نعم ☐ لا

تفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

الباحث

مؤمن محمد رمضان الحنجوري

ملحق رقم (3)

تفريغ البيانات

	age.n	age.m	live.mar	edu.w	edu.m	work.w	work.m
1	26	18	8	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
2	27	21	6	بكالوريوس	ثانوي	لا تعمل	يعمل
3	49	17	32	ثانوي	اعدادي	تعمل	لا يعمل
4	26	20	6	دبلوم	بكالوريوس	تعمل	يعمل
5	41	32	9	دبلوم	ثانوي	تعمل	لا يعمل
6	26	15	11	اعدادي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
7	40	22	18	دبلوم	اعدادي	لا تعمل	يعمل
8	28	23	5	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	لا يعمل
9	30	24	6	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
10	23	19	4	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
11	37	18	19	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
12	28	23	5	بكالوريوس	ثانوي	تعمل	يعمل
13	35	16	19	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
14	33	22	11	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
15	28	22	6	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
16	25	23	2	دبلوم	دراسات عليا	لا تعمل	يعمل
17	29	24	5	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
18	23	22	1	بكالوريوس	دبلوم	لا تعمل	يعمل
19	32	22	10	دبلوم	بكالوريوس	تعمل	يعمل
20	30	24	6	دبلوم	دراسات عليا	تعمل	يعمل
21	26	25	1	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	لا يعمل
22	29	19	10	دبلوم	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
23	17	16	1	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
24	25	24	1	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
25	29	21	8	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
26	28	24	4	دبلوم	اعدادي	تعمل	يعمل
27	45	23	22	اعدادي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
28	40	22	18	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
29	41	25	16	اعدادي	اعدادي	تعمل	لا يعمل
30	43	27	16	دبلوم	دبلوم	تعمل	لا يعمل
31	32	25	7	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
32	40	27	13	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
33	16	16	0	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
34	32	30	2	ثانوي	ثانوي	تعمل	لا يعمل
35	28	24	4	دبلوم	ثانوي	تعمل	يعمل
36	41	23	18	دبلوم	ثانوي	تعمل	لا يعمل
37	35	15	20	اعدادي	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
38	31	19	12	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
39	41	21	20	دبلوم	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
40	30	26	4	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
41	40	24	16	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
42	34	20	14	دبلوم	دبلوم	تعمل	يعمل
43	35	23	12	بكالوريوس	دبلوم	تعمل	يعمل

	incom	live.m	live.f	live	death.m
1	اقل من 2500 شيكل - 2000	0	4	4	0
2	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	3	3	0
3	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	1
4	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	3	4	0
5	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	0	0	0
6	اقل من 2000 شيكل - 1500	3	2	5	0
7	اقل من 2000 شيكل - 1500	3	4	7	0
8	3000شيكل فاكثر	2	1	3	0
9	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	3	3	0
10	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	2	3	0
11	3000شيكل فاكثر	5	3	8	0
12	اقل من 2500 شيكل - 2000	2	1	3	0
13	اقل من 3000 شيكل - 2500	3	3	6	0
14	3000شيكل فاكثر	1	2	3	0
15	اقل من 3000 شيكل - 2500	1	2	3	0
16	3000شيكل فاكثر	1	0	1	0
17	اقل من 2000 شيكل - 1500	1	1	2	0
18	اقل من 1000 شيكل	1	0	1	0
19	اقل من 3000 شيكل - 2500	2	2	4	0
20	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	4	5	0
21	اقل من 2000 شيكل - 1500	1	0	1	0
22	3000شيكل فاكثر	1	4	5	0
23	3000شيكل فاكثر	0	0	0	0
24	اقل من 1500 شيكل - 1000	0	1	1	0
25	اقل من 1500 شيكل - 1000	2	1	3	0
26	3000شيكل فاكثر	1	1	2	0
27	اقل من 2000 شيكل - 1500	4	7	11	0
28	اقل من 1000 شيكل	4	1	5	0
29	اقل من 1000 شيكل	3	5	8	0
30	اقل من 2000 شيكل - 1500	3	2	5	0
31	3000شيكل فاكثر	2	2	4	0
32	3000شيكل فاكثر	5	2	7	0
33	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	0	0	0
34	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	0	0	0
35	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	0	0	1
36	اقل من 2500 شيكل - 2000	3	5	8	0
37	اقل من 1000 شيكل	4	1	5	0
38	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	3	4	0
39	اقل من 3000 شيكل - 2500	4	3	7	0
40	3000شيكل فاكثر	1	1	2	0
41	اقل من 1000 شيكل	1	3	4	0
42	اقل من 3000 شيكل - 2500	1	3	4	0
43	اقل من 1500 شيكل - 1000	3	2	5	0

	death.f	death	livedeat	numblive	q10	q11
1	1	1	5	5	نعم	نعم
2	0	0	3	3	نعم	نعم
3	2	3	3	3	لا	لا
4	0	0	4	4	لا	لا
5	0	0	0	0	نعم	نعم
6	1	1	6	6	نعم	نعم
7	0	0	7	7	لا	لا
8	0	0	3	3	نعم	نعم
9	0	0	3	3	نعم	نعم
10	0	0	3	3	نعم	نعم
11	0	0	8	8	لا	لا
12	0	0	3	3	نعم	نعم
13	0	0	6	6	نعم	نعم
14	0	0	3	3	نعم	نعم
15	1	1	4	4	نعم	نعم
16	0	0	1	1	نعم	نعم
17	0	0	2	2	نعم	لا
18	0	0	1	1	نعم	نعم
19	0	0	4	4	لا	نعم
20	0	0	5	5	نعم	نعم
21	0	0	1	1	نعم	نعم
22	0	0	5	5	لا	نعم
23	0	0	0	0	نعم	نعم
24	0	0	1	1	نعم	لا
25	0	0	3	3	لا	لا
26	0	0	2	2	نعم	نعم
27	0	0	11	11	لا	لا
28	0	0	5	5	لا	لا
29	0	0	8	8	لا	لا
30	0	0	5	5	لا	لا
31	0	0	4	4	نعم	نعم
32	0	0	7	7	لا	لا
33	0	0	0	0	نعم	نعم
34	0	0	0	0	نعم	نعم
35	0	1	1	1	نعم	نعم
36	0	0	8	8	لا	لا
37	0	0	5	5	نعم	لا
38	0	0	4	4	نعم	نعم
39	0	0	7	7	لا	لا
40	0	0	2	2	نعم	نعم
41	0	0	4	4	لا	لا
42	0	0	4	4	نعم	نعم
43	0	0	5	5	نعم	نعم

	q12	q13	q14	q15	q16	newage.n
1	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
2	اكثر من سنة	لا	لا	نعم	نعم	25-29
3	شهر - اقل من 6 شهو	لا	لا	لا	لا	45-49
4	اكثر من سنة	لا	نعم	لا	نعم	25-29
5	لا إجابة	لا	لا	نعم	نعم	40-44
6	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
7	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	40-44
8	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	نعم	نعم	25-29
9	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
10	شهر - اقل من 6 شهو	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
11	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	لا	35-39
12	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
13	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	35-39
14	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	لا	30-34
15	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
16	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
17	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
18	اكثر من سنة	لا	نعم	لا	نعم	20-24
19	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
20	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	نعم	نعم	لا	30-34
21	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
22	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	لا	25-29
23	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	15-19
24	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
25	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	لا	نعم	25-29
26	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
27	اكثر من سنة	نعم	لا	نعم	نعم	45-49
28	اكثر من سنة	نعم	لا	نعم	نعم	40-44
29	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	40-44
30	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	لا	لا	40-44
31	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
32	اكثر من سنة	لا	لا	نعم	لا	40-44
33	لا إجابة	لا	لا	نعم	نعم	15-19
34	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
35	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
36	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	نعم	40-44
37	اكثر من سنة	نعم	نعم	لا	نعم	35-39
38	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
39	اكثر من سنة	لا	لا	لا	لا	40-44
40	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
41	اكثر من سنة	نعم	لا	نعم	لا	40-44
42	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
43	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	نعم	نعم	نعم	35-39

	newage.w	newliv.m	newlived	newdeath	newlive	nlivenew
1	15-19	5-9	4-6	1-2	4-6	3-5
2	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
3	15-19	30-34	1-3	3-4	0	3-5
4	20-24	5-9	4-6	0	4-6	3-5
5	30-34	5-9	0	0	0	0-2
6	15-19	10-14	4-6	1-2	4-6	6-23
7	20-24	15-19	7-9	0	7-9	6-23
8	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
9	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
10	15-19	0-4	1-3	0	1-3	3-5
11	15-19	15-19	7-9	0	7-9	6-23
12	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
13	15-19	15-19	4-6	0	4-6	6-23
14	20-24	10-14	1-3	0	1-3	3-5
15	20-24	5-9	4-6	1-2	1-3	3-5
16	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
17	20-24	5-9	1-3	0	1-3	0-2
18	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
19	20-24	10-14	4-6	0	4-6	3-5
20	20-24	5-9	4-6	0	4-6	3-5
21	25-29	0-4	1-3	0	1-3	0-2
22	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
23	15-19	0-4	0	0	0	0-2
24	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
25	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
26	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
27	20-24	20-24	10-23	0	10-13	6-23
28	20-24	15-19	4-6	0	4-6	3-5
29	25-29	15-19	7-9	0	7-9	6-23
30	25-29	15-19	4-6	0	4-6	3-5
31	25-29	5-9	4-6	0	4-6	3-5
32	25-29	10-14	7-9	0	7-9	6-23
33	15-19	0-4	0	0	0	0-2
34	30-34	0-4	0	0	0	0-2
35	20-24	0-4	1-3	1-2	0	0-2
36	20-24	15-19	7-9	0	7-9	6-23
37	15-19	20-24	4-6	0	4-6	3-5
38	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
39	20-24	20-24	7-9	0	7-9	6-23
40	25-29	0-4	1-3	0	1-3	0-2
41	20-24	15-19	4-6	0	4-6	3-5
42	20-24	10-14	4-6	0	4-6	3-5
43	20-24	10-14	4-6	0	4-6	3-5

	age.n	age.m	live.mar	edu.w	edu.m	work.w	work.m
44	41	21	20	بكالوريوس	دبلوم	تعمل	لا يعمل
45	26	24	2	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
46	42	31	11	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
47	30	26	4	بكالوريوس	دراسات عليا	تعمل	يعمل
48	24	20	4	بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
49	34	23	11	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
50	29	29	0	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
51	23	23	0	دبلوم	بكالوريوس	تعمل	يعمل
52	23	23	0	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
53	41	35	6	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
54	43	43	0	دبلوم	دبلوم	تعمل	يعمل
55	32	23	9	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
56	24	20	4	بكالوريوس	دبلوم	لا تعمل	يعمل
57	30	16	14	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
58	45	18	27	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	لا يعمل
59	27	23	4	دبلوم	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
60	33	15	18	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
61	36	24	12	دبلوم	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
62	22	18	4	بكالوريوس	دبلوم	لا تعمل	يعمل
63	23	16	7	بكالوريوس	دراسات عليا	لا تعمل	يعمل
64	42	18	24	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
65	20	15	5	اعدادي	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
66	31	22	9	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	لا يعمل
67	24	18	6	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
68	49	19	30	ابتدائي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
69	48	18	30	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	لا يعمل
70	27	22	5	بكالوريوس	اعدادي	لا تعمل	لا يعمل
71	35	16	19	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
72	29	15	14	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
73	40	15	25	اعدادي	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
74	29	19	10	ثانوي	ابتدائي	لا تعمل	يعمل
75	30	20	10	بكالوريوس	ثانوي	لا تعمل	لا يعمل
76	30	20	10	دبلوم	ثانوي	لا تعمل	يعمل
77	30	16	14	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
78	21	15	6	اعدادي	دراسات عليا	لا تعمل	يعمل
79	46	17	29	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
80	30	26	4	بكالوريوس	دبلوم	لا تعمل	يعمل
81	31	23	8	بكالوريوس	دبلوم	تعمل	يعمل
82	29	23	6	بكالوريوس	دراسات عليا	تعمل	يعمل
83	22	20	2	بكالوريوس	دراسات عليا	لا تعمل	يعمل
84	39	25	14	بكالوريوس	دراسات عليا	لا تعمل	يعمل
85	49	29	20	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
86	20	20	0	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
				بكالوريوس	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل

	incom	live.m	live.f	live	death.m
44	اقل من 2500 شيكل - 2000	4	4	8	0
45	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	1	1	0
46	3000شيكل فاكثر	1	2	3	0
47	3000شيكل فاكثر	0	1	1	0
48	اقل من 3000 شيكل - 2500	2	1	3	0
49	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	2	2	0
50	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
51	اقل من 2500 شيكل - 2000	0	0	0	0
52	اقل من 2500 شيكل - 2000	0	0	0	0
53	3000شيكل فاكثر	2	4	6	0
54	3000شيكل فاكثر	1	3	4	0
55	3000شيكل فاكثر	2	2	4	0
56	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	1	2	0
57	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	3	4	0
58	اقل من 1000 شيكل	6	2	8	0
59	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	1	2	0
60	اقل من 2000 شيكل - 1500	2	3	5	0
61	3000شيكل فاكثر	2	3	5	0
62	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	0	0	0
63	3000شيكل فاكثر	2	0	2	0
64	اقل من 1000 شيكل	1	4	5	0
65	اقل من 1000 شيكل	0	1	1	0
66	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	0	1	0
67	اقل من 1000 شيكل	1	1	2	0
68	اقل من 1000 شيكل	4	7	11	0
69	اقل من 1000 شيكل	9	3	12	1
70	اقل من 3000 شيكل - 2500	1	1	2	0
71	اقل من 2500 شيكل - 2000	3	3	6	0
72	اقل من 1000 شيكل	1	1	2	0
73	اقل من 1000 شيكل	4	3	7	0
74	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
75	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	2	2	0
76	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	1	1	0
77	اقل من 3000 شيكل - 2500	4	1	5	0
78	اقل من 1500 شيكل - 1000	0	3	3	0
79	3000شيكل فاكثر	7	1	8	0
80	3000شيكل فاكثر	2	0	2	0
81	3000شيكل فاكثر	3	1	4	1
82	اقل من 2500 شيكل - 2000	1	1	2	0
83	اقل من 3000 شيكل - 2500	1	0	1	0
84	اقل من 1500 شيكل - 1000	2	2	4	0
85	اقل من 2000 شيكل - 1500	3	7	10	0
86	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	0	0	0

	death.f	death	livedeat	numblive	q10	q11
44	0	0	8	8	لا	لا
45	0	0	1	1	نعم	نعم
46	0	0	3	3	نعم	نعم
47	0	0	1	1	نعم	نعم
48	0	0	3	3	لا	لا
49	0	0	2	2	لا	لا
50	0	0	0	0	نعم	نعم
51	0	0	0	0	نعم	نعم
52	0	0	0	0	نعم	نعم
53	0	0	6	6	نعم	نعم
54	0	0	4	4	لا	لا
55	0	0	4	4	نعم	نعم
56	0	0	2	2	نعم	نعم
57	0	0	4	4	نعم	نعم
58	0	0	8	8	لا	لا
59	0	0	2	2	نعم	نعم
60	0	0	5	5	لا	لا
61	0	0	5	5	لا	لا
62	0	0	0	0	نعم	نعم
63	0	0	2	2	نعم	نعم
64	0	0	5	5	لا	لا
65	0	0	1	1	نعم	نعم
66	0	0	1	1	نعم	نعم
67	0	0	2	2	نعم	نعم
68	0	0	11	11	لا	لا
69	0	1	13	13	لا	لا
70	1	1	3	3	نعم	نعم
71	0	0	6	6	نعم	نعم
72	0	0	2	2	نعم	نعم
73	0	0	7	7	نعم	نعم
74	0	0	0	0	نعم	نعم
75	0	0	2	2	نعم	نعم
76	0	0	1	1	نعم	نعم
77	0	0	5	5	لا	لا
78	0	0	3	3	نعم	نعم
79	0	0	8	8	لا	لا
80	0	0	2	2	نعم	لا
81	0	1	5	5	لا	لا
82	0	0	2	2	لا	لا
83	0	0	1	1	نعم	نعم
84	0	0	4	4	لا	لا
85	0	0	10	10	لا	لا
86	0	0	0	0	نعم	نعم

	q12	q13	q14	q15	q16	newage.n
44	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	لا	40-44
45	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
46	من 6 اشهر - سنة	لا	لا	نعم	نعم	40-44
47	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
48	من 6 اشهر - سنة	لا	لا	نعم	نعم	20-24
49	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
50	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
51	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
52	اكثر من سنة	لا	لا	نعم	نعم	20-24
53	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	40-44
54	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	لا	نعم	نعم	40-44
55	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
56	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
57	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
58	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	لا	نعم	45-49
59	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
60	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
61	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	35-39
62	لا إجابة	لا	لا	نعم	نعم	20-24
63	شهر - اقل من 6 شهو	لا	لا	نعم	نعم	20-24
64	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	لا	لا	نعم	40-44
65	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
66	اقل من شهر	لا	لا	نعم	نعم	30-34
67	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
68	من 6 اشهر - سنة	لا	لا	لا	نعم	45-49
69	اكثر من سنة	لا	لا	لا	نعم	45-49
70	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
71	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	35-39
72	اكثر من سنة	لا	لا إجابة	لا	نعم	25-29
73	اكثر من سنة	نعم	نعم	لا	نعم	40-44
74	لا إجابة	لا	لا	لا	نعم	25-29
75	من 6 اشهر - سنة	لا	لا	نعم	نعم	30-34
76	اكثر من سنة	لا	لا	نعم	نعم	30-34
77	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
78	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	نعم	نعم	نعم	20-24
79	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	نعم	45-49
80	شهر - اقل من 6 شهو	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
81	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
82	اقل من شهر	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
83	شهر - اقل من 6 شهو	لا	لا	نعم	نعم	20-24
84	اكثر من سنة	لا	نعم	لا	نعم	35-39
85	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	نعم	لا	45-49
86	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24

	newage.w	newliv.m	newlived	newdeath	newlive	nlivenew
44	20-24	20-24	7-9	0	7-9	6-23
45	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
46	30-34	10-14	1-3	0	1-3	3-5
47	25-29	0-4	1-3	0	1-3	0-2
48	20-24	0-4	1-3	0	1-3	3-5
49	20-24	10-14	1-3	0	1-3	0-2
50	25-29	0-4	0	0	0	0-2
51	20-24	0-4	0	0	0	0-2
52	20-24	0-4	0	0	0	0-2
53	35-39	5-9	4-6	0	4-6	6-23
54	40-44	0-4	4-6	0	4-6	3-5
55	20-24	5-9	4-6	0	4-6	3-5
56	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
57	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
58	15-19	25-29	7-9	0	7-9	6-23
59	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
60	15-19	15-19	4-6	0	4-6	3-5
61	20-24	10-14	4-6	0	4-6	3-5
62	15-19	0-4	0	0	0	0-2
63	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
64	15-19	20-24	4-6	0	4-6	3-5
65	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
66	20-24	5-9	1-3	0	1-3	0-2
67	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
68	15-19	30-34	10-23	0	10-13	6-23
69	15-19	30-34	10-23	1-2	10-13	6-23
70	20-24	5-9	1-3	1-2	1-3	3-5
71	15-19	15-19	4-6	0	4-6	6-23
72	15-19	10-14	1-3	0	1-3	0-2
73	15-19	25-29	7-9	0	7-9	6-23
74	15-19	10-14	0	0	0	0-2
75	20-24	10-14	1-3	0	1-3	0-2
76	20-24	10-14	1-3	0	1-3	0-2
77	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
78	15-19	5-9	1-3	0	1-3	3-5
79	15-19	25-29	7-9	0	7-9	6-23
80	25-29	0-4	1-3	0	1-3	0-2
81	20-24	5-9	4-6	1-2	4-6	3-5
82	20-24	5-9	1-3	0	1-3	0-2
83	20-24	0-4	1-3	0	1-3	0-2
84	25-29	10-14	4-6	0	4-6	3-5
85	25-29	20-24	10-23	0	10-13	6-23
86	20-24	0-4	0	0	0	0-2

	age.n	age.m	live.mar	edu.w	edu.m	work.w	work.m
87	27	26	1	بكالوريوس	بكالوريوس	تعمل	يعمل
88	27	21	6	ثانوي	دبلوم	لا تعمل	يعمل
89	40	30	10	دبلوم	بكالوريوس	تعمل	يعمل
90	26	18	8	دبلوم	دبلوم	تعمل	يعمل
91	29	22	7	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
92	23	16	7	اعدادي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
93	23	15	8	اعدادي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
94	18	17	1	ثانوي	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
95	24	17	7	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	لا يعمل
96	29	20	9	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
97	45	35	10	دراسات عليا	اعدادي	لا تعمل	يعمل
98	35	24	11	ثانوي	ابتدائي	لا تعمل	يعمل
99	33	17	16	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
100	30	20	10	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
101	43	16	27	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
102	35	18	17	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
103	42	30	12	اعدادي	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
104	26	21	5	ثانوي	ابتدائي	لا تعمل	يعمل
105	33	15	18	ابتدائي	ابتدائي	تعمل	يعمل
106	30	25	5	دبلوم	ابتدائي	لا تعمل	لا يعمل
107	27	19	8	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
108	33	15	18	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
109	29	18	11	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
110	42	15	27	اعدادي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
111	22	16	6	اعدادي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
112	48	19	29	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	لا يعمل
113	21	18	3	دبلوم	دبلوم	لا تعمل	يعمل
114	33	29	4	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
115	33	19	14	ثانوي	دبلوم	لا تعمل	يعمل
116	29	23	6	بكالوريوس	دبلوم	لا تعمل	يعمل
117	27	17	10	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
118	21	18	3	بكالوريوس	ثانوي	لا تعمل	يعمل
119	31	23	8	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	يعمل
120	28	24	4	دبلوم	ثانوي	تعمل	يعمل
121	37	17	20	ثانوي	دبلوم	لا تعمل	لا يعمل
122	26	18	8	ثانوي	اعدادي	لا تعمل	لا يعمل
123	17	17	0	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
124	25	18	7	ثانوي	دبلوم	لا تعمل	يعمل
125	32	18	14	ثانوي	ثانوي	لا تعمل	يعمل
126	26	18	8	ثانوي	بكالوريوس	لا تعمل	يعمل
127	37	18	19	ثانوي	ثانوي	تعمل	لا يعمل
128	29	17	12	بكالوريوس	دبلوم	تعمل	يعمل
129	19	18	1	ثانوي	دبلوم	لا تعمل	يعمل

	incom	live.m	live.f	live	death.m
87	3000شيكل فاكثر	1	0	1	0
88	اقل من 1500 شيكل - 1000	3	0	3	0
89	3000شيكل فاكثر	1	1	2	0
90	اقل من 3000 شيكل - 2500	2	0	2	0
91	اقل من 1000 شيكل	1	2	3	0
92	اقل من 1500 شيكل - 1000	3	0	3	0
93	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	3	4	0
94	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
95	3000شيكل فاكثر	1	0	1	0
96	اقل من 1500 شيكل - 1000	2	2	4	0
97	3000شيكل فاكثر	2	3	5	0
98	اقل من 1000 شيكل	3	2	5	1
99	اقل من 1000 شيكل	1	3	4	0
100	اقل من 1000 شيكل	1	5	6	0
101	اقل من 1500 شيكل - 1000	6	3	9	0
102	اقل من 2500 شيكل - 2000	3	4	7	0
103	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
104	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
105	اقل من 1000 شيكل	6	1	7	1
106	اقل من 1000 شيكل	0	0	0	0
107	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	0	1	0
108	اقل من 2000 شيكل - 1500	4	1	5	0
109	اقل من 2500 شيكل - 2000	3	1	4	0
110	اقل من 1500 شيكل - 1000	3	5	8	1
111	اقل من 1500 شيكل - 1000	2	0	2	0
112	اقل من 1000 شيكل	3	8	11	0
113	3000شيكل فاكثر	1	0	1	0
114	اقل من 1500 شيكل - 1000	0	0	0	0
115	اقل من 3000 شيكل - 2500	4	3	7	0
116	اقل من 2000 شيكل - 1500	0	2	2	0
117	اقل من 2000 شيكل - 1500	2	3	5	0
118	اقل من 1500 شيكل - 1000	0	1	1	0
119	3000شيكل فاكثر	1	2	3	0
120	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	0	0	0
121	اقل من 1000 شيكل	4	3	7	0
122	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	1	2	0
123	اقل من 1500 شيكل - 1000	0	0	0	0
124	اقل من 2000 شيكل - 1500	1	2	3	0
125	3000شيكل فاكثر	2	4	6	0
126	اقل من 1500 شيكل - 1000	1	2	3	0
127	اقل من 1000 شيكل	2	6	8	0
128	3000شيكل فاكثر	3	0	3	0
129	اقل من 3000 شيكل - 2500	0	0	0	0

	death.f	death	livedeat	numblive	q10	q11
87	0	0	1	1	نعم	نعم
88	0	0	3	3	نعم	لا
89	0	0	2	2	لا	لا
90	0	0	2	2	نعم	نعم
91	0	0	3	3	لا	لا
92	0	0	3	3	نعم	لا
93	0	0	4	4	نعم	نعم
94	0	0	0	0	نعم	نعم
95	0	0	1	1	نعم	نعم
96	0	0	4	4	نعم	نعم
97	0	0	5	5	نعم	نعم
98	1	2	7	7	نعم	نعم
99	0	0	4	4	نعم	نعم
100	0	0	6	6	لا	نعم
101	0	0	9	9	لا	لا
102	0	0	7	7	لا	لا
103	0	0	0	0	نعم	نعم
104	0	0	0	0	نعم	نعم
105	0	1	8	8	لا	لا
106	0	0	0	0	نعم	لا
107	0	0	1	1	نعم	نعم
108	0	0	5	5	لا	لا
109	0	0	4	4	لا	لا
110	1	2	10	10	لا	لا
111	0	0	2	2	نعم	نعم
112	0	0	11	11	لا	لا
113	0	0	1	1	لا	لا
114	0	0	0	0	نعم	نعم
115	0	0	7	7	لا	لا
116	0	0	2	2	نعم	نعم
117	0	0	5	5	لا	لا
118	0	0	1	1	نعم	نعم
119	0	0	3	3	نعم	نعم
120	0	0	0	0	نعم	نعم
121	0	0	7	7	لا	لا
122	0	0	2	2	نعم	نعم
123	0	0	0	0	نعم	نعم
124	0	0	3	3	نعم	لا
125	0	0	6	6	نعم	نعم
126	0	0	3	3	نعم	نعم
127	0	0	8	8	نعم	نعم
128	0	0	3	3	نعم	لا
129	0	0	0	0	نعم	نعم

	q12	q13	q14	q15	q16	newage.n
87	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
88	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
89	اقل من شهر	لا	لا	نعم	نعم	40-44
90	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
91	اكثر من سنة	نعم	لا	نعم	لا	25-29
92	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	لا	20-24
93	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	لا	20-24
94	لا إجابة	لا	لا	نعم	نعم	15-19
95	اكثر من سنة	لا	نعم	لا	نعم	20-24
96	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	لا	25-29
97	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	45-49
98	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	لا	لا	35-39
99	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
100	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	نعم	30-34
101	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	لا	40-44
102	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	لا	35-39
103	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	40-44
104	لا إجابة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
105	اقل من شهر	نعم	لا	لا	نعم	30-34
106	لا إجابة	لا	لا إجابة	لا	نعم	30-34
107	اكثر من سنة	لا	لا إجابة	نعم	نعم	25-29
108	اكثر من سنة	نعم	لا إجابة	نعم	لا	30-34
109	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
110	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	40-44
111	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	20-24
112	اكثر من سنة	لا	لا	لا	نعم	45-49
113	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	لا	20-24
114	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
115	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	نعم	نعم	30-34
116	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
117	من 6 اشهر - سنة	نعم	لا	لا	نعم	25-29
118	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	20-24
119	شهر - اقل من 6 شهو	لا	نعم	نعم	نعم	30-34
120	اكثر من سنة	لا	لا	نعم	نعم	25-29
121	اكثر من سنة	نعم	لا	لا	نعم	35-39
122	اكثر من سنة	لا	نعم	نعم	نعم	25-29
123	لا إجابة	لا	نعم	نعم	نعم	15-19
124	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
125	اكثر من سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	30-34
126	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
127	من 6 اشهر - سنة	نعم	نعم	لا	نعم	35-39
128	اقل من شهر	نعم	نعم	نعم	نعم	25-29
129	من 6 اشهر - سنة	لا	نعم	نعم	نعم	15-19

	newage.w	newliv.m	newlived	newdeath	newlive	nlivenew
87	25-29	0-4	1-3	0	1-3	0-2
88	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
89	30-34	10-14	1-3	0	1-3	0-2
90	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
91	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
92	15-19	5-9	1-3	0	1-3	3-5
93	15-19	5-9	4-6	0	4-6	3-5
94	15-19	0-4	0	0	0	0-2
95	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
96	20-24	5-9	4-6	0	4-6	3-5
97	35-39	10-14	4-6	0	4-6	3-5
98	20-24	10-14	7-9	1-2	4-6	6-23
99	15-19	15-19	4-6	0	4-6	3-5
100	20-24	10-14	4-6	0	4-6	6-23
101	15-19	25-29	7-9	0	7-9	6-23
102	15-19	15-19	7-9	0	7-9	6-23
103	30-34	10-14	0	0	0	0-2
104	20-24	5-9	0	0	0	0-2
105	15-19	15-19	7-9	1-2	7-9	6-23
106	25-29	5-9	0	0	0	0-2
107	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
108	15-19	15-19	4-6	0	4-6	3-5
109	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
110	15-19	25-29	10-23	1-2	7-9	6-23
111	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
112	15-19	25-29	10-23	0	10-13	6-23
113	15-19	0-4	1-3	0	1-3	0-2
114	25-29	0-4	0	0	0	0-2
115	15-19	10-14	7-9	0	7-9	6-23
116	20-24	5-9	1-3	0	1-3	0-2
117	15-19	10-14	4-6	0	4-6	3-5
118	15-19	0-4	1-3	0	1-3	0-2
119	20-24	5-9	1-3	0	1-3	3-5
120	20-24	0-4	0	0	0	0-2
121	15-19	20-24	7-9	0	7-9	6-23
122	15-19	5-9	1-3	0	1-3	0-2
123	15-19	0-4	0	0	0	0-2
124	15-19	5-9	1-3	0	1-3	3-5
125	15-19	10-14	4-6	0	4-6	6-23
126	15-19	5-9	1-3	0	1-3	3-5
127	15-19	15-19	7-9	0	7-9	6-23
128	15-19	10-14	1-3	0	1-3	3-5
129	15-19	0-4	0	0	0	0-2

ملحق رقم (4)

نتائج اختبار الفرضيات

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.349[a]	.122	.121	2.655
2	.361[b]	.130	.128	2.644
3	.369[c]	.136	.133	2.636
4	.379[d]	.144	.140	2.626

Model Summary

Model	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.122	119.016	1	859	.000
2	.008	8.347	1	858	.004
3	.006	5.888	1	857	.015
4	.008	7.715	1	856	.006

a. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

b. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال

c. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة

d. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة, الدخل الشهري للاسرة

ANOVA[e]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	838.912	1	838.912	119.016	.000[a]
	Residual	6054.888	859	7.049		
	Total	6893.800	860			
2	Regression	897.250	2	448.625	64.190	.000[b]
	Residual	5996.550	858	6.989		
	Total	6893.800	860			
3	Regression	938.172	3	312.724	45.000	.000[c]
	Residual	5955.629	857	6.949		
	Total	6893.800	860			
4	Regression	991.372	4	247.843	35.943	.000[d]
	Residual	5902.428	856	6.895		
	Total	6893.800	860			

a. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

b. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال

c. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة

d. Predictors: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة, الدخل الشهري للاسرة

e. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء الخصوبة)

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	5.995	.184		32.567	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-2.306	.211	-.349	-10.909	.000
2	(Constant)	6.577	.272		24.152	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-2.138	.218	-.323	-9.789	.000
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.812	.281	-.095	-2.889	.004
3	(Constant)	6.638	.273		24.342	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-2.054	.220	-.311	-9.315	.000
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.798	.280	-.094	-2.847	.005
	الحالة العملية للزوجة	-.494	.204	-.078	-2.427	.015
4	(Constant)	6.296	.298		21.104	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-2.327	.241	-.352	-9.670	.000
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.752	.280	-.088	-2.687	.007
	الحالة العملية للزوجة	-.706	.217	-.112	-3.258	.001
	الدخل الشهري للاسرة	.165	.059	.104	2.778	.006

a. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء (الخصوبة

Excluded Variables[e]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	الحالة العملية للزوجة	-.080[a]	-2.476	.013	-.084	.972
	الحالة العملية للزوج	.010[a]	.300	.764	.010	.868
	الدخل الشهري للاسرة	.066[a]	1.864	.063	.064	.810
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.095[a]	-2.889	.004	-.098	.929
2	الحالة العملية للزوجة	-.078[b]	-2.427	.015	-.083	.971
	الحالة العملية للزوج	.013[b]	.367	.714	.013	.868
	الدخل الشهري للاسرة	.061[b]	1.733	.084	.059	.808
3	الحالة العملية للزوج	.009[c]	.274	.784	.009	.866
	الدخل الشهري للاسرة	.104[c]	2.778	.006	.095	.708
4	الحالة العملية للزوج	-.040[d]	-1.054	.292	-.036	.699

a. Predictors in the Model: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

b. Predictors in the Model: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال

c. Predictors in the Model: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة

d. Predictors in the Model: (Constant), هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال, الحالة العملية للزوجة, الدخل الشهري للاسرة

e. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء (الخصوبة

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.744[a]	.553	.552	1.894
2	.759[b]	.576	.575	1.845
3	.764[c]	.584	.583	1.828
4	.769[d]	.591	.589	1.815
5	.770[e]	.593	.591	1.811

Model Summary

Model	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.553	1062.251	1	859	.000
2	.023	47.184	1	858	.000
3	.008	16.901	1	857	.000
4	.007	13.887	1	856	.000
5	.002	4.977	1	855	.026

a. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

d. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة

e. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

ANOVA[f]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3811.551	1	3811.551	1062.251	.000[a]
	Residual	3082.250	859	3.588		
	Total	6893.800	860			
2	Regression	3972.216	2	1986.108	583.273	.000[b]
	Residual	2921.584	858	3.405		
	Total	6893.800	860			
3	Regression	4028.719	3	1342.908	401.689	.000[c]
	Residual	2865.082	857	3.343		
	Total	6893.800	860			
4	Regression	4074.457	4	1018.614	309.268	.000[d]
	Residual	2819.343	856	3.294		
	Total	6893.800	860			
5	Regression	4090.772	5	818.154	249.559	.000[e]
	Residual	2803.028	855	3.278		
	Total	6893.800	860			

a. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

d. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة

e. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

f. Dependent Variable: عدد المواليد أحياء (الخصوبة)

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.414	.134		3.086	.002
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.254	.038	.744	32.592	.000
2	(Constant)	1.615	.218		7.398	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.058	.047	.628	22.482	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-1.091	.159	-.192	-6.869	.000
3	(Constant)	1.289	.230		5.594	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.024	.047	.607	21.599	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.992	.159	-.174	-6.229	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.576	.140	.097	4.111	.000
4	(Constant)	2.232	.341		6.544	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	.965	.050	.572	19.466	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-1.009	.158	-.177	-6.384	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.576	.139	.097	4.142	.000
	المؤهل العلمي للزوجة	-.213	.057	-.088	-3.727	.000
5	(Constant)	2.428	.351		6.908	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	.964	.049	.571	19.470	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-1.003	.158	-.176	-6.357	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.610	.140	.102	4.369	.000
	المؤهل العلمي للزوجة	-.146	.064	-.060	-2.277	.023
	المؤهل العلمي للزوج	-.117	.052	-.056	-2.231	.026

a. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء الخصوبة)

Excluded Variables[f]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
1	المؤهل العلمي للزوجة	-.083[a]	-3.389	.001	-.115	.861
	المؤهل العلمي للزوج	-.071[a]	-3.074	.002	-.104	.967
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.001[a]	-.024	.981	-.001	.944
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.119[a]	5.005	.000	.168	.897
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.026[a]	-1.152	.250	-.039	1.000
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى أنجاب الطفل التالي	.037[a]	1.585	.113	.054	.950
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.192[a]	-6.869	.000	-.228	.634

Excluded Variables[f]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics: Tolerance
1	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.162[a]	-5.945	.000	-.199	.675
2	المؤهل العلمي للزوجة	-.088[b]	-3.692	.000	-.125	.860
	المؤهل العلمي للزوج	-.073[b]	-3.245	.001	-.110	.967
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.015[b]	-.633	.527	-.022	.937
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.097[b]	4.111	.000	.139	.876
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.023[b]	-1.040	.299	-.036	.999
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.008[b]	.327	.743	.011	.916
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.047[b]	-1.107	.269	-.038	.277
3	المؤهل العلمي للزوجة	-.088[c]	-3.727	.000	-.126	.860
	المؤهل العلمي للزوج	-.083[c]	-3.698	.000	-.125	.958
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.006[c]	-.283	.778	-.010	.930
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.012[c]	-.522	.602	-.018	.983
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.028[c]	1.202	.230	.041	.877
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.036[c]	-.854	.393	-.029	.276
4	المؤهل العلمي للزوج	-.056[d]	-2.231	.026	-.076	.752
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	.026[d]	1.091	.275	.037	.815
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.020[d]	-.916	.360	-.031	.972
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.026[d]	1.114	.266	.038	.876
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.034[d]	-.819	.413	-.028	.276
5	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	.022[e]	.921	.357	.032	.810
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.026[e]	-1.152	.250	-.039	.962
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.018[e]	.757	.449	.026	.852
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.031[e]	-.740	.460	-.025	.275

a. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

d. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة

e. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, المؤهل العلمي للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

f. Dependent Variable: (عدد المواليد احياء (الخصوبة

Regression

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.744[a]	.553	.552	1.894
2	.759[b]	.576	.575	1.845
3	.766[c]	.587	.586	1.822
4	.772[d]	.596	.594	1.805
5	.774[e]	.599	.597	1.797
6	.775[f]	.601	.598	1.794

Model Summary

Model	Change Statistics				
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.553	1062.251	1	859	.000
2	.023	47.184	1	858	.000
3	.011	22.655	1	857	.000
4	.008	17.773	1	856	.000
5	.004	8.073	1	855	.005
6	.002	3.953	1	854	.047

a. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

d. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

e. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة

f. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

ANOVA[g]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3811.551	1	3811.551	1062.251	.000[a]
	Residual	3082.250	859	3.588		
	Total	6893.800	860			
2	Regression	3972.216	2	1986.108	583.273	.000[b]
	Residual	2921.584	858	3.405		
	Total	6893.800	860			
3	Regression	4047.459	3	1349.153	406.214	.000[c]
	Residual	2846.341	857	3.321		
	Total	6893.800	860			
4	Regression	4105.354	4	1026.338	315.066	.000[d]
	Residual	2788.446	856	3.258		
	Total	6893.800	860			
5	Regression	4131.435	5	826.287	255.750	.000[e]
	Residual	2762.365	855	3.231		
	Total	6893.800	860			
6	Regression	4144.162	6	690.694	214.520	.000[f]
	Residual	2749.638	854	3.220		
	Total	6893.800	860			

a. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

d. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

e. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة

f. Predictors: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

g. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء (الخصوبة

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	.414	.134		3.086	.002
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.254	.038	.744	32.592	.000
2	(Constant)	1.615	.218		7.398	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.058	.047	.628	22.482	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-1.091	.159	-.192	-6.869	.000
3	(Constant)	2.193	.247		8.863	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	1.027	.047	.609	21.861	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.952	.160	-.167	-5.962	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.737	.155	-.111	-4.760	.000
4	(Constant)	1.869	.257		7.273	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	.991	.047	.588	20.977	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.850	.160	-.149	-5.315	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.744	.153	-.113	-4.850	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.583	.138	.098	4.216	.000
5	(Constant)	1.958	.258		7.594	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	.980	.047	.581	20.735	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.874	.159	-.153	-5.478	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.676	.155	-.102	-4.370	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.611	.138	.103	4.423	.000
	الحالة العملية للزوجة	-.397	.140	-.063	-2.841	.005
6	(Constant)	2.280	.304		7.496	.000
	فئات مدة الحياة الزواجية	.968	.048	.574	20.385	.000
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.889	.159	-.156	-5.575	.000
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.588	.161	-.089	-3.660	.000
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.635	.138	.107	4.589	.000
	الحالة العملية للزوجة	-.354	.141	-.056	-2.508	.012
	المؤهل العلمي للزوج	-.097	.049	-.047	-1.988	.047

a. Dependent Variable: (الخصوبة) عدد المواليد أحياء

Excluded Variables[g]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics: Tolerance
1	المؤهل العلمي للزوجة	-.083[a]	-3.389	.001	-.115	.861
	المؤهل العلمي للزوج	-.071[a]	-3.074	.002	-.104	.967
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.001[a]	-.024	.981	-.001	.944
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.119[a]	5.005	.000	.168	.897
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.026[a]	-1.152	.250	-.039	1.000
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.037[a]	1.585	.113	.054	.950
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال	-.192[a]	-6.869	.000	-.228	.634
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.162[a]	-5.945	.000	-.199	.675
	الحالة العملية للزوجة	-.065[a]	-2.865	.004	-.097	.991
	الحالة العملية للزوج	-.028[a]	-1.198	.231	-.041	.985
	الدخل الشهري للاسرة	-.073[a]	-3.223	.001	-.109	.999
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.137[a]	-5.841	.000	-.196	.909
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.095[a]	-4.168	.000	-.141	.986
2	المؤهل العلمي للزوجة	-.088[b]	-3.692	.000	-.125	.860
	المؤهل العلمي للزوج	-.073[b]	-3.245	.001	-.110	.967
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.015[b]	-.633	.527	-.022	.937
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.097[b]	4.111	.000	.139	.876
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.023[b]	-1.040	.299	-.036	.999
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.008[b]	.327	.743	.011	.916
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.047[b]	-1.107	.269	-.038	.277
	الحالة العملية للزوجة	-.071[b]	-3.188	.001	-.108	.990
	الحالة العملية للزوج	-.017[b]	-.753	.452	-.026	.980
	الدخل الشهري للاسرة	-.067[b]	-3.035	.002	-.103	.997
	هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال	-.111[b]	-4.760	.000	-.160	.878
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.065[b]	-2.847	.005	-.097	.941

Excluded Variables[g]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics
						Tolerance
3	المؤهل العلمي للزوجة	-.066[c]	-2.745	.006	-.093	.819
	المؤهل العلمي للزوج	-.045[c]	-1.947	.052	-.066	.882
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	-.008[c]	-.358	.721	-.012	.933
	هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل	.098[c]	4.216	.000	.143	.876
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.026[c]	-1.176	.240	-.040	.999
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	-.012[c]	-.527	.598	-.018	.887
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.040[c]	-.964	.335	-.033	.277
	الحالة العملية للزوجة	-.056[c]	-2.508	.012	-.085	.966
	الحالة العملية للزوج	.021[c]	.904	.366	.031	.868
	الدخل الشهري للاسرة	-.026[c]	-1.039	.299	-.036	.798
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.044[c]	-1.904	.057	-.065	.898
4	المؤهل العلمي للزوجة	-.066[d]	-2.761	.006	-.094	.819
	المؤهل العلمي للزوج	-.056[d]	-2.393	.017	-.082	.873
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	.000[d]	.008	.994	.000	.926
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.014[d]	-.648	.517	-.022	.982
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.008[d]	.348	.728	.012	.848
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.029[d]	-.702	.483	-.024	.275
	الحالة العملية للزوجة	-.063[d]	-2.841	.005	-.097	.961
	الحالة العملية للزوج	.013[d]	.556	.578	.019	.862
	الدخل الشهري للاسرة	-.036[d]	-1.473	.141	-.050	.790
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.039[d]	-1.695	.090	-.058	.896
5	المؤهل العلمي للزوجة	-.043[e]	-1.557	.120	-.053	.616
	المؤهل العلمي للزوج	-.047[e]	-1.988	.047	-.068	.853
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	.024[e]	1.011	.312	.035	.823
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.019[e]	-.861	.390	-.029	.977
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.008[e]	.333	.739	.011	.848
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.028[e]	-.683	.495	-.023	.275
	الحالة العملية للزوج	.010[e]	.431	.667	.015	.860
	الدخل الشهري للاسرة	-.013[e]	-.509	.611	-.017	.692
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.037[e]	-1.605	.109	-.055	.895

Excluded Variables[g]

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics: Tolerance
6	المؤهل العلمي للزوجة	-.025[f]	-.816	.415	-.028	.513
	فئات عمر الزوجة عند الزواج الأول	.026[f]	1.082	.279	.037	.823
	ما هي الفترة التي ترضعين فيها ابناؤك رضاعة طبيعية	-.025[f]	-1.125	.261	-.038	.961
	هل ترغبين في الانتظار من الان وحتى انجاب الطفل التالي	.003[f]	.111	.911	.004	.838
	هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال الذكور	-.026[f]	-.629	.530	-.022	.275
	الحالة العملية للزوج	.027[f]	1.088	.277	.037	.780
	الدخل الشهري للاسرة	.017[f]	.575	.565	.020	.515
	هل ترى ان هناك منفعة مستقبلية تستمدها الاسرة من انجاب الاطفال	-.038[f]	-1.670	.095	-.057	.894

a. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية

b. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال

c. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال

d. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل

e. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة

f. Predictors in the Model: (Constant), فئات مدة الحياة الزواجية, هل لديك الرغبة في انجاب المزيد من الاطفال , هل العائلة قادرة على تحمل تكلفة انجاب وتربية الاطفال, هل سبق وان استخدمت وسائل منع الحمل, الحالة العملية للزوجة, المؤهل العلمي للزوج

g. Dependent Variable: (عدد المواليد أحياء (الخصوبة

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على أهم المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية ذات التأثير الأقوى على الخصوبة البشرية في قطاع غزة، ولتحقيق ذلك تم اختبار مجموعة من الفرضيات المبنية على العلاقات المفترضة لتلك المتغيرات.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها، أن العبء الاقتصادي الذي تتحمله الأسرة في سبيل إنجاب وتربية الأطفال يلعب دوراً هاماً في التأثير على الخصوبة البشرية، وأن متغير مدة الحياة الزواجية من أكثر المتغيرات تأثيراً على الخصوبة البشرية، وكذلك أن مساهمة المرأة وتفعيل مشاركتها في سوق العمل من العوامل التي تساهم في تراجع معدلات الخصوبة.

الكلمات المفتاحية: الخصوبة البشرية، عدد المواليد أحياء، الدخل، النمو السكاني، مدة الحياة الزواجية.

Abstract :

This study aimed to identify the most important economic and demographic factors with the strongest influence on human fertility in Gaza Strip. To achieve our goal, sets of hypotheses based on the supposed relationship of those factors are tested .The study reached that the economic burden borne by the family for the birth and raising children play an important role in influencing human fertility, the life span of marriage is the most important factor on influencing human fertility .The study also indicated that the contribution of women and activating their participation in the labor market contribute to the decline in fertility rates .

Keywords :Human fertility, The number of live births, Income, Population growth, Life span of marriage.

Résumé :

Cette étude a pour objet la compréhension de certaines variables économique et démographiques qui on une grande influence sur la natalité dans la bande de Ghaza.

Pour réaliser ce travail, le choix s'est fixé sur les hypothèses construites à partir des relations de ces variables.

Les résultats auxquels a abouti cette étude ont démontré que les charges familiales sont les facteurs les plus déterminants de la natalité et de l'éducation des enfants, ainsi que la variable de la durée de vie conjugale. Par contre l'intégration de la femme dans la vie active au marché du travail constitue frein à ce phénomène de croissance démographique.

Mots clefs : Fécondation humaine, nombre de nouveaux nés, revenu, croissance démographique, durée de vie conjugale.