

### Appendix 3

## ركود التحول الديموغرافي باتجاه مرحلة التوازن السكاني في سورية مشكلة تباطؤ تراجع معدل الخصب السكاني

فريق عمل

الجمهورية العربية السورية

دمشق 2011

## 1- إطار تمهيدي: عرض المشكلة وتساؤلاتها الأساسية

تضاعف عدد السكان في سورية خلال العقود الأربعة الماضية (3.2) مرة، فازداد من (6.3) مليون نسمة عام 1970 إلى ( 20.6 ) مليون نسمة عام 2010. ومن المتوقع أن يرتفع حجم سكان سورية الحالي إلى (42.2) مليون نسمة عام 2050، وفق الفرض المرتفع للنمو السكاني، وإلى (40.3) مليون نسمة، وفق الفرض المتوسط، وإلى (38.4) مليون نسمة، وفق الفرض المنخفض.

ويشكل ارتفاع معدل النمو السكاني (تحديداً الطبيعي الناجم عن المعدل المرتفع للولادات وبالتالي الخصوبة مع التراجع الكبير في معدلات الوفيات بأنواعها المختلفة) أحد أهم العناصر الأساسية للمسألة السكانية في سورية، فمازالت سورية تنتمي للدول ذات المعدلات العالية للنمو السكاني، وعلى الرغم من تراجع معدل النمو السكاني في سورية من (3.3%) في ثمانينات القرن الماضي إلى حوالي (2.4%) حالياً، إلا أن هذا التراجع أخذ بالتباطؤ إلى حد الركود خلال السنوات القليلة المنصرمة، فمعدل الخصوبة الكلية الذي تراجع من (7.5) مولود في عام 1978 إلى (3.8) مولود عام 2001، بقي عند مستواه تقريباً في العام 2009 بتراجعته إلى (3.5) مولود بفارق (0.3) فقط، وما يزال هذا المعدل مرتفعاً وبعيداً عن مستواه في كثير من بلدان العالم أو عن معدل الإحلال. يترافق ذلك مع تحسن ملموس في المستوى الصحي للسكان بشكل عام وصحة الأم والطفل بشكل خاص، تجلى بانخفاض معدل الوفيات الخام من (8.2) بالألف عام 1978 إلى (3.1) بالألف عام 2004، وانخفاض مشابه في معدلات وفيات الرضع من (78) بالألف عام 1978 إلى (17.9) بالألف عام 2009، وكذلك انخفاض كل من معدل وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات من (41.7) بالألف عام 1993 إلى (21.4) بالألف عام 2009 ومعدل وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة والنفاس من (134) وفاة لكل مئة ألف ولادة حية عام 1990 إلى (58) وفاة عام 2004.

وبكلام آخر، فإنه على مدى أكثر (15) سنة خلت (وهي الفترة التي استبشر فيها بعض الباحثين بوجود تغير نوعي في السلوك الإنجابي للسوريين) تراجع معدل النمو السكاني بحدود (0.85%) فقط، ومعدل الخصوبة الكلية بأقل من (0.5) مولود، وبالتالي فإن هذا التراجع مازال تراجعاً محدوداً، وتم في معظمه في الفترة التي تعقب الذروة، والتي يكون فيها التراجع في حده الأعظمي عادة، ثم ما يليس أن يتباطأ أو يستقر في حال كانت حركته ذاتيةً (غير تدخليةً عبر سياسةٍ سكانيةٍ متكاملةٍ) كما هو الحال في سورية. كما أن التراجع في معدل النمو السكاني من (3.3%) خلال الفترة (1981-2010) إلى (2.7%) في الفترة (1995-2000) لم تكن متماثلة

السرعة مع التراجع في الفترة (2000-2010)، ففي الفترة الأولى بلغت نسبة التراجع حوالي (18.2%)، في حين بلغت نسبة التراجع في الفترة الثانية (9.2%) فقط.

إن هذا الركود أو التباطؤ في تراجع معدل الخصب السكاني في سورية والذي يترافق مع تحسن مستمر في مؤشرات معدل الوفاة ومع قاعدة سكانية اتسعت بشكل سريع خلال العقود القليلة الماضية يفرز زخماً (دفعاً) سكانياً متنامياً بات يشكل ضغطاً كبيراً على الموارد نقلها من مرحلة "الوفرة"، إلى مرحلة "الندرة"، كما مارس إنهاكاً كبيراً للاستثمارات، وضغطاً هائلاً على الإنفاق العام والخاص، بسبب ارتفاع معدل الإعالتين العمرية والاقتصادية، وأدى في إطار عدم قدرة الاستثمارات على تلبية حاجات هذه الزيادة، والتهايم عبء الإعالة للمدخرات، وتعثر عملية التنمية، إلى بروز عناصر المشكلة السكانية السورية الثلاث المؤلفة من: الارتفاع الكبير والمضطرد بحجم الزيادة السكانية السنوية، واختلال التوزع الجغرافي السكاني، وتدني الخصائص النوعية السكانية.

من هنا، تتبع أهمية تشخيص هذا التباطؤ أو الركود في تراجع معدل النمو السكاني بشكل عام والثبات النسبي في تراجع معدل الخصب السكاني بصفة خاصة، للوقوف على أسباب هذه الظاهرة ودراسة أبعادها وجوانبها المختلفة ومعرفة العوامل الجوهرية والثانوية المحددة لها أو المؤثرة فيها، بهدف ووضع الإجراءات والتدابير المناسبة لتنشيط عملية التحول الديموغرافي نحو مرحلة التوازن السكاني.

وفي معرض هذا التشخيص، لا بد من الوقوف عند جملة من المحاور البحثية التي لا ينبغي أن تقتصر فقط على سيرورة الحركة الذاتية للمجتمع السكاني في سورية وعناصرها الديموغرافية الصرفة، بل لابد أن تتناول العديد من القضايا ذات الطابع التشريعي والقانوني والمؤسساتي والإداري والثقافي والمجتمعي .. التي تشكل في مجملها الأساس في فهم السلوك الديموغرافي للسكان في سورية ولا سيما السلوك الإنجابي وعوامله ومحدداته المباشرة والوسيطية، والتي سيوجه التعرف إليها جملة الإجراءات والسياسات التدخلية الهادفة إلى مواجهة مشكلة الركود أو التباطؤ في تراجع معدلات الخصب السكاني.

وفي هذا السياق من المفيد معرفة وتقييم:

- ما الذي تم انجازه في سورية من بحوث ودراسات وتقارير حول تشخيص ودراسة السلوك الديموغرافي والسلوك الإنجابي وقياس مستويات الخصوبة والتعرف إلى واقع الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؟
- ما هي التشريعات والقوانين والإجراءات النازمة لمسائل الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؟ وما مدى مواءمتها لمتطلبات الواقع الحالي لتطور حالة السكان في سورية؟

- ما مدى كفاية وفعالية المؤسسات الحكومية والأهلية العاملة في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة من حيث طبيعة وخصائص المكان والتجهيزات والكوادر والموارد المالية؟
- ما طبيعة الجو القيمي السائد، وما هي اتجاهات السكان ( لا سيما من هم في سن الإنجاب) من الجنسين نحو قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؟
- إلى أي حد ما زالت متغيرات مثل: التعليم بمستوياته المختلفة والعمل ونوع العمل ومكان الإقامة والمستوى المعيشي .. ذات أثر على تحديد سن الزواج، أو توقيت إنجاب الطفل الأول، أو الفترة الفاصلة ما بين الولادة والتفكير بالحمل مرة أخرى، أو التوقف عن الإنجاب، أو استخدام وسائل تنظيم الأسرة ...؟
- كيف تجاوزت دول أخرى مرت (تقريباً) بذات الخصائص الديموغرافية للمرحلة التي تمر فيها سورية حالياً مشكلاتها الديموغرافية وانتقلت إلى مرحلة الإحلال أو إلى ما دون ذلك؟

## 2- البيئة التمكينية لقضايا السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

يعد الاهتمام بقضايا السكان جزءاً لا يتجزأ من سياسة التنمية الشاملة القائمة على جوانبها الثلاث المادية والمالية والبشرية، وقد كانت سورية تتناول قضايا السكان بشكل منعزل ومستقل عن خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية وبعيداً عن آليات اتخاذ القرارات التشريعية والسياسية. ونتيجة لهذا الفصل ازدادت الهوة بين الهدفين المتمثلين بتحقيق النمو الاقتصادي المستدام من جهة، وبين تحسين نوعية حياة الإنسان بما فيها تخفيف حدة الفقر بأبعاده المختلفة وتحقيق المساواة بين الجنسين، وتحقيق تعميم التعليم الأساسي، وتخفيض وفيات الأمهات والأطفال، وتحقيق الاستدامة البيئية من جهة أخرى.

ولسّد هذه الهوة، بدأت سورية تسعى لاتخاذ تدابير ودرجات متباينة، لإدماج قضايا السكان والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي في سياساتها وخططها واستراتيجياتها الوطنية أو القطاعية.

### 1-2- التطور التاريخي للاهتمام بقضايا السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

على الرغم من أن عملية التخطيط للتنمية الاقتصادية والاجتماعية في سورية قد بدأ التحضير لها أواخر النصف الثاني من عقد الخمسينيات، حيث أعدت أول خطة خمسية للفترة (1961-1965) ثم أعدت الخطة الخمسية الثانية والثالثة، إلا أن هذه الخطط الثلاث ركزت على الجانبين المالي والمادي ولم يحظ الجانب السكاني بالأهمية نفسها بسبب وجود تشجيع للنمو السكاني لتأمين متطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي توسعت خاصة بعد الاستقلال

وظهر ما يسمى وسام الأسرة السورية الذي يعطي بعض الامتيازات للأسر التي يزيد عدد أطفالها عن 10 أطفال.

وفيما يلي سرداً تاريخياً حول ظهور الاهتمام بقضايا السكان ودمج المتغيرات السكانية في خطط التنمية:

- بدأت دراسة القضايا السكانية في الجمهورية العربية السورية تأخذ دوراً في خطط التنمية بعد صدور نتائج تعداد السكان لعام 1970 حيث بدأ التوجه إلى إدخال المتغيرات السكانية في خطط التنمية الاقتصادية، وربط المتغيرات السكانية بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية.
- صدر العديد من القوانين والتشريعات ذات الصلة بالقضايا السكانية والتي ساهمت في رفع معدلات الخصوبة خلال الفترة الماضية. (وسام الأم المثالية للأسرة السورية من العائلة الكبيرة، والقانون الصادر بتاريخ 1949 القاضي بحظر استيراد وبيع وسائل تنظيم الأسرة على اختلاف أنواعها).
- أكد الدستور السوري الصادر عام 1973 في مادته (45) على: أن الرجل والمرأة متساويان في الحقوق والواجبات وأنه لا يوجد أي تمييز على أساس الجنس أو اللون أو الدين، كما تشير المادة (46-2) منه إلى: "تحمي الدولة صحة المواطنين وتوفر لهم وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي".
- كانت الخطة الخمسية الخامسة للأعوام (1981-1985) أول خطة يتم فيها بصورة مباشرة الأخذ بالعامل السكاني في تقدير الاحتياجات من الخدمات التي تهدف إلى رفع المستوى المعيشي للسكان وإلى رفاهية المواطن السوري.
- تم تفعيل العمل بقضايا السكان بعد المؤتمر العالمي للسكان في المكسيك عام 1984، حيث تم إحداث مديرية في هيئة تخطيط الدولة عام 1985 تخصص بقضايا السكان والقوى العاملة وتعمل على إدماج المتغيرات الديموغرافية في خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ثم تم تشكيل لجنة دائمة للسكان بقرار مجلس الوزراء رقم 120/و تاريخ 1986/7/16 برئاسة وزير الدولة لشؤون التخطيط، كما تم بموجب هذا القرار تشكيل لجنة فنية استشارية للجنة الدائمة للسكان وتشكيل لجان فرعية من اللجنة الدائمة للسكان.
- ركزت التوجهات والمنطلقات التي أعدتها اللجنة الوطنية للسكان واعتمدها مجلس الوزراء عام 1987، على ضرورة التوسع في نشر خدمات الصحة الإنجابية على نحو يمكن من تخفيض معدل وفيات الأمهات والأطفال، ونشر الوعي حول الظروف المثالية للحمل واعتبار تنظيم الأسرة عاملاً أساسياً في الرعاية الصحية الأولية.

- تم تضمين المنطلقات والتوجهات الموافق عليها من قبل اللجنة الدائمة للسكان في مشروع الخطة الخمسية السادسة للفترة (1986-1990). والتي ركزت على تشجيع المرأة على تجنب الزواج المبكر، واعتبار تنظيم الأسرة عامل رئيسي في الرعاية الصحية الأولية.
- تم تطبيق نظام الرعاية الصحية الأولية في الجمهورية العربية السورية منذ عام 1988، وشمل مجالات عديدة منها رعاية الطفل والأم والتلقيح وتنظيم الأسرة، بالإضافة إلى إصحاح البيئة ومكافحة الأمراض السارية والمستوطنة وصحة الفم والأسنان والتثقيف الصحي، كما شملت الخدمات العلاجية والكشف المبكر عن الأمراض المزمنة وتدريبها.
- قامت هيئة تخطيط الدولة في الجمهورية العربية السورية بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان بإعداد مشروع للسياسة السكانية بتاريخ 10/10/1992، إلا أن هذا المشروع لم يصل إلى نهاياته باعتماده وتبني تنفيذه.
- اعتمد المؤتمر العالمي للسكان عام 1994 مفهوم الصحة الإيجابية، والتزمت الجمهورية العربية السورية بهذا المسار، واعتبرت الصحة الإيجابية بما فيها تنظيم الأسرة أحد المكونات الأساسية للرعاية الصحية الأولية.
- تبنت سورية نهج مؤتمر الألفية وغاياته الثمانية في أيلول 2000 كإطار عملي في التعامل مع أهداف التنمية المستدامة بما فيها أهداف التنمية البشرية، وترابطاتها مع قضايا السكان والفقر والصحة والإيجابية والنوع الاجتماعي.
- تم عقد مؤتمر وطني للسكان في عام 2001 بناء على نتائج المسح المتعدد الأغراض الذي نفذ عام 1999 وعلى التطورات الاقتصادية والاجتماعية في الجمهورية العربية السورية التي أظهرت انخفاضاً ملحوظاً في الخصوبة الكلية ومعدل النمو السكاني خلال النصف الثاني من عقد التسعينات في القرن الماضي.
- تم وضع الإستراتيجية الوطنية للصحة الإيجابية للفترة 2001-2020 من قبل وزارة الصحة وبالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، كما تم إحداث برنامج صحة المراهقين ضمن نشاطات برنامج الصحة الإيجابية في وزارة الصحة في عام 2002. أما في مجال تمكين الشباب من الحصول على خدمات الصحة الإيجابية، فقد وضعت خطة لتقديم هذه الخدمات في مراكز المناطق الصحية في المحافظات للتوعية بقضايا الإنجاب والحقوق الإيجابية. كما تم العمل على بدء تطبيق برنامج الرعاية الصحية قبل الزواج في وزارة الصحة في عام 2002.

- ركزت الخطة الخمسية التاسعة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية (2001-2005) على إستراتيجية عامة تهدف إلى المواءمة بين النمو السكاني وبين النمو الاقتصادي والاجتماعي على اعتبار أن النمو السكاني والتنمية البشرية أحد التحديات المستقبلية التي ستواجه الاقتصاد السوري خلال العقود القادمة.
- ثم جاءت الخطة الخمسية العاشرة للفترة (2006-2010) لتؤكد على ركائز الخطة الخمسية التاسعة وتبني رؤية مستقبلية نحو تنمية سكانية تتواءم مع متطلبات التنمية المستدامة والمتوازنة وتساعد على استدامة الموارد الطبيعية والنمو الاقتصادي الرفيع وانسداد منافذ الفقر والبطالة والمرض والتهميش.
- تم إحداث الهيئة السورية لشؤون الأسرة بالقانون رقم /42/ لعام 2003 ليعزز الاهتمام بقضايا الأسرة والسكان، كما أعيد تشكيل اللجنة الوطنية للسكان بالقرار رقم /8886/ تاريخ 2003/11/30 وأصبحت برئاسة السيد رئيس مجلس الوزراء.
- صدر العديد من القوانين والتشريعات ذات الصلة بالقضايا السكانية والتي ساهمت في خفض معدلات الخصوبة، مثل: منح التعويض العائلي لثلاثة أطفال فقط وبمبالغ مالية تقل للطفل الثاني مقارنة بالأول وللثالث مقارنة بالثاني، منح إجازة الأمومة لثلاثة أطفال فقط نقل مدتها مع الطفل الثاني مقارنة بالأول ومع الثالث مقارنة بالثاني، رفع سن الزواج الأدنى للفتيات إلى 17 سنة.
- جاء مشروع الخطة الخمسية الحادية عشر 2011-2015 ليضع عدداً من الأهداف والسياسات في مجال التنمية السكانية والأسرة والصحة الإنجابية، التي تركز على خفض معدلات النمو السكاني ورفع معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة وخفض معدل الإعالة الاقتصادية ورفع معدل المشاركة للإناث في قوة العمل وخفض تيارات ومعدلات الهجرة الداخلية ومعدلات الوفيات الخام والأطفال الرضع.
- عقد ملتقى السكان الأول بتاريخ 27/4/2009 حيث تم إطلاق تقرير حالة سكان سورية 2008 الذي يعبر عن منعطف نوعي في تطوير العلاقة بين السكان والتنمية.
- تقوم الهيئة السورية لشؤون الأسرة، حالياً، بإعداد مشروع السياسة السكانية، الهادف إلى ضبط معدل النمو السكاني وتحقيق التوازن في التوزيع الجغرافي للسكان وتحسين الخصائص النوعية للسكان والاستعداد لانتفاخ النافذة الديموغرافية، ويتضمن المشروع برامج وأدلة عمل على المستوى القطاعي والمحافظات، كما يتضمن برامج استهدافية للمناطق الجغرافية مرتفعة الخصوبة، ومن المتوقع أن تقوم اللجنة الوطنية للسكان بمناقشته، وربما اعتماده، مع نهاية العام الحالي 2011، لتتم مباشرة برامجه التنفيذية بدءاً من عام 2012.

مما تقدم يتضح مقارنة المسألة السكانية في سورية أخذت خلال العقد الأخير منحى تصاعدي في الاهتمام الرسمي والمباشر باتجاه تنفيذ أو الشروع بتنفيذ سياسة سكانية متكاملة ومعلنة هادفة إلى ضبط معدل النمو السكاني وتشجيع الأسر على الانخراط في عملية تنظيم الأسرة، وهذا يختلف نوعاً ما عن المقاربة الخجولة أو غير المباشرة، أو غير المعلنة التي كانت سائدة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي، وهذا لا ينفي جهود المعنيين بالملف السكاني حينها ولاسيما اللجنة الدائمة للسكان بتوسيع خدمات العناية بصحة الطفل والأم وإشاعة وتقوية خدمات تنظيم الأسرة والتوعية بالأضرار الناجمة عن الزواج المبكر، أو من خلال تطبيق بعض إجراءات وأدوات السياسة الاقتصادية الأخرى، كإعادة توجيه الدعم وتحرير أسعار الكثير من السلع والخدمات، وانخفاض وتثبيت مبلغ التعويضات الممنوحة للأطفال، وعدم منح إجازات الأمومة للولد الرابع، لكن ذلك كله كان يتم دون الإعلان صراحة بأن الهدف هو ضبط معدلات الخصب السكاني، أو أن سورية لديها مشكلة نمو سكاني سريع.

وعليه، فإن ما تقدم يندرج من الناحية العملية في سياق الأدوات والإجراءات التي يمكن أن يكون لها التأثير غير المباشر في تخفيض معدل النمو السكاني، إلا أنها لا ترتقي إلى مستوى سياسة سكانية متكاملة واضحة الأهداف والمعالم.

## **2-2- الدراسات والمسوحات المنفذة ذات الصلة بقضايا السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة**

### **2-2-1- التعدادات والمسوح 2-1-1- التعدادات**

نفذ أول تعداد رسمي وفق الأسس العلمية عام 1960 ومن ثم توالت تعدادات أعوام 1970-1981-1994-2004، وقد شملت نتائج هذه التعدادات نتائج تفصيلية عن حجم وتركيب السكان وخصائصهم المختلفة حسب كل محافظة من المحافظات السورية الأربعة عشر.

### **2-2-1-2- المسوح**

نظراً لصعوبة إجراء تعدادات في فترات زمنية متقاربة بسبب التكاليف الباهظة فإنه يتم اللجوء إلى إجراء مسوح سكانية بالعينة، أو مسوح ذات أهداف خاصة تتضمن بالإضافة للبيانات الخاصة بها بيانات تتعلق بالسكان وخصائصهم الديموغرافية، كما تم تنفيذ مسوح صحية واجتماعية ..، ولقد ركزت مختلف هذه المسوح على:

- توفير بيانات تفصيلية صحية واجتماعية واقتصادية وبيئية.



- توفير بيانات حول المؤشرات الديموغرافية والصحية والاجتماعية والاقتصادية اللازمة لمتابعة التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف التنموية للألفية وتنفيذ خطط وبرامج عمل المؤتمرات الدولية في مجالات السكان والتنمية وإمكانية المقارنة مع مثيلاتها في الدول العربية.
- زيادة الوعي بين أفراد المجتمع بالقضايا السكانية والصحة الإنجابية وتشخيص المشكلات والتحديات والمساعدة في اقتراح الحلول ووضع الخطط والبرامج اللازمة.

وفيما يلي قائمة بأهم هذه المسوح التي تم تنفيذها:

- المسح الديموغرافي المتكامل 1993.
- مسح صحة الأم والطفل 1993.
- المسح الثقافي الاجتماعي في عامي 1994-1999.
- المسح المتعدد الأغراض للأعوام 1996-1999-2006 والتي أظهرت نتائجها في عام 1999 حدوث انخفاض ملحوظ في معدل الخصوبة الكلية ومعدل النمو السكاني.
- المسح الديموغرافي المتكامل 1999.
- مسح صحة الأسرة 2001.
- مسح التقييم السكاني السريع 2005.
- المسح الكمي والكيفي للشباب 2006.
- المسح الصحي الأسري 2009.
- مسح الإنفاق على الصحة 2009.

## 2-2-2- الدراسات والتقارير

بهدف تعزيز دمج القضايا السكانية وقضايا الصحة الإنجابية في خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فقد تم تنفيذ عدد كبير من الدراسات والتقارير حول القضايا السكانية ودينامية السكان والعلاقة بين المتغيرات السكانية والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية وتنظيم الأسرة وغيرها من المتغيرات وعلاقات الارتباط بينها، وفيما يلي عدد من هذه الدراسات على سبيل الذكر وليس الحصر وهي :

- واقع الأمهات والأطفال في الجمهورية العربية السورية 1987.
- تأثير النمو السكاني على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في سورية 1992.
- الإرضاع الطبيعي 1994.
- المحددات الثقافية والاجتماعية والسلوك الإنجابي في سورية 1995.

- المحدادات الثقافية والاجتماعية والنمو السكاني في سورية.
- استراتيجية التحفيز السكاني 2000.
- تحليل الوضع الراهن لقطاع التنمية البشرية في الأعوام 2002 - 2009.
- تقرير التنمية البشرية عدد 2 لعامي 2000 - 2004.
- تقرير التنمية لأهداف الألفية عدد 3 للأعوام 2003 - 2005 - 2010.
- اتجاهات النمو السكاني في سورية منذ عام 1960 لعام 1995.
- النمو السكاني والتحديات المستقبلية 2000-2025.
- التحدي السكاني واستراتيجية التنمية في سورية 2001.
- المحدادات الثقافية والاجتماعية والسلوك الإنجابي 2001.
- النمو السكاني وسياسات الصحة وإستراتيجيتها ودور الصحة الإنجابية في سورية 2001.
- النمو السكاني والموارد المائية 2001.
- النمو السكاني والطاقة 2001.
- النمو السكاني والطلب على الموارد الغذائية 2001.
- المواءمة بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي 2002.
- تطور دمج المتغيرات السكانية في خطط التنمية 2003.
- القضايا السكانية وارتباطها بالخدمات والرعاية الاجتماعية 2003.
- الإنجازات والتحديات والالتزامات إزاء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، لعام 2004.
- التقرير الوطني الشامل للتعشيرية الأولى لبرنامج المؤتمر الوطني للسكان والتنمية لعام 2004.
- دراسة دينامية السكان في سورية 2005.
- التقرير النهائي المعمق للمسح السكاني السريع 2006.
- دراسة دينامية السكان على مستوى المحافظات ( 14 دراسة ) 2006.
- استخدام وسائل تنظيم الأسرة 2006.
- الاحتياجات غير الملباة 2007.
- تقرير حالة السكان 2008 الذي عالج مجموعة من القضايا السكانية والتنمية.
- التقرير الوطني الاستشراقي الأساسي الأول في عام 2008 تحت عنوان المحور السكاني والمجالي سورية 2025.
- التقرير الوطني للسكان والتنمية 2009.
- تقرير حالة سكان سورية 2010.

وبالعودة إلى هذه الدراسات والبحوث، يتبين وجود رصيد علمي مهم حول قضايا السكان والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، لا بد من البناء عليه في التحليل المعمق لعوامل وأبعاد مشكلة التباطؤ في تراجع معدل الخصب السكاني والبحث في المتغيرات التفصيلية والنوعية التي لم يتم دراستها بعد، والوقوف عند التباينات على مستوى المحافظات أو على مستوى الشرائح الاجتماعية المختلفة، كما لا بد من التعرف إلى ما تم تنفيذه أو الاستفادة منه من نتائج هذه الدراسات.

### 3-2- إدارة الملف

رغم توجيهات القيادة السياسية العليا منذ سبعينيات القرن الماضي إلى ضرورة التصدي للمسألة السكانية، وتجديد هذه التوجيهات مع بداية الألفية الثالثة، ورغم وجود بعض الإجراءات التي تصب في نهاية المطاف في خدمة التأثير على السلوك الديموغرافي للسكان في سورية، إلا أن سورية ما زالت حتى الآن تقتصر إلى سياسة سكانية واضحة ومعلنة ومتبناة من قبل الجميع وعلى المستويات كافة، الحكومية والمجتمعية والأسرية أو الفردية. ولا يوجد في سورية، حتى تاريخه، مؤسسة واحدة تتمتع بصلاحيات إدارية ومالية مناسبة تتولى إدارة هذا الملف وفق أسلوب عمل يلزم جميع الجهات العاملة أو المهتمة بالشأن السكاني-التنموي بالتعاون والتنسيق مع هذه المؤسسة لتتمكن من وضع السياسات السكانية وتنفيذها وتتبع تنفيذها لتتراكم فيها جميع الجهود والخبرات بدل تشتتها وتبعثرها.

وعليه تعتبر إدارة المسألة السكانية في سورية إحدى التحديات الأساسية في معالجة المشكلة السكانية، بل هي أحد أبعاد المشكلة السكانية، خصوصاً وأن إدارة هذه المسألة يتطلب جهود عدد من الجهات الحكومية وغير الحكومية، ويتطلب أيضاً وبامتنياز تطبيق مفاهيم الحوكمة (تضمينية، فعالية، شفافية، تقويم ورصد، مساءلة....).

وتدار المسألة السكانية من الجانب الحكومي والمنظمات شبه الحكومية والمجتمع الأهلي على عدة مستويات: سياسية (رسم استراتيجيات وسياسات) وفنية (إعداد وتنفيذ و متابعة السياسة)، وعلى المستويين المركزي والمحلي. وجميع هذه المستويات مكونة من معظم الجهات العاملة بشكل مباشر أو غير مباشر في المجال السكاني.

**فعلى المستوى المركزي:** هناك اللجنة الوطنية للسكان برئاسة رئيس مجلس الوزراء وعضوية الجهات المعنية، وهذه اللجنة معنية بإقرار السياسات اللازمة والخطط الموضوعة ومتابعة تنفيذها بالإضافة للتنسيق بين كافة المعنيين في تنفيذ هذه السياسة.

وهناك أيضاً اللجنة الفنية الاستشارية والتي تضم في عضويتها (بصفة مراقب) ممثل صندوق الأمم المتحدة للسكان، إضافة إلى عدد من الجهات الوطنية كهيئة التخطيط والتعاون الدولي والهيئة السورية لشؤون الأسرة والجهات التنفيذية الأخرى كوزارة الصحة والتربية والتعليم ووزارة

الإعلام والأوقاف والمنظمات الشعبية، على اعتبار أن جميع هذه الجهات معنية بالملف السكاني وإدارته.

إن مسألة الاتساق والتناغم والتكامل والدمج بين السياسات الكلية والقطاعية وكذلك بين البرامج والمشروعات، وعدم تعارضها مع بعضها، مسألة مركزية لتحقيق الكفاءة والجدوى من حيث الكلفة والفاعلية والعائد.

أما على المستوى المحلي فقد شكّلت في كل محافظة لجنة وطنية فرعية للسكان والصحة برئاسة المحافظ وعضوية كافة الجهات الحكومية وغير الحكومية الممثلة في اللجنة الوطنية للسكان، وهذه اللجنة معنية بتنفيذ ومتابعة السياسات الموضوعية.

ولا بد من الإيضاح، هنا، أن هناك العديد من المشكلات التي تعاني منها إدارة المسألة السكانية أهمها الآتي:

- ضعف الإطار التشريعي والمؤسسي في تحديد المسؤوليات للجهات (الحكومية وغير الحكومية) العاملة في البرامج السكانية وقضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.
- تدني مستوى الاستثمار الحكومي في البرامج والمشروعات.
- تعدد الجهات المعنية بإدارة هذا الملف وبالتالي تبعثر الجهود والإزدواجية في التنفيذ.
- قصور القدرات المؤسسية نتيجة النقص في الكفاءات الفنية والإدارية (ضعف منظومة الاستقطاب) على المستوى الوطني والمحلي والقطاعي.
- غياب أنظمة الرصد والرقابة والتقييم للبرامج والمشروعات.
- ضعف التنسيق القطاعي على المستويين المركزي والمحلي بين الجهات العامة وبينها وبين الجهات غير الحكومية.

مما تقدم يتضح أنه لا يوجد جهاز مؤسسي حكومي واحد ومرجعي يمتلك صلاحيات قانونية وإدارية وتنظيمية ومالية وفنية وتنفيذية مرنة تخوله التصدي للمسألة السكانية من جوانبها كافة، بدءاً من إعداد وصياغة السياسة السكانية ومروراً بتنفيذ برامجها ومشاريعها وتتبع هذا التنفيذ وانتهاءً بإجراء التعديلات المواكبة للتغيرات والمستجيبية لها، وبالتالي فإن السؤال المطروح هنا هو: هل أسهم هذا الوضع من حيث عدم وجود سياسة سكانية معلنة إضافة إلى عدم وجود هذا الجهاز المؤسسي، في تباطؤ الخصوبة الحالي؟

## 2-4- واقع ومستويات الخصوبة ومحدداتها في سورية بالاستناد إلى الدراسات والتقارير المنجزة

يعد الخصب السكاني من أهم عوامل النمو السكاني في سورية وأكثره تأثيراً في حجم السكان وتركيبهم العمري وخصائصهم الاجتماعية والاقتصادية، وهو تعبير عن أنماط السلوك الإنجابي للأزواج ويتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية السائدة في المجتمع.

#### 2-4-1- لمحة عن تطور مستوى الخصوبة في سورية خلال الفترة 1970-2010

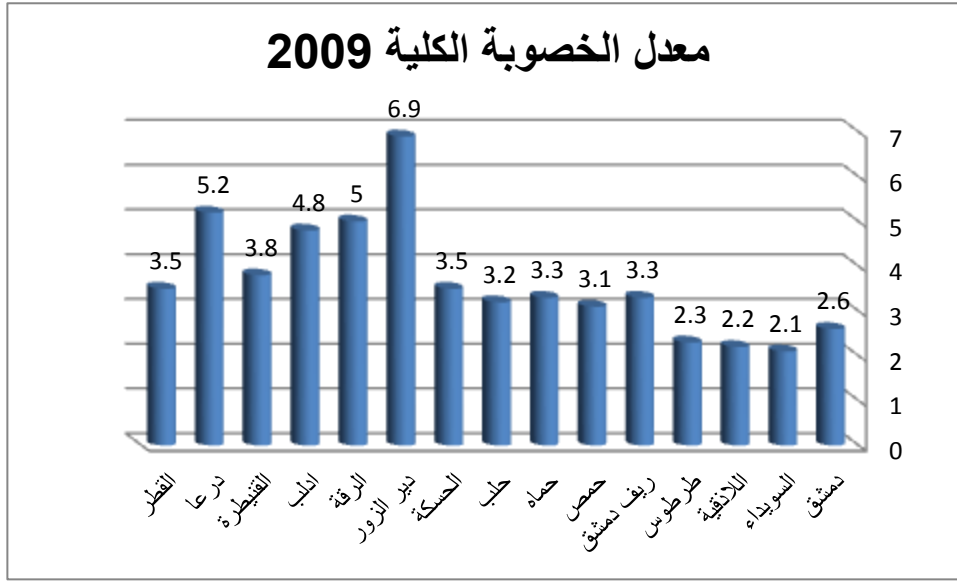
تشير البيانات إلى انخفاض معدل الخصوبة الكلية من (8.5) مولود لكل امرأة في سن الإنجاب لعام 1970 إلى (6.8) مولود عام 1981، ثم إلى (3.9) مولود عام 1994، وإلى (3.6) مولود عام 2004 ثم انخفض قليلاً إلى (3.5) مولود لعام 2010. أما معدل الخصوبة الزوجية فقد ارتفع قليلاً من (10.7) مولود لكل امرأة متزوجة إلى (11) مولود بين عامي 1970-1981، ثم انخفض إلى (6.3) مولود عام 1994، وإلى (5.8) مولود عام 2004، ثم ارتفع هذا المعدل قليلاً إلى (6) مولود عام 2010.

وتتباين مستويات الخصوبة بين المحافظات السورية بشكل واضح، ويمكن تصنيفها بالاستناد إلى المستوى الوطني في ثلاثة أنماط أساسية هي:

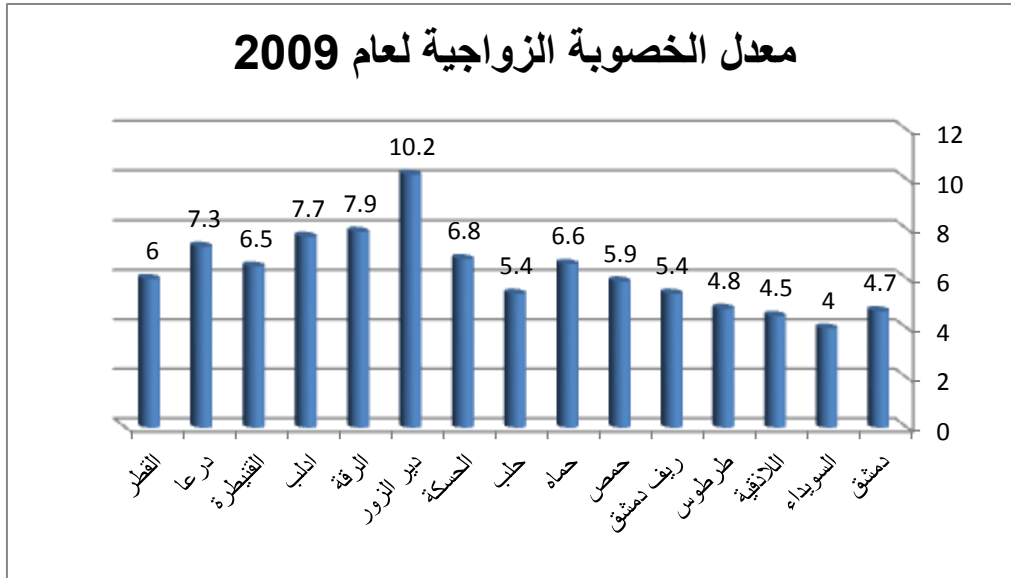
- نمط الخصوبة المنخفضة: وهو النمط السائد في محافظات السويداء واللاذقية وطرطوس ودمشق، ويبلغ معدل الخصوبة الكلية في كل منها عام 2010: (2.08-2.17-2.28-2.56) مولود على التوالي.
- نمط الخصوبة المتوسطة: وهو النمط المهيمن في محافظات ريف دمشق وحمص وحماة وحلب، ويبلغ معدل الخصوبة الكلية في كل منها عام 2010: (3.26-3.06-3.3-3.2) مولود على التوالي.
- نمط الخصوبة المرتفعة: وهو نمط الخصوبة السائد في محافظات دير الزور والرقبة والحسكة وادلب ودرعا والقنيطرة، ويبلغ معدل الخصوبة الكلية في كل منها عام 2010: (6.8-4.9-3.5-4.7-5.1-3.8) مولود على التوالي.

ومن الملاحظ الفرق كبير بين أعلى معدل للخصوبة الكلية في محافظة دير الزور (6.8) مولود وأدناه في محافظة السويداء يصل إلى (4.72) مولود.

شكل رقم (1)



شكل رقم (2)



#### 2-4-2- محددات الخصوبة

ارتبطت الخصوبة، المحدد الأساس للنمو السكاني في سورية، بمحددتين اثنتين أساسيين يعبر الأول عن طول الفترة الإنجابية التي يعتبر متوسط العمر عند الزواج الأول عاملها الأساس، ويتعلق الثاني بعدد مرات تكرار الحمل أثناء الزواج والمرتبب بنسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومؤشرات أخرى. وتشير البيانات في سورية إلى الارتباط الوثيق لهذين المحددين مع كل من:

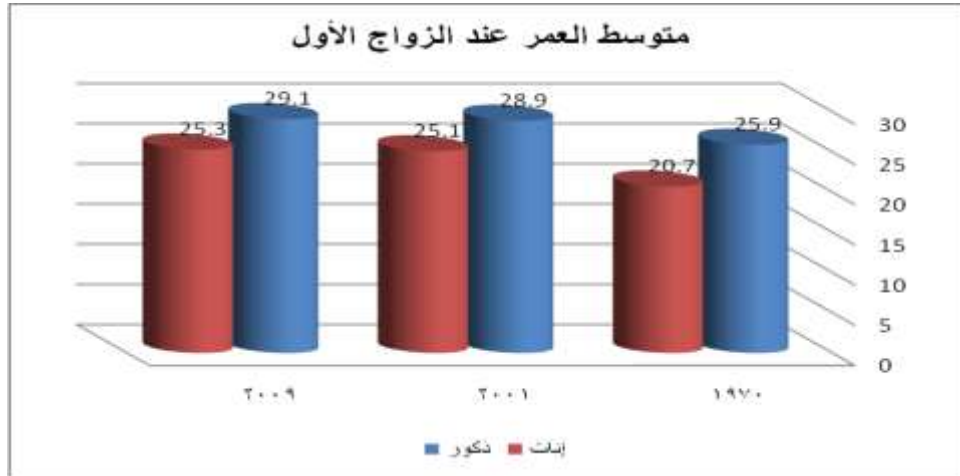
- **المستوى التعليمي وخاصة للإناث،** حيث تشير البيانات إلى أن معدل الخصوبة للمرأة الأمية يساوي ضعف هذا المعدل لدى المرأة المتعلمة تعليماً ثانوياً، وفي الفئات العمرية الأنثوية الأولى (15-24) سنة يرتفع أربعة أضعاف ونصف.
- **مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي،** وخاصةً فيما يتعلق بالحالة العملية للمرأة في القطاعات الاقتصادية خارج القطاع الزراعي.
- **مستوى الوعي المجتمعي.**

#### 1-2-4-2- متوسط العمر عند الزواج الأول (متوسط عدد سنوات العزوبية)

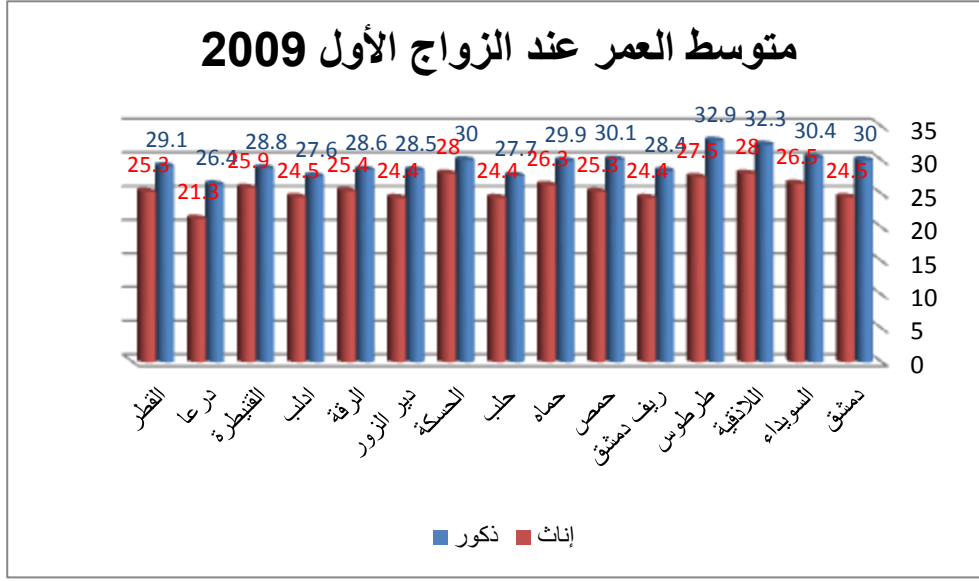
إن متوسط العمر عند الزواج الأول يعتبر من المحددات المباشرة لمعدل الخصوبة لأنه يحدد فترة خصوبة المرأة، فالعلاقة إذاً هنا علاقة عكسية بين العمر عند الزواج الأول ومعدلات الخصوبة، فكلما ارتفع هذا العمر أدى بدوره إلى تخفيض في عدد سنوات الإنجاب للمرأة وبالتالي في انخفاض في معدلات خصوبتها.

لقد ارتفع متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الذكور من 25.9 سنة لعام 1970 إلى 28.9 سنة عام 2001، ثم إلى 29.1 سنة لعام 2009. وللإناث من 20.7 سنة إلى 25.1 سنة، ثم إلى 25.3 سنة خلال نفس السنوات. والملاحظ بأن هذا المتوسط ارتفع ارتفاعاً طفيفاً خلال السنوات العشرة الأخيرة، ويرتفع هذا المؤشر لدى الذكور في محافظتي اللاذقية وطرطوس (32.9-32.3) سنة، وتنخفض في محافظة درعا إلى أدنى مستوى لها 26.4 سنة، أما بالنسبة للإناث فأعلى نسبة لها في محافظات اللاذقية والحسكة (28) سنة وطرطوس (27.5) سنة وأدناها في محافظة درعا (21.3) سنة لعام 2009.

شكل رقم (3)

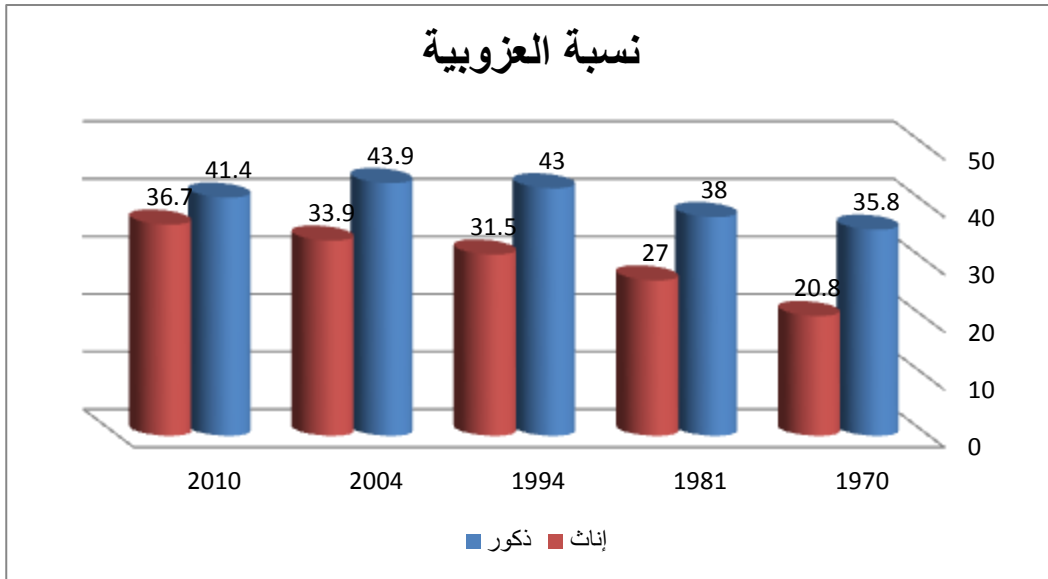


شكل رقم (4)



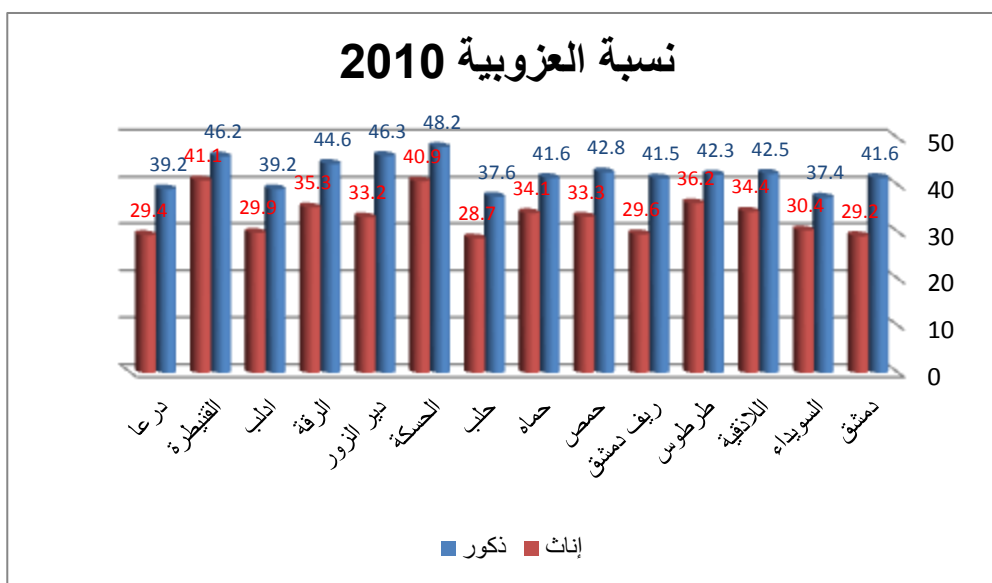
وفي هذا الإطار، يمكننا أن نخرج على تطور نسبة العزوبية بين الذكور والإناث لأنها مترابطة مع متوسط العمر عند الزواج الأول، فنسبة العزوبية بين الذكور ارتفعت من 35.8% عام 1970 إلى 38% لعام 1981 ثم إلى 43% عام 1994 وإلى 43.9% لعام 2004. ثم انخفضت قليلاً إلى 41.4% لعام 2010، ولدى الإناث ارتفعت من 20.8% إلى 27%، ثم إلى 31.5% وإلى 33.9%، ثم إلى 36.7% خلال نفس السنوات. وقد بلغت أعلى نسبة عزوبية للذكور في محافظة الحسكة (48.2%) وأدناها في محافظة السويداء (37.4%)، أما للإناث فأعلاها في محافظة القنيطرة (41.1%) وأدناها في محافظة (28.7%) لعام 2010.

شكل رقم (5)





شكل رقم (6)



#### 2-2-4-2- مشاركة المرأة في قوة العمل

تعتبر مساهمة المرأة بالنشاط الاقتصادي من المحددات الهامة للخصوبة، فقد انخفضت نسبة الإناث في قوة العمل من 10.7% عام 1970 إلى 8.5% لعام 1981، ثم ارتفعت إلى 12.8% عام 1994، وإلى 17.3% لعام 2004، ثم انخفضت إلى 15.1% لعام 2010، علماً أن هذا المعدل لدى الذكور هو: (89.3% - 91.5% - 87.2% - 82.7% - 84.9% خلال نفس السنوات).

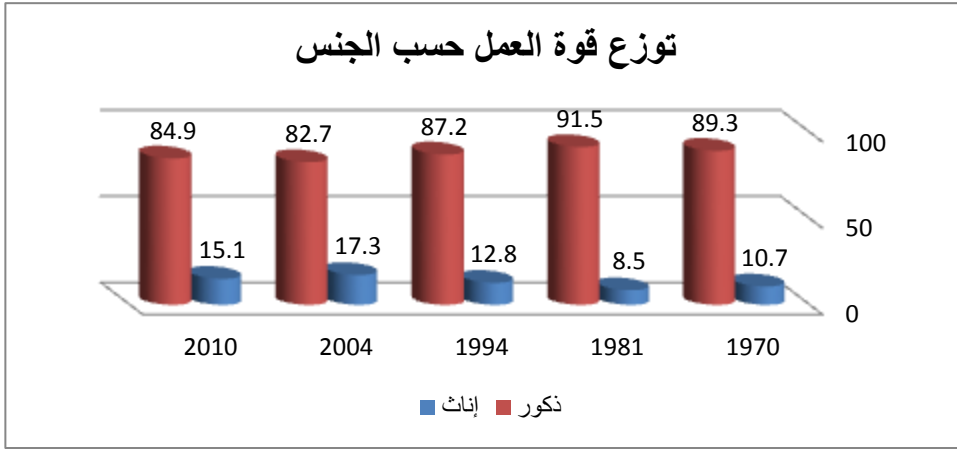
إن انخفاض هذه النسبة على الرغم من أن نسبة النساء من القوة البشرية تبلغ حوالي 50%، تلعب دوراً سلبياً كبيراً ومؤثراً في معدلات الخصوبة، ويلاحظ أن أعلى نسبة هي في محافظة طرطوس حيث بلغت 30%، تليها اللاذقية 27.9%. كما يلاحظ أن أدنى نسبة هي في محافظتي الرقة والدلب (8.8% - 11%) على التوالي.

ويترافق ذلك مع انخفاض معدل النشاط الاقتصادي الخام لدى الإناث، حيث بلغ 5.5% لعام 1970 و4% عام 1981، ثم ارتفع إلى 9% لعام 1994 وإلى 10.1% عام 2004، ثم عاد وانخفض إلى 8.3% لعام 2010، مع العلم أن هذه النسب لدى الذكور هي: (43.5% - 40.6% - 41.5% - 45.2% - 44.6%) خلال نفس الفترة.

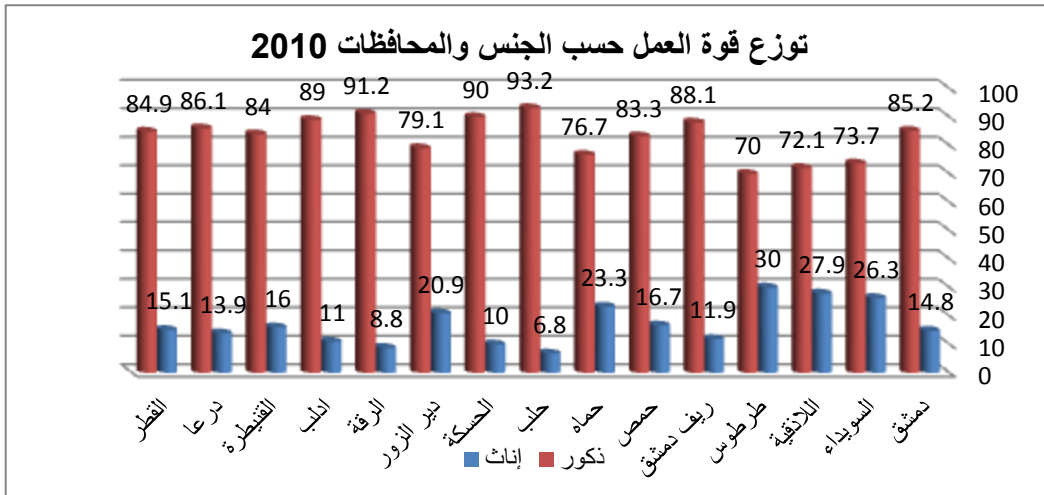
أما بالنسبة لمعدل النشاط الاقتصادي المنقح فقد بلغ 8.7% وانخفض إلى 8%، ثم ارتفع إلى 10% وإلى 15.2% عام 2004، ثم انخفض إلى 14% عام 2010، علماً أن هذه النسب هي

لدى الذكور (82%-82.4%-65.5%-74.8%-76.4%) خلال نفس السنوات مع ملاحظة ارتفاعه في محافظتي اللاذقية وطرطوس.

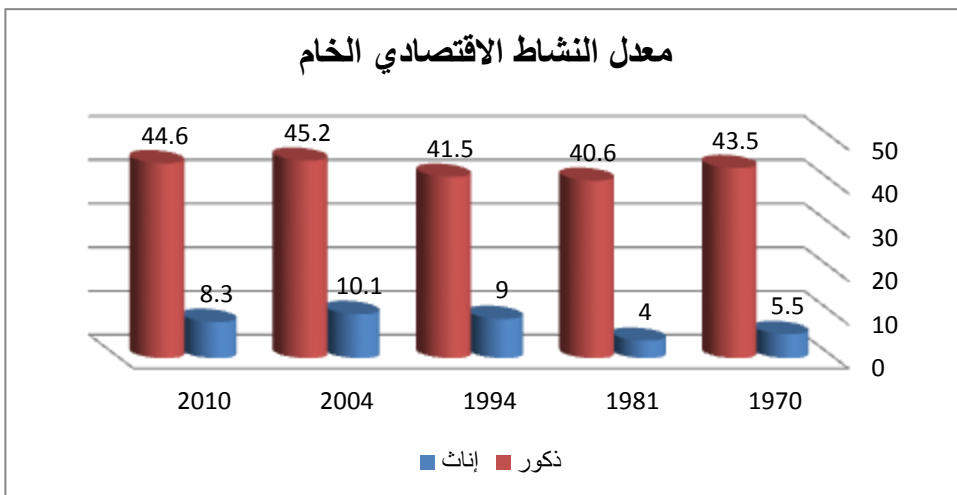
شكل رقم (7)



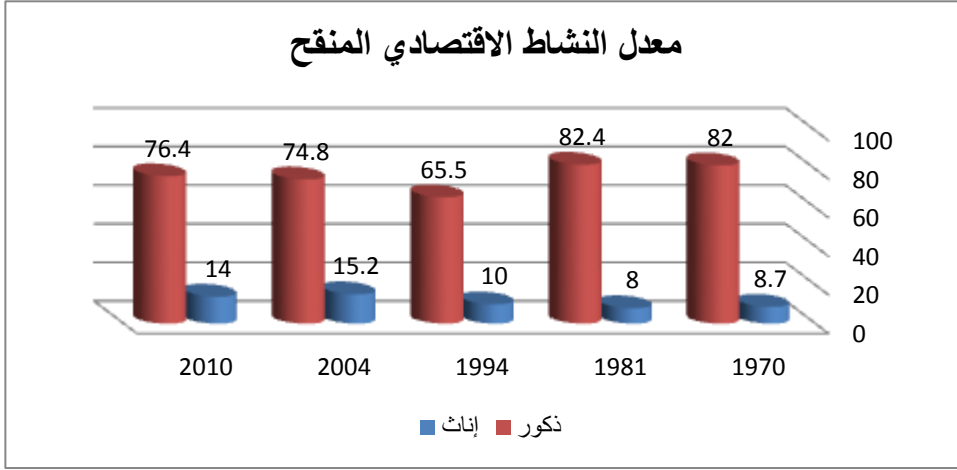
شكل رقم (8)



شكل رقم (9)



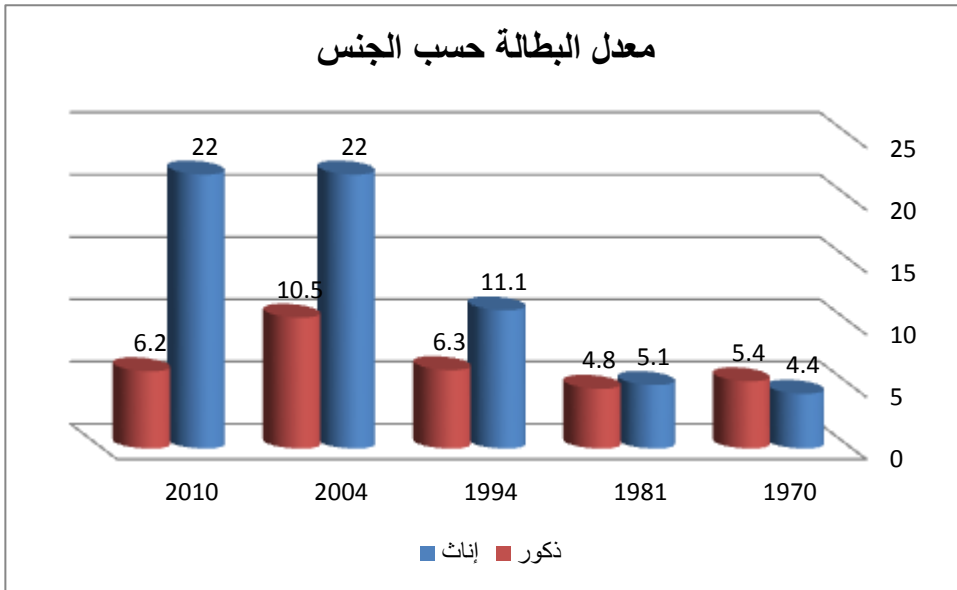
شكل رقم (10)



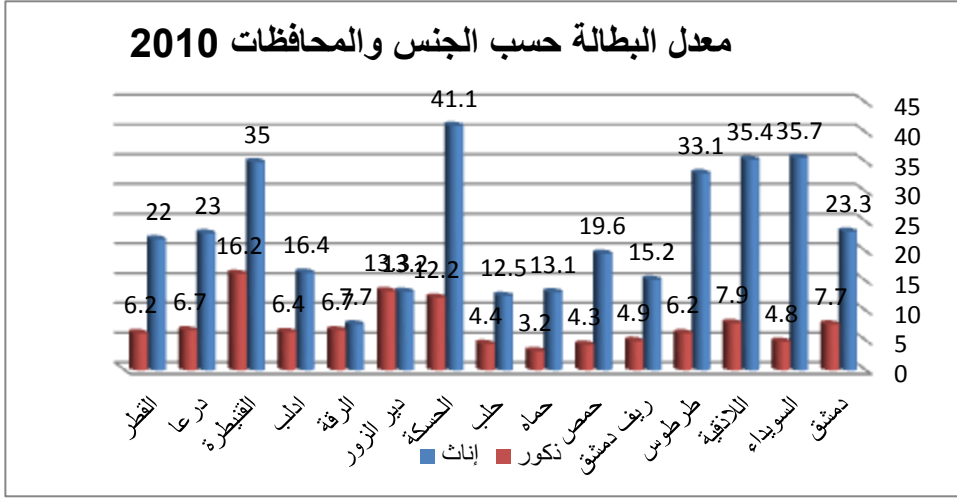
### 3-2-4-2 البطالة

لم يكن معدل البطالة قبل عقد التسعينيات من القرن الماضي يتجاوز الـ (5%) من قوة العمل، ثم أخذ بعد ذلك بالازدياد وبشكل خاص بين الإناث. فقد بلغ معدل البطالة بين الإناث (4.4%) لعام 1970 ثم ارتفع إلى (5.1%) عام 1981 ثم إلى (11.1%) عام 1994، ثم إلى (22%) عام 2004، وحافظت على مستواها (22%) لعام 2010، وهي لدى الذكور في ذات السنوات (5.4%-4.8%-6.3%-10.5%-6.2%).

شكل رقم (11)



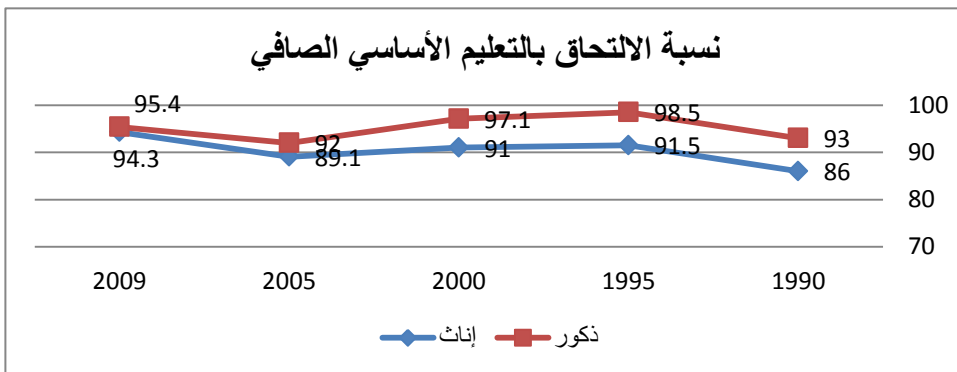
شكل رقم (12)



#### 4-2-4-2- التعليم

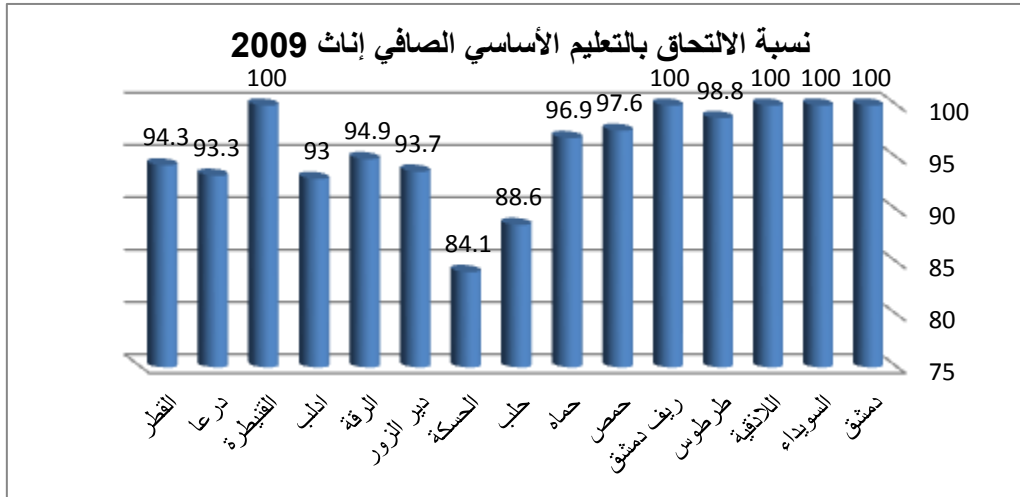
إن حقل التعليم من أهم الموضوعات التي تركز عليها السياسات التنموية وخاصة السياسات السكانية. وتتضح أهميتها من الناحية العملية في أن أحد عوامل الإنتاج الأساسية ليس الإنسان العادي وإنما الإنسان المؤهل والمزود بالعلوم والمعارف. فالتعليم هو المفتاح لكل حالة تقدم في المستقبل وهو من أهم مؤشرات التقدم والتنمية. وسيتم التركيز هنا على معدلات الالتحاق الصافية لجميع مراحل التعليم لما لذلك من تأثير واضح على معدلات أو مستويات الخصوبة. فمعدل الالتحاق الصافي بالتعليم الأساسي للإناث (6-14) سنة قد ارتفع من 86% عام 1990 إلى 91.5% عام 1995، ثم انخفض قليلاً إلى 91% عام 2000، وإلى 89.1% عام 2005، ثم ارتفع ارتفاعاً ملحوظاً إلى 94.3% عام 2009. وهذه النسبة هي لدى الذكور (93%-98.5%-97.1%-92%-95.4%) خلال نفس الفترة. ويرجع إلى القانون رقم 32 لعام 2002، والذي مد إلزامية التعليم لنهاية المرحلة الإعدادية وأطلق على مرحلتي التعليم الابتدائي والإعدادي بالتعليم الأساسي ( حلقة أولى + حلقة ثانية ).

شكل رقم (13)



ويرتفع هذا المعدل بالنسبة للإناث في محافظات دمشق واللاذقية والسويداء من (95.9%-) - (95.7%-93%) إلى (100%) خلال الفترة 2005-2009، مقابل ارتفاعها (81.8%-) - (84.9%) إلى (84.1%-88.6%) في محافظتي الحسكة وحلب على الترتيب وخلال نفس الفترة.

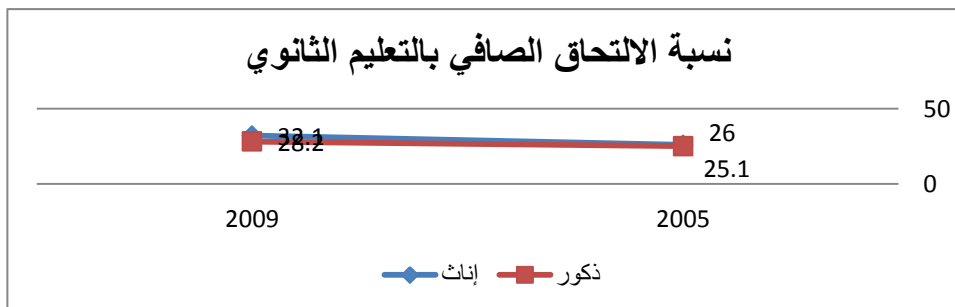
شكل رقم (14)



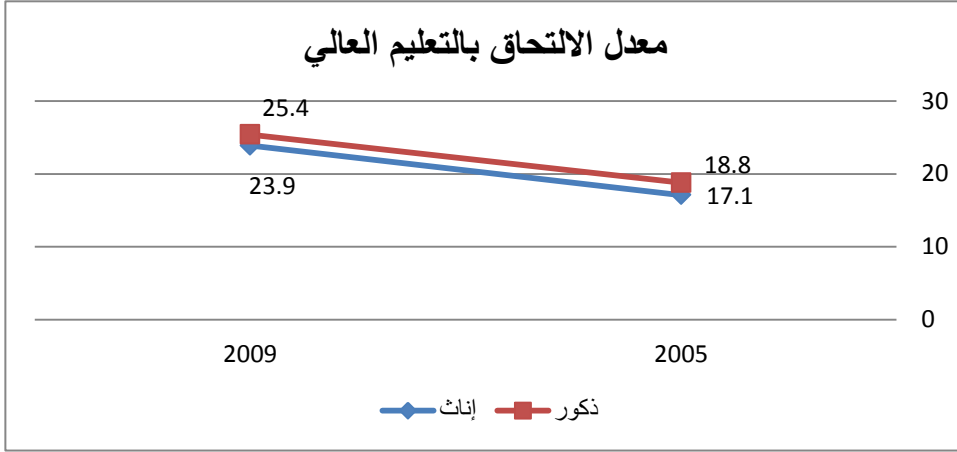
وإذا ما تتبعنا معدلات الالتحاق الصافية لمرحلة التعليم الثانوي للإناث نلاحظ الانخفاض الحاد في هذه النسبة، ومن المتوقع أن يكون سبب هذا الانخفاض الرئيسي الزواج المبكر، فهذا المعدل ارتفع من 26% لعام 2005 إلى 32.1% لعام 2009، وبالطبع كلا المعدلين منخفضان مقارنة بمعدل الالتحاق بالتعليم الأساسي للذكور (25.1% - 28.2%) خلال نفس الفترة. ويرتفع هذا المعدل بشكل واضح بين محافظات السويداء وطرطوس واللاذقية من (54.9%-) - (52.2%-) إلى (41.8% - 60.3% - 61.4% - 54.1%) خلال ذات السنوات، مقابل ارتفاع محدود في محافظات الرقة وحلب ودير الزور من (12%-14.3%-18%) إلى (18.1%-22.3%-27.1%) على التوالي وخلال نفس الفترة.

وإذا ما تابعنا معدل الالتحاق لمرحلة التعليم الجامعي للإناث، فنجدها أيضاً منخفضة نسبياً فقد بلغت 17.1% لعام 2005 ثم ارتفعت إلى 23.9% عام 2009.

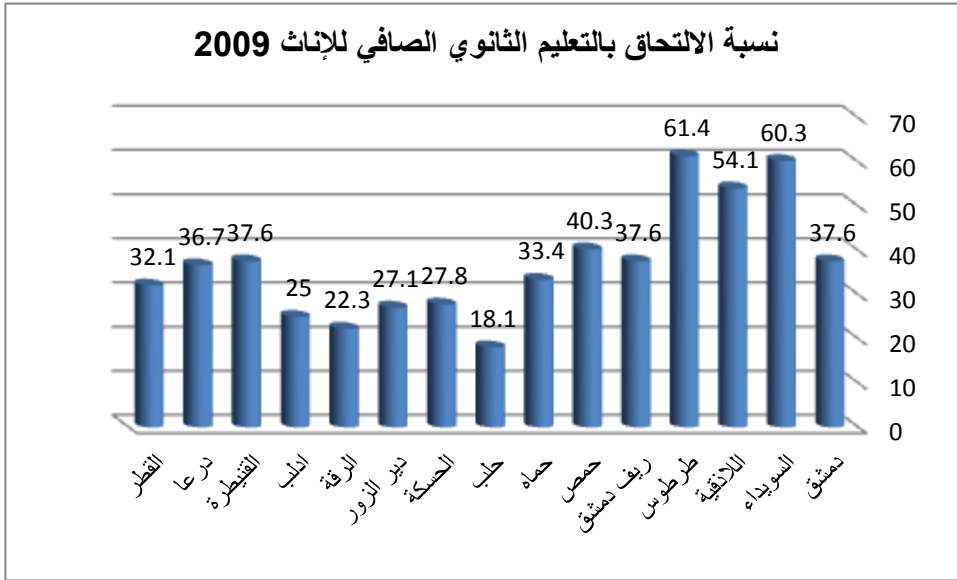
شكل رقم (15)



شكل رقم (16)



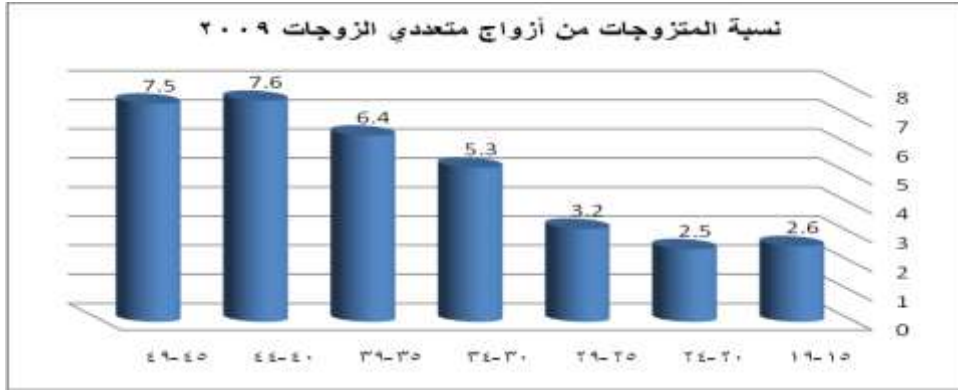
شكل رقم (17)



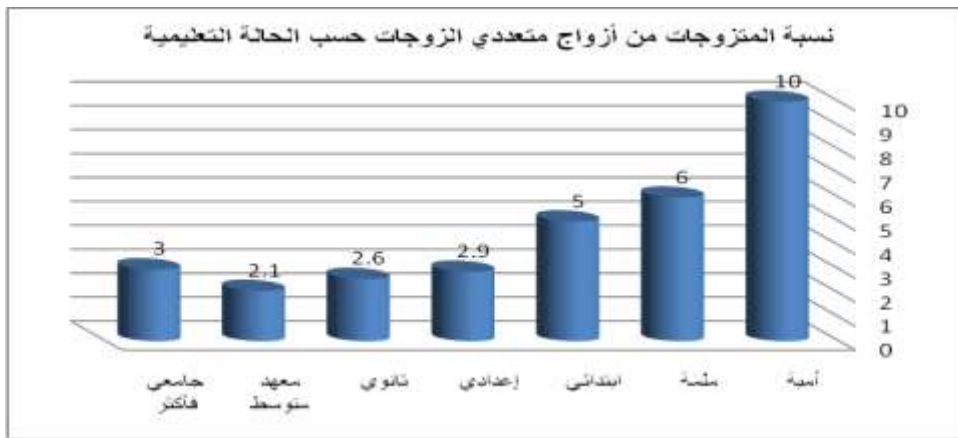
#### 5-2-4-2- تعدد الزوجات

لا يزال تعدد الزوجات قائماً إلى حد ما ، حيث أوضحت البيانات أن نسبة المتزوجات من أزواج متعددي الزوجات 6.6% في الريف مقابل 4.1% في الحضر ويعكس هذا الفرق مدى اختلاف القيم والعادات والأعراف الاجتماعية والحالة المادية للأزواج في كل من الريف والحضر. ويتضح من البيانات أيضاً أن نسبة السيدات المتزوجات من أزواج متعددي الزوجات اللواتي يقعن في الفئتين العمريتين 15-19 و 20-24 أقل من نظيراتها في الفئات العمرية الأخرى وذلك يعود لأنهن صغار السن أولاً ولم يمض على زواجهن فترة طويلة ثانياً.

شكل رقم (18)



كما أن الحالة التعليمية للزوجة تلعب دوراً هاماً في هذه النسبة والعلاقة طردية.  
شكل رقم (19)



#### 6-2-4-2- متوسط حجم الأسرة

لقد أدى الانخفاض المتباطئ لمستوى الخصوبة إلى تقليص متوسط حجم الأسرة المعيشية قليلاً من (6.1) فرد عام 1993 إلى (5.5) فرد عام 2004، ثم إلى (5) فرد عام 2009، وهو يزيد في الريف (5.4) فرد عن مستواه في الحضر (4.7) فرد.

كما أن هذا المتوسط يقل في المحافظات الأكثر انخفاضاً لمعدلات الخصوبة وهي دمشق وطرطوس واللاذقية والسويداء (4.3 - 4.4-4.4-4.2) على التوالي لعام 2009، ويرتفع ارتفاعاً ملحوظاً في محافظات دير الزور والحسكة والقنيطرة (6.1-6.3-6.3) على التوالي لنفس العام.

كما بينت نتائج المسح الصحي الأسري لعام 2009 أن نسبة الأسر النواتية بلغت حوالي 90%، وأن نسبة الأسر التي ترأسها سيدة تبلغ حوالي 10%.

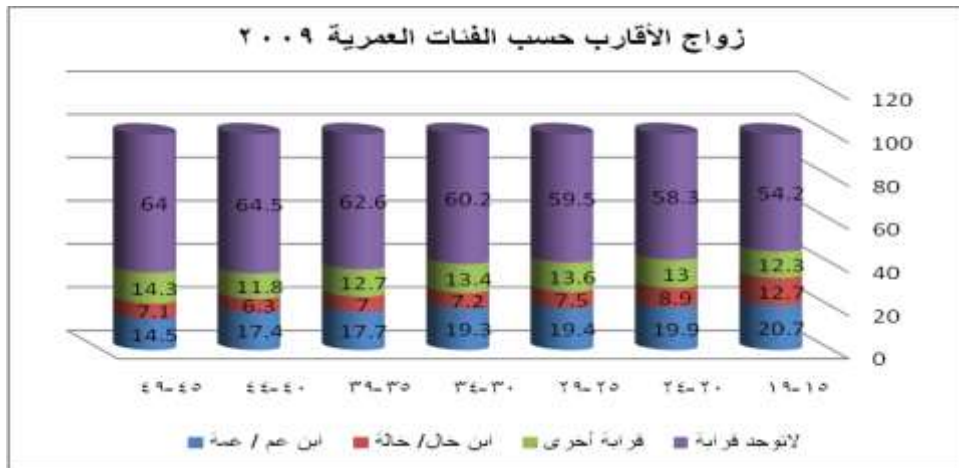
شكل رقم (20)



#### 7-2-4-2- زواج الأقارب

بالنسبة لزواج الأقارب فهو يلعب دوراً غير مباشراً في تحديد عدد الأطفال المرغوب به وذلك نظراً لحساسية علاقة القربى بين الزوجين وبين أهالي الزوجين أيضاً. فعلى الرغم من الحقائق العلمية الطبية والاجتماعية والنفسية التي تشير إلى المخاطر التي قد يسببها زواج الأقارب لا يزال هذا النمط من الزواج مستمراً في بعض بيئات المجتمع السوري، حيث بين المسح الصحي الأسري لعام 2009 أن الإناث اللواتي تزوجن من أقاربهن (ابن عم / عمة / خال / خالة) للفئة العمرية 20-24 سنة تصل إلى الثلث تقريباً.

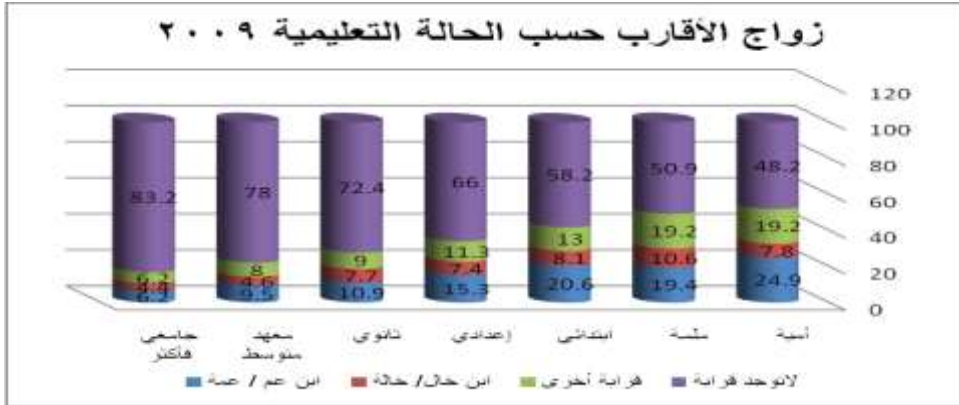
شكل رقم (21)



كما تشير البيانات أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، انخفضت نسبة المتزوجات من أقاربهن، أي أن العلاقة طردية، وترتفع هذه الحالة في الريف مقارنة بالحضر. كما ترتفع نسبة زواج الأقارب في المحافظات الشرقية والشمالية (دير الزور - الرقة - الحسكة - حلب - ادلب) مقارنة بباقي المحافظات السورية.



شكل رقم (22)



#### 8-2-4-2- العادات والتقاليد

بينت نتائج المسح الثقافي والاجتماعي في كل من عامي 1994 و 1999، أن هناك العديد من العوامل والمتغيرات الاجتماعية التي تؤثر بدرجات متفاوتة في السلوك الإيجابي لأفراد المجتمع، وأنه رغم التبدل الإيجابي لبعض المواقف والتقاليد والعادات الاجتماعية الموروثة حيال قضايا الزواج المبكر وتعليم المرأة ومساهمتها في النشاط الاقتصادي والمؤدية إلى خفض مستوى الخصوبة، إلا أن بعضها الآخر لا يزال تأثيره السلبي مستمراً على هذا السلوك الإيجابي للأسرة، كتدخل الأهل في إنجاب الأبناء وتفضيل إنجاب مواليد من جنس معين وخاصة الذكور منهم، مما يجعل إمكانية تعديل هذه المواقف والعادات وتراجع تأثيرها بشكل حاد على مستوى الخصوبة أمراً صعباً في المدى القريب المنظور. وقد أوضحت معاملات الارتباط الثنائي أن:

1- مستوى تعليم الأم يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على عدد الأولاد المنجبين في الأسرة، حيث أن كل ثلاث سنوات زيادة في تعليمها يؤدي إلى تخفيض عدد الأولاد في الأسرة بمقدار طفل واحد، إضافة إلى الانعكاس الإيجابي لتعليم الأم على الوضع الصحي والاجتماعي والثقافي لجميع أفراد الأسرة.

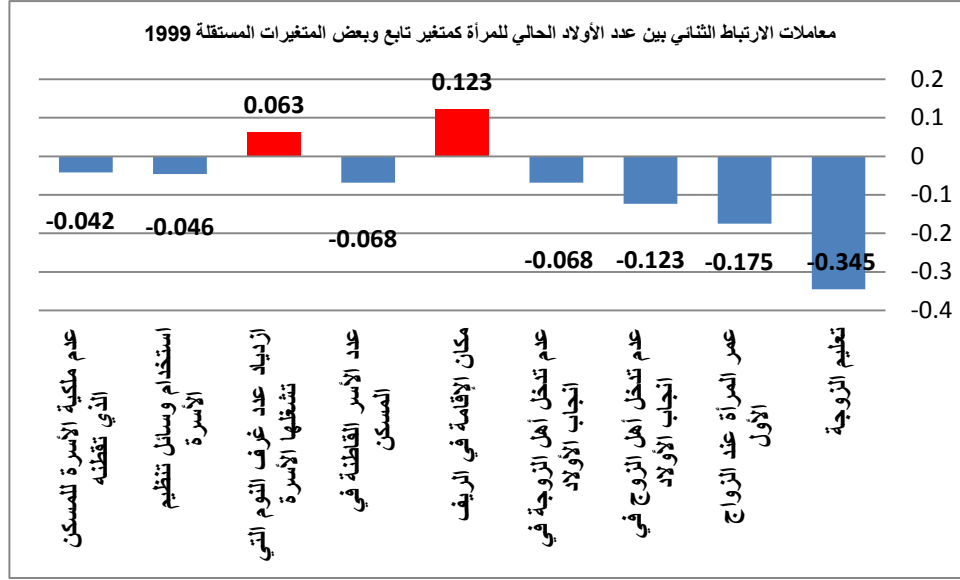
2- ارتفاع سن الأم عند الزواج الأول يؤدي إلى تخفيض عدد الأولاد المنجبين بسبب تقلص فترة تعرضها لاحتمال الحمل.

3- عدم تدخل أهل الزوج، وكذلك عدم تدخل أهل الزوجة بقرار إنجاب الزوجين من شأنه تخفيض عدد الأولاد المنجبين.

3- جاء تأثير كل من الظروف السكنية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة في مستوى الخصوبة بمراتب متدنية من حيث شدة الارتباط أو التأثير، و يعود سبب تدني تأثير

وسائل تنظيم الأسرة إلى عدم تفكير الزوجة باستخدام هذه الوسائل إلا بعد إنجابها للعدد المرغوب من الأولاد.

شكل رقم (23)



جدول رقم 1

معاملات الارتباط الثنائي بين عدد الأولاد الحالي للمرأة (كمتغير تابع)

وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية (كمتغيرات مستقلة) عام 1999

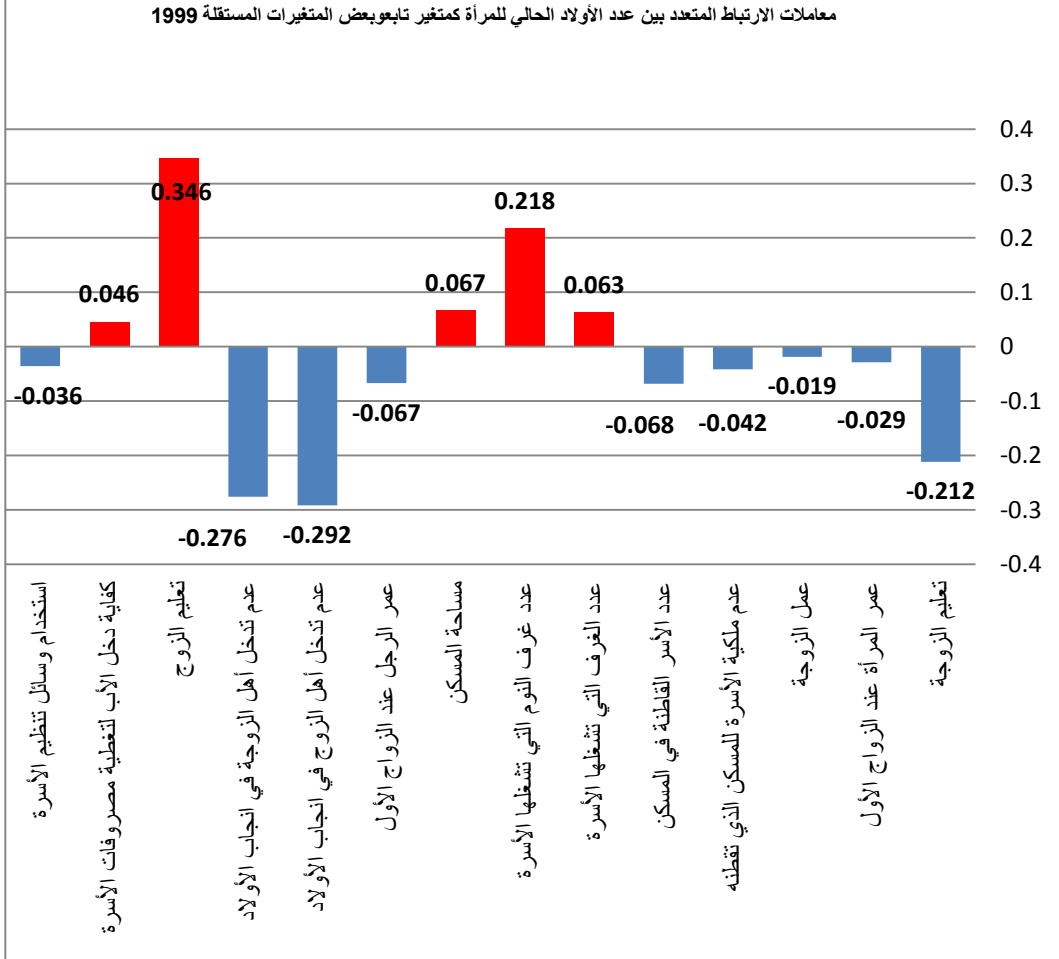
الخطأ المعياري للتقدير	معامل الارتباط المعياري Beta	المتغيرات المستقلة
0.004	0.354 -	تعليم الزوجة
0.002	0.175 -	عمر المرأة عند الزواج الأول
0.030	0.123 -	عدم تدخل أهل الزوج في إنجاب الأولاد
0.039	0.068 -	عدم تدخل أهل الزوجة في إنجاب الأولاد
0.016	0.123	مكان الإقامة في الريف
0.010	0.068 -	عدد الأسر القاطنة في المسكن
0.002	0.063	ازدياد عدد غرف النوم التي تشغلها الأسرة
0.014	0.046 -	استخدام وسائل تنظيم الأسرة
0.009	0.042 -	عدم ملكية الأسرة للمسكن الذي تقطنه

المصدر: نتائج المسح الثقافي الاجتماعي عام 1999 / المكتب المركزي للإحصاء

أما وفق معاملات الارتباط المتعدد فقد أظهرت النتائج أن عدم تدخل الأهل في إنجاب الزوجين للأولاد يأتي في المرتبة الأولى من حيث قوة التأثير على السلوك الإنجابي للزوجين، حيث يؤدي

إلى تخفيض عدد الأولاد المنجبين، يليه تعليم الأم بالمرتبة الثانية، وعدد الأسر القاطنة في المسكن بالمرتبة الثالثة. وجاء استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مرتبة متأخرة نسبياً حيث يرتفع استخدام هذه الوسائل بعد أن ينجب الزوجين العدد المرغوب من الأولاد.

شكل رقم (24)



جدول رقم 2

معاملات الارتباط المتعدد بين عدد الأولاد الحالي للمرأة (المتغير التابع)

ومجموعة من المتغيرات الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية (كمتغيرات مستقلة) عام 1999

الخطأ المعياري	معامل الارتباط المعياري (Beta)	المتغيرات المستقلة
0.124	- 0.212	تعليم الزوجة
0.109	- 0.029	عمر المرأة عند الزواج الأول
0.214	- 0.019	عمل الزوجة
0.029	- 0.042	عدم ملكية الأسرة للمسكن
0.024	- 0.068	عدد الأسر القاطنة في المسكن
0.164	0.063	عدد الغرف التي تشغلها الأسرة
0.024	0.218	عدد غرف النوم التي تشغلها الأسرة
3.879	0.067	مساحة المسكن
0.357	- 0.067	عمر الرجل عند الزواج الأول
0.065	- 0.292	عدم تدخل أهل الزوج في إنجاب الأولاد
0.065	- 0.276	عدم تدخل أهل الزوجة في إنجاب الأولاد
1.360	0.346	تعليم الزوج
0.044	0.046	كفاية دخل الأب لتغطية مصروفات الأسرة
0.014	- 0.036	استخدام وسائل تنظيم الأسرة

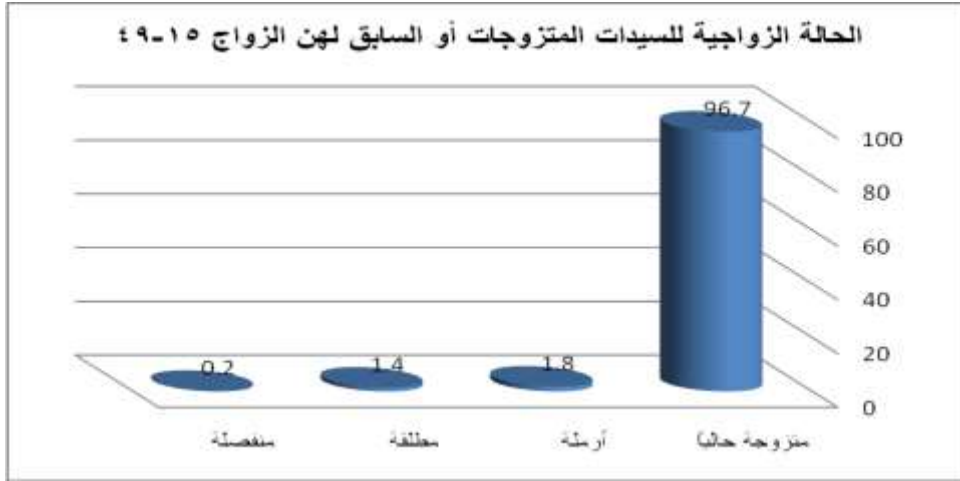
المصدر : نتائج المسح الثقافي الاجتماعي عام 1999 / المكتب المركزي للإحصاء.

#### 2-4-2-9- الحالة الزوجية (الطلاق - المكوث - الأرامل)

يدل استقرار الزواج على مدى ترابط الأسرة، مما ينعكس بشكل إيجابي على المجتمع ككل، وتشير البيانات على أن هناك استقرار للزواج في سورية، حيث بلغت نسبة من تزوجن لمرة واحدة فقط من بين السيدات في العمر (15-49) سنة 98.5%، ولا يوجد فارق يذكر بين الريف والحضر. كما تشير البيانات أيضاً على أن 4% من السيدات قد انتهى زواجهن الأول وتكون هذه النسبة أقل بين السيدات صغيرات السن وتبلغ أقصاها 9.3% بين السيدات في الفئة العمرية 45-49 سنة لعام 2009.

ونتيجة لذلك نلاحظ انخفاض نسبة الطلاق في سورية فقد بلغت هذه النسبة 1.4% من السيدات المتزوجات أو السابق لهن الزواج في الفئة العمرية 15-49 سنة، كما أن نسبة الأرامل بلغت 1.8% لعام 2009.

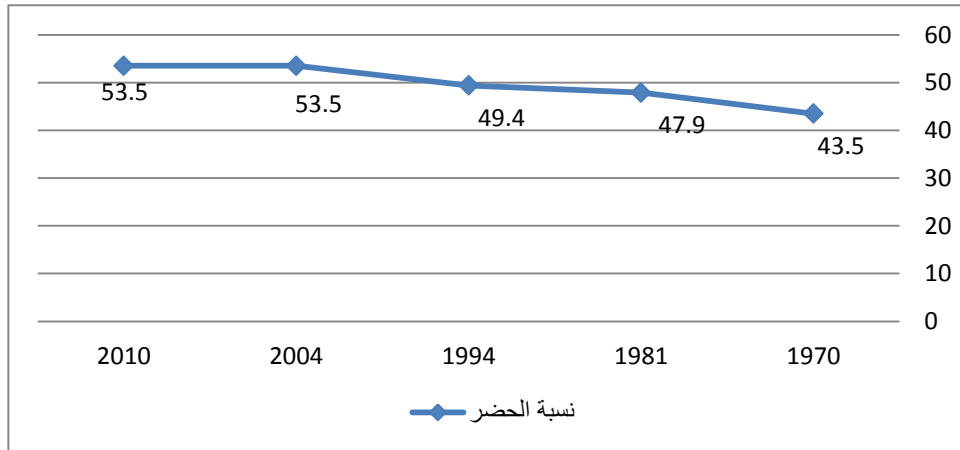
شكل رقم (25)



#### 10-2-4-2- النمو الحضري

لمكان الإقامة دوراً حاضناً للعديد من المتغيرات المجتمعية والثقافية المؤثرة في مستويات الإنجاب، والملاحظ عادة أن مكان الإقامة كمؤشر إجمالي يفصح عن ارتفاع مستوى الخصوبة في الريف مقارنة بالمدن أو الحضر. وفي سورية ارتفعت نسبة السكان الحضر من 43.5% عام 1970 إلى 47.9% عام 1981، ثم إلى 49.4% عام 1994، وإلى 53.5% لعامي 2004-2010.

شكل رقم (26)



#### 3- الخدمات المقدمة في مجال تنظيم الأسرة

تشير الإسقاطات إلى أن عدد سكان سورية سيصبح 28.66 مليون نسمة في عام 2025 مما يشكل تحدياً كبيراً أمام كافة المستويات التخطيطية والتنفيذية ويتطلب التحرك المبكر والمدروس لمواجهة هذه التحديات وتعظيم الاستفادة منها وتقليل آثارها السلبية.

بناء على ما تقدم فقد أولت حكومة الجمهورية العربية السورية أهمية خاصة لتنظيم الأسرة الذي يؤكد على إعطاء الخيار للزوجين لتحديد عدد الأطفال الذين يرغبون بإنجابهم والمباعدة بين الحمل وذلك بالتأكيد على حق الزوجين في الحصول على المعلومات والتنقيف والوسائل اللازمة لممارسة هذا الحق.

### **3-1- الخدمات الصحية المقدمة في ظل النمو السكاني**

أضاف الارتفاع الكبير لمعدل النمو السكاني خلال العقود الأربعة الماضية أعداداً متزايدة من السكان سنوياً بلغت في المتوسط حوالي (400) ألف نسمة خلال الفترة 2000-2006، وتصل حالياً إلى حدود نصف مليون نسمة سنوياً، وأدت هذه الزيادات المتسارعة إلى تنامي الاحتياجات وازدياد الطلب على الخدمات الصحية. كما شكل ازدياد العمر المتوقع نتيجة تحسن المستوى الصحي للسكان وانخفاض معدل الوفيات عاملاً إضافياً لزيادة الطلب على هذه الخدمات، ولعب أيضاً التلوث البيئي المتنامي والاستنزاف الجائر للموارد الطبيعية نتيجة النمو السكاني لا سيما الهجرة الداخلية من الريف إلى المدن الكبرى، والتوسع في انتشار المنشآت الصناعية ومناطق السكن العشوائي حولها، والارتفاع الكبير في عدد وسائل النقل فيها دوراً كبيراً في التأثير السلبي على صحة السكان وزيادة الطلب على الخدمات الصحية.

لقد شهد القطاع الصحي زيادة كبيرة في عدد المؤسسات الصحية، فقد ارتفع متوسط عدد السكان لكل سرير من 2019 في عام 1970 ليصل إلى 843 نسمة لكل سرير في عام 2000 وليصبح 662 نسمة لكل سرير في عام 2010.

كما ارتفع عدد المراكز الصحية من 248 مركزاً في عام 1970 ليصل إلى (983) مركزاً صحياً عام 2000 إلى (1901) مركزاً صحياً في عام 2010. ونتيجة ذلك انخفض متوسط نصيب المركز الصحي الواحد من السكان من حوالي 26 ألف لكل مركز صحي في عام 1970 ليصل إلى حوالي (14) ألف نسمة في عام 2000 وإلى (11) ألف نسمة في عام 2010. والجدير بالذكر أن التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصحية لا يتناسب بشكل عادل مع التوزيع الجغرافي للسكان واحتياجاتهم من الخدمات الصحية.

من جهة ثانية، ازدادت بشكل متسارع أعداد ذوي المهن الطبية من جميع الاختصاصات، فقد ارتفع عدد أطباء الصحة من حوالي (1623) طبيب في عام 1970 ليصل إلى (25) ألف طبيب تقريباً في عام 2000، وليصبح عدد الأطباء حوالي (30) ألف في عام 2009. كما ارتفع عدد الصيادلة من (850) في عام 1970 ليصبح حوالي (8) آلاف صيدلي عام 2000 وحوالي (17) ألف صيدلي عام 2009. وازداد عدد أطباء الصحة من 11682 طبيباً إلى 22408 طبيباً بين عامي 1990 - 2000، فأصبح نصيب الطبيب الواحد من السكان 728 نسمة بعد أن كان 1037 نسمة قبل 10 سنوات.

### 2-3- النمو السكاني وخدمات الصحة الإنجابية

يتيح توافر خدمات الصحة الإنجابية، خاصة خدمات تنظيم الأسرة، للمرأة أن تؤخر الإنجاب وتتمكن من إتمام تعليمها والمشاركة في النشاط الاقتصادي واكتساب مهارات وخبرات، وحيثما تتوفر وسائل تنظيم الأسرة تؤخر المرأة عادة الإنجاب ويصبح الوقت الذي تقضيه في الحمل أقل. ويؤثر وضع المرأة من حيث الصحة الإنجابية تأثيراً كبيراً في عدد أطفالها، وهذا بدوره له انعكاسات اجتماعية واقتصادية قصيرة الأجل وطويلة الأجل على السواء.

وتشكل خدمات الصحة الإنجابية في سورية إحدى مكونات برامج الرعاية الصحية الأولية وهي تقدم من خلال مجموعة كبيرة من المراكز الصحية والتخصصية والعيادات الشاملة التابعة لوزارة الصحة والمنتشرة في مختلف المحافظات، في الحضر والريف، والبالغ عددها (1901) مركزاً صحياً في عام 2010، يقع 75% منها في المناطق الريفية. كما تقوم جهات حكومية أخرى كوزارة التعليم العالي والخدمات الطبية العسكرية وقوى الأمن الداخلي إضافة إلى القطاع الخاص والمؤسسات الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية كجمعية تنظيم الأسرة والاتحاد النسائي بدور هام أيضاً في توفير خدمات الصحة الإنجابية لاسيما في مجال تنظيم الأسرة.

لقد أدت الجهود المبذولة في هذا المجال إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 46.6% في عام 2001 إلى 53.9% في عام 2009، وقد ترافقت هذه الجهود برفع مستوى كفاءة الكادر الصحي المقدم لهذه الخدمات من خلال تدريبه على المهارات السريرية وكذلك على مهارات التواصل والمشورة اللازمة لتقديم الخدمات، إضافة إلى الجهود في مجال التوعية والتثقيف الصحي للسيدات لتشجيعهن على استخدام وسائل تنظيم الأسرة وذلك من خلال إنتاج وتوزيع المواد التثقيفية كالنشرات والملصقات على السيدات في سن الإنجاب.

وتلعب كل من الممرضات والقابلات دوراً أساسياً في تقديم خدمات الصحة الإنجابية عامة وتنظيم الأسرة بشكل خاص. وقد ارتفع عدد القابلات المجازات من (566) عام 1970 ليصبح (4.9) ألف قابلة عام 2000 و(5.4) ألف قابلة عام 2009، كما ارتفع عدد الممرضين والممرضات من (1401) ممرض وممرضة في عام 1970 ليصل إلى حوالي (27) ألف في عام 2009 وليصبح (31) ألف تقريباً في عام 2009.

وتشكل أعداد هذه الكوادر الصحية عاملاً أساسياً في تقديم الخدمة المطلوبة، إلا أن المشكلة الأساسية تكمن في سوء توزيع هذه الكوادر إضافة إلى نوعية جزء من هذه الكوادر.

لقد بلغ عدد خدمات تنظيم الأسرة المقدمة خلال عام 2009 ما مقداره (690135) من إجمالي خدمات المراكز الصحية البالغة (25608977)، في حين بلغ عدد هذه الخدمات ما مقداره (518977) خدمة تنظيم أسرة في عام 2000.

وهذا يدعو إلى التساؤل لمعرفة مبررات الارتفاع الطفيف في عدد خدمات الصحة الإنجابية مقارنة بين عامي 2000 و2009 مع الأخذ بعين الاعتبار الارتفاع الملحوظ لعدد السكان بين هذين العامين.

### **3-3- تنظيم الأسرة يخفف الطلب على الخدمات التنموية**

إن ارتفاع معدل النمو السنوي للسكان يشكل ضغطاً على خدمات التعليم والصحة والسكن والبنى التحتية والخدمات الأخرى، ويجعل من الصعب تحسين نوعية الخدمات الاجتماعية ويعيق بدوره عملية التنمية وتطوير عوائدها، وبالتالي يحد من تحسين نوعية الحياة، وحيث أن تنظيم الأسرة يعمل على تخفيف الطلب على الخدمات بأنواعها فقد جاءت خطط التنمية في سورية لتدعم هذا التوجه حيث هدفت إستراتيجيتها إلى خفض معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الرضع وتمكين المرأة وإدماجها في عملية التنمية وتوسيع خدمات الصحة الإنجابية وتطوير مستوى الوعي بالقضايا السكانية عن طريق محور الأمية ورفع المستوى التعليمي للسكان ولاسيما بين النساء والتشجيع على تبني مفهوم الأسرة الصغيرة.

وبالتالي فإن تكلفة وسائل تنظيم الأسرة البالغة (200) مليون ليرة سورية لنهاية 2015 سيؤدي إلى وفر في الإنفاق على الرعاية الصحية، والإنفاق على التعليم، والوفر الاقتصادي من إجازات الأمومة، والوفر في الرعاية الصحية للحوامل ما مقداره (522) مليون ليرة سورية. وتأكيداً على التزام سورية بتأمين خدمات الصحة الإنجابية، فقد قامت الحكومة بتخصيص مبلغ (1,6) مليون دولار أمريكي لشراء وسائل تنظيم الأسرة خلال الأعوام 2007-2011 وقد تم تجديد الالتزام الحكومي باستمرار شراء وسائل تنظيم الأسرة عن طريق صندوق الأمم المتحدة للسكان ورصد الاعتمادات اللازمة من موازنة وزارة الصحة.

### **3-4- أهم نتائج تقديم خدمات الصحة الإنجابية**

تعرف الصحة الإنجابية بأنها حالة من الرفاه والسلامة جسماً وعقلياً واجتماعياً في كافة الأمور المتعلقة بعملية الإنجاب وأجهزتها ووظائفها وعملياتها، و ليس مجرد غياب الأمراض والإعاقة خلالها أو بسببها. وهي تعني القدرة على الإنجاب والحياة الجنسية المأمونة مع حرية تقرير الإنجاب من حيث مواعيده وتواتره بمشاركة المرأة والرجل على قدم المساواة. ويتطلب ذلك أن تتوفر للمرأة والرجل المعلومات والخدمات الصحية التي تساعدهم على استخدام الأساليب والوسائل المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة والمقبولة لديهما مع تيسير الحصول عليها.

وتشمل الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية شريحة واسعة من السكان، تضم الرجل والمرأة في سن الإنجاب والمراهقين والشباب والنساء في سن ما بعد الإنجاب إضافة إلى حديثي الولادة بهدف رفع المستوى الصحي لكل تلك الفئات ووقايتهم من كل المستويات الضارة التي تؤدي إلى



انتشار الأمراض لجعلهم يتمتعون بصحة جيدة وحياة آمنة. ولعل من أهم النتائج المتحصلة من تقديم خدمات الصحة الإنجابية ما يلي:

### 3-4-1- تقليل المشاكل الصحية ومنع الحمل غير المرغوبة

تمثل مشاكل الصحة الإنجابية أحد الأسباب الرئيسية للوفاة والإعاقة وهذه المشاكل يمكن الحيلولة دون حدوث معظمها، ومن الممكن إنقاذ حياة هؤلاء النساء وحياة مواليدهن عن طريق الرعاية الخاصة بالحالات الطارئة ففي كل سنة هناك ما يقارب (435) امرأة يفارقن الحياة من جراء مضاعفات الحمل والولادة. وبالتالي فإن الصحة الإنجابية يمكن أن تحسن فرص بقاء الرضع على قيد الحياة كما أن المباشرة بين المواليد ورعاية الصحة النفسانية يمكن أن تساعد على الحيلولة دون وفيات الأمهات.

و يسهم الحد من حالات الحمل غير المقصودة عن طريق إتاحة سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، في الحد من وفيات الأطفال والوفيات النفسانية، حيث تشير دراسة أسباب وفيات الأمهات لعام 2005 أن نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة لدى السيدات الأصحاء (40,9%) مقارنة مع المتوفيات (25,6%).

### 3-4-2- التخفيف من مخاطر الولادة المبكرة عن طريق الحد من الزواج المبكر

إن الأمومة في سن مبكرة جداً تؤدي إلى زيادة خطر موت الأم عن المتوسط بزيادة كبيرة وإن احتمالات وفاة الفتيات المراهقات أثناء الحمل والولادة أكبر بحوالي خمس مرات من احتمالات حدوث ذلك في حالة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين (20-24) سنة. وما زال الحمل المبكر عائقاً في وجه التحسينات في المركز التعليمي والاقتصادي والاجتماعي للمرأة. ويؤدي الزواج المبكر والأمومة المبكرة إلى التقليل الشديد من فرص التعليم وفرص العمالة ويحتمل أن يكون لهما أثر سيئ طويل الأجل على نوعية حياة الأمهات وحياة أطفالهن.

تشير بيانات المسح الصحي الأسري لعام 2009 إلى أن النسبة المئوية للسيدات اللاتي تزوجن في الفئة العمرية (15-19) قد بلغت (11.2%)، وهذه النسبة تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، وتتفاوت على مستوى كل من الحضر والريف. وكما هو معروف فإن الارتفاع الزائد لمستوى الخصوبة يؤدي إلى ازدياد احتمال المخاطر على صحة الأم والطفل نتيجة حالات الحمل والولادة المتكررة، وقصر الفترة بين حمل وآخر، والحمل والولادة في سن مبكرة تقل عن 18 سنة أو متأخرة تزيد على 35 سنة.

### 3-4-3- تعزيز صحة المراهقين:

إن الاستثمار في صحة المراهقين في الفئة العمرية (10-19) سنة والتي تشمل (4.5) مليون نسمة، وتعليمهم وتنمية مهاراتهم وتمكين الفتيات من البقاء في المدارس ومتابعة تعليمهن،

ضرورات حتمية وحق من حقوق الإنسان. لقد بدأ الاهتمام مؤخراً بالفئات ذات الاحتياجات الخاصة وذات العلاقة بالصحة الإنجابية ومنها فئة المراهقين، حيث أصبحنا بحاجة لمعرفة احتياجات تلك الفئة من الخدمات الصحية والتثقيف الصحي. وقد بدأت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بالعمل على تعزيز صحة المراهقين منذ عام 2002 من خلال التثقيف الصحي حول المشاكل المتعلقة بالصحة بشكل عام والصحة الإنجابية بشكل خاص، ويتم توفير الخدمات الصحية لهذه الفئة العمرية من خلال المراكز الصحية المنتشرة في أنحاء القطر. كما يتم العمل حالياً على وضع خطط وطنية تؤمن الخدمات الضرورية وتعالج المشاكل الأكثر أهمية (ولاسيما مشكلة الزواج المبكر الشائعة في كثير من المجتمعات) وذلك بالتنسيق مع الجهات ذات العلاقة ولا سيما وزارة التربية واتحاد شبيبة الثورة والمنظمات الأهلية.

### 3-4-4- تعزيز مواقف الشباب تجاه قضايا الصحة الإنجابية

يمثل الشباب في الفئة العمرية بين 15-24 عاماً نسبة (22.2%) من العدد الإجمالي للسكان، وتعتبر هذه الشريحة أكثر الشرائح عرضة لتحديات الصحة الإنجابية، مثل الزواج المبكر، والحمل المبكر، والسلوك المحفوف بالمخاطر، وانتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس لاسيما الإيدز، حيث أن (34%) من نسبة الإصابات المسجلة تحدث بين فئات الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (15-24). وتشير الدراسات إلى الحاجة للمزيد من الجهود الرامية إلى رفع الوعي لدى جيل الشباب، حول القضايا الآتية الذكر.

وباعتبار أن العناية بالصحة العامة هي من السلوكيات الأساسية التي ينبغي أن يهتم بها ويسلكها كل أفراد الأسرة ولاسيما المراهقون والشباب حتى يتجنبوا الإصابة بالأمراض المختلفة ويقدموا على حياة إنجابية آمنة. فإن بيانات الدراسة الكمية للتمكين والمشاركة المجتمعية للشباب لعام 2008 وفيما يتعلق بأهمية معرفة آراء واتجاهات الشباب نحو تنظيم الأسرة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة نظراً لما سنسهم به هذه الآراء في تشكيل السلوك الإنجابي لهؤلاء الشباب في المستقبل، فقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الشباب على دراية بوسائل تنظيم الأسرة إلا أن معرفتهم غالباً ما تنحصر في الحبوب (79.3%)، واللولب (68,1%)، والواقى الذكري (42,8%). وفيما يتعلق بالزواج فإن (54%) من الشباب يرون أن السن الأنسب لزواج الفتى هو (25-29) سنة، وذكر (51.2%) من الشباب أن السن الأنسب لزواج الفتاة هو (20-24) سنة.

### 4- معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة

تميز المجتمع السوري بكثرة الطلب على الأولاد والإنجاب منذ زمن بعيد، حيث اعتبر الولد مصدر قوة لأهله، ولم يكن الفرد السوري مهتماً بمواعيد إنجاب الأولاد أو بتقييد عددهم، ومع تطور الحياة وزيادة الأعباء المادية وإضفاء المزيد من المدنية على حياة المواطن السوري أضحت نسبة لا بأس بها من السوريين تهتم بتحديد عدد أفراد أسرتها بحيث تبقى صغيرة ويمكن لرب الأسرة أن يتحمل أعبائها وهذا ما دفع هؤلاء الأفراد إلى الاهتمام بموضوع تنظيم الأسرة ووسائلها المتاحة.

ويعرف تنظيم الأسرة بأنه حق الزوجين في اختيار عدد الحمل والمباعدة بينهما، وهو يوفر للزوجين الخيار المناسب للتحكم بموعد البدء بإنجاب الأطفال، وعددهم. والفترة الفاصلة بين الواحد والآخر، ومتى يجب التوقف عن الإنجاب، كل حسب ظروفه ومقدرته وبموافقة الزوجين معاً وضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأهل والطفل معاً. وبممارسة هذا الحق تتحقق فوائد عملية وعلى مستويات كثيرة:

- على مستوى الأفراد، تتحسن صحة الأم والرضيع وتزيد فرص تعليم المرأة وعملها ومشاركتها في المجتمع ويقل التعرض للمخاطر الصحية ويقل اللجوء إلى الإجهاض.
- وعلى مستوى الأسر، يقل التنافس بين أوجه إنفاق الموارد ويقل تشتت تلك الموارد وتحدث انخفاضات في فقر الأسرة المعيشية وتزيد إمكانية تقاسم عملية صنع القرار.
- وعلى مستوى المجتمع، يحدث تسارع في التحول الديموغرافي وتتاح فرصة استخدام الميزة الديموغرافية للتعجيل بالتنمية الاقتصادية.

وتتبقى أهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة من النظرة الشمولية للتنمية التي ترى أن ترافق معدل الخصوبة المرتفع مع انخفاض وفيات الأطفال، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة يعني دخول أعداد متزايدة من السكان في سن النشاط الإنجابي، مما سيجعل التغيير في معدل الزيادة السكانية المرتفعة طفيفاً، ويزيد بالتالي من أعباء الإعالة.

ويعتمد استخدام وسائل تنظيم الأسرة والاستمرار فيها على العديد من العوامل الثقافية والاجتماعية إضافة لتوفر الوسائل المختلفة وسهولة الوصول إليها والحصول عليها ورخص ثمنها، وكذلك نوعية الخدمة وتقديم المشورة بشكل صحيح وسليم للزوجين. ويعتبر أمان الوسيلة المستخدمة وفعاليتها المرتفعة في منع الحمل من أهم عوامل الاستمرارية بها. ولتعليم السيدات وتوعيتهن الدور الكبير في تحسين إمكانية الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة والاستفادة منها.

أما رقمياً فيمكن الاستدلال على الارتفاع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة من انخفاض معدل الخصوبة الكلي للمرأة والذي شهد انخفاضاً كبيراً من 6.8 مولود عام 1981 إلى 3.5 مولود في وقتنا الحاضر. هذا الانخفاض في الخصوبة يعود بشكل أساسي إلى ارتفاع سن الزواج لكل من الذكر والأنثى، وقلة الطلب على الأولاد، وتوافر وسائل تنظيم الأسرة.

وقد ارتفعت نسبة السيدات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة من (39.9%) في عام 1993 لتصل إلى (53.9%) في عام 2009 حسب بيانات المسح الصحي الأسري 2009، في حين كان مقدراً لها أن تبلغ (57%) في نفس العام.

#### 4-1- الاستخدام السابق لوسائل تنظيم الأسرة

تشير بيانات المسح الصحي الأسري لعام 2009 إلى أن نسبة السيدات المتزوجات اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة سواء الحديثة أو التقليدية قد بلغت (60.6%) وبلغت نسبة استخدام الوسائل الحديثة (49.1%)، ويلاحظ انخفاض طفيف في هذه النسب عن النسب المسجلة في مسح صحة الأسرة عام 2001، إذ بلغت (60.8%) لأي وسيلة، و(51.5%) للوسائل الحديثة، وهذا يعني أن نسبة استخدام الوسائل الحديثة انخفضت بحوالي (2.4%). وبالإشارة إلى الاستخدام حسب فئات العمر يتضح أن أقل استخدام يتم في الأعمار الصغيرة (15-19) سنة وأعلى استخدام في الفئة العمرية (40-44) سنة، وهو نفس النمط السائد سابقاً الذي أظهره مسح صحة الأسرة 2001 .

كما ترتفع نسب الاستخدام مع ارتفاع المدة المنقضية منذ أول زواج من (0.6%) بين المتزوجات منذ 4 سنوات إلى (64.6%) بين المتزوجات منذ 25 سنة. ويلاحظ أن نسب الاستخدام أعلى في الحضر مقارنة بالريف سواء لاستخدام أي وسيلة أو لاستخدام الوسائل الحديثة. كما تتزايد نسب الاستخدام مع تزايد المستوى التعليمي للمرأة من (45.8%) بين الأميات إلى (67.6%) بين الحاصلات على جامعة وما فوق، وكذلك الأمر بالنسبة للوسائل الحديثة.

#### 4-2- أنواع الوسائل المستخدمة (الحديثة والتقليدية)

يعتبر اللولب أكثر الوسائل انتشاراً، يليها بفارق بسيط الحبوب، ثم تأتي فترة الأمان والعزل والرضاعة الطبيعية وبنسبة مقاربة لها يأتي استخدام الواقي الذكري، بينما لم تلق الوسائل الأخرى من نوريبلانت وتعقيم ذكري وأنتوي وغيرها من الوسائل إقبالاً مذكوراً. ويلاحظ أن نسب استخدام الوسائل الحديثة كالحبوب يماثل استخدام فترة الأمان وتبلغ (29.9%) لدى السيدات الجامعيات، في حين تشكل هذه النسب لدى الأميات ما مقداره (22.8%) بالنسبة للحبوب و(9.2%) لفترة الأمان.

وبالنسبة للتعقيم لدى الإناث، فقد تمت دراسة هذا الموضوع من حيث العمر عند إجراء التعقيم والمدة المنقضية منذ إجرائه بالسنوات، فتبين أن أعلى نسبة إجراء لدى السيدات بالفئة العمرية

45-49 سنة إذ بلغت (28.8%)، يليها مباشرة الفئة العمرية 40-45 سنة بنسبة (27.6%)، ويلاحظ أن حوالي (13.5%) من السيدات اللواتي أُجريت التعقيم كان عمرهن لدى إجرائه 30-34 سنة.

#### 3-4- استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال أحياء عند أول استخدام

تشير بيانات المسح الصحي الأسري لعام 2009 إلى أن (63.1%) من السيدات اللواتي سبق لهن الزواج بدأن باستخدام بعد إنجابهن (1-2) طفل، و(24.3%) بعد إنجاب (3-4) أطفال مما يشير إلى أن نسبة ليست بالقليلة من السيدات قد بدأن الاستخدام مبكراً نسبياً خلال حياتهن الإنجابية وهو ما أشار إليه مسح صحة الأسرة في عام 2001.

ويلاحظ أن نسبة قليلة جداً من السيدات بدأن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة قبل ميلاد الطفل الأول إذ لم تتجاوز النسبة (1.2%) فقط .

ترتفع نسب الاستخدام بين السيدات صغيرات السن ولديهن عدد أطفال قليل (1-2) طفل مقارنة مع السيدات الأكبر سناً ونفس عدد الأطفال. فمثلاً تبلغ نسبة الاستخدام بين السيدات (15-19) سنة ولديهن (1-2) طفل (96.3%)، بينما تبلغ هذه النسبة بين السيدات في الفئة العمرية (40-44) سنة ولديهن (1-2) طفل (51.7%).

وتشير الدراسات إلى أن هناك اتجاهاً حديثاً نحو التبكير باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، إذ أن السيدات الأصغر سناً (15-19) بدأن الاستخدام بعد متوسط (1.2) طفل، والسيدات (20-24) سنة بدأن بعد متوسط (1.5) طفل.

أما بالنسبة لمتوسط عدد المواليد أحياء للسيدات المتزوجات عند أول استخدام لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب المحافظات، فإننا نجد أن السيدات في محافظة السويداء قد بدأن الاستخدام بعد متوسط (1.6) طفل والسيدات في محافظة دير الزور بدأن بعد متوسط (4.1) طفل، وأن السيدات على مستوى القطر قد بدأن الاستخدام بعد متوسط (2.5) طفل.

كما نجد أن السيدات الحاصلات على شهادة جامعية فما فوق قد بدأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد متوسط (1.7) طفل والسيدات الأميات بدأن بعد متوسط (3.7) طفل.

#### 4-4- الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة

تشير البيانات إلى أن (53.9%) من السيدات المتزوجات حالياً يمارسن تنظيم الأسرة، وبالمقارنة مع المسوحات السابقة نلاحظ ازدياد في ممارسة تنظيم الأسرة، إذ كانت النسبة المسجلة في مسح صحة الأسرة عام 2001 (46.6%)، في حين كانت النسبة في مسح صحة الأم والطفل عام 1993 (39.9%)، أي بمعدل زيادة سنوية قدره (0.87%).

يتضح من مقارنة نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ازدياد الوعي لدى السيدات باستخدام هذه الوسائل، وفقاً للجدول التالي:

جدول رقم 3  
نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب الإقامة ونوع الوسيلة

البيان	أية وسيلة حديثة			أية وسيلة تقليدية			أية وسيلة		
	2009	2001	1993	2009	2001	1993	2009	2001	1993
الحضر	41.2	41.7	37.8	17.7	12.2	11.4	59	53.9	49.2
الريف	32.1	27.5	16.2	14.5	10.8	11.2	46.6	38.3	27.4
المجموع	37.5	35.1	25.7	16.4	11.5	14.2	53.9	46.6	39.9

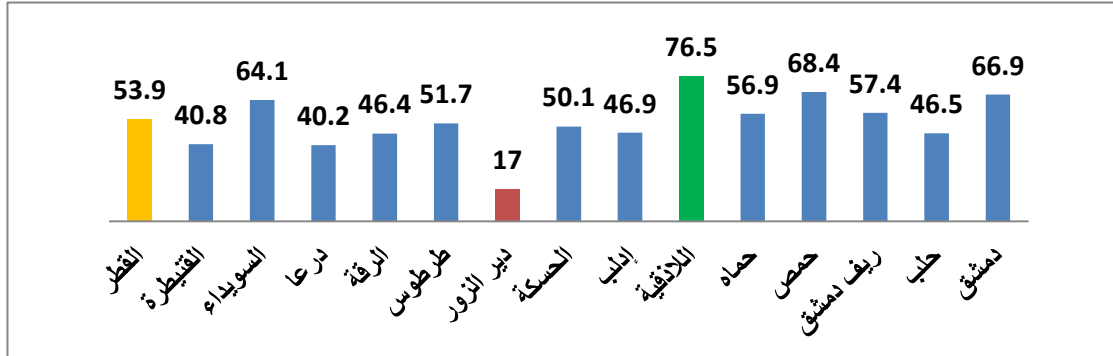
#### 5-4- مستويات الاستخدام الحالي وتوزعها بين الوسائل والمحافظات

لدى دراسة التوزيع النسبي للسيدات المستخدمات حالياً حسب نوع الوسيلة المستخدمة تبين أن اللولب هو أكثر الوسائل انتشاراً (42.3%)، يليه الحبوب (16.5%)، وتشكل هاتين الوسيلتين (84.5%) من الوسائل الحديثة المستخدمة حالياً و(58.8%) من كافة الوسائل المستخدمة. وبالمقارنة مع نتائج مسح صحة الأسرة عام 2001 ومسح صحة الأم والطفل عام 1993 نلاحظ انخفاض في نسب استخدام الحبوب إذ كانت هذه النسبة (26.4%) في عام 2001 و(25%) في عام 1993، كما طرأ ارتفاع طفيف في نسب استخدام اللولب من (40%) عام 1993 إلى (43%) عام 2001، ثم أصبحت (42.3%) عام 2009. بينما تفاوتت نسبتهما من الوسائل الحديثة المستخدمة إذ كانت (90%) عام 1993، ثم ارتفعت إلى (92%) عام 2001، ثم عادت وانخفضت عام 2009 إلى (84.5%)، كما انخفضت نسبتهما من كافة الوسائل المستخدمة سواء الحديثة أو التقليدية إذ أصبحت (58.8%) بعد أن كانت (69.4%) من كافة الوسائل المستخدمة في عام 2001.

أما بالنسبة للوسائل التقليدية فتأتى فترة الأمان (16.5%) أولاً، ثم العزل (10.9%) ثانياً، ثم إطالة الرضاعة الطبيعية (2.4%).

ويشير الشكل (27) إلى نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المحافظات، حيث سجلت محافظة اللاذقية أعلى نسبة (76.5%) بالنسبة لإجمالي الوسائل، وأدناها محافظة دير الزور (17%)، أما بالنسبة للوسائل الحديثة فقد بلغت في محافظة حمص (49%) وهي أعلى نسبة، وأدناها في محافظة دير الزور (12.5%).

الشكل (27)  
نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين السيدات المتزوجات حسب المحافظات



#### 6-4- تباينات مستويات الاستخدام الحالي

ترتفع نسب الاستخدام بازدياد عدد سنوات الزواج، ويلاحظ الفرق الكبير بين نسب الاستخدام، إذا كانت مدة الزواج بين (5-9) سنوات، وبين (20) سنة فما فوق سواء لاستخدام أي وسيلة (2.2 % مقابل 56.5 %) أو لاستخدام الوسائل الحديثة (0% مقابل 39.4 %).

كما تتجه نسب الاستخدام الحالي إلى التزايد كلما ارتفع مستوى التعليم خاصة بالنسبة لاستخدام أي وسيلة، ويلاحظ الفرق الكبير بين نسب الاستخدام لدى الأميات واللواتي يعرفن القراءة والكتابة فقط سواء في استخدام أي وسيلة (36.9% مقابل 64.7%) أو استخدام وسيلة حديثة (27.5 % مقابل 37.3%).

وهناك فروق كبيرة تصل إلى الضعف في نسب الاستخدام تبعاً للحالة الاقتصادية حيث تبلغ نسب الاستخدام لدى السيدات في الشريحة الأغنى ضعف نسبها تقريباً لدى الشريحة الأفقر بالنسبة لاستخدام أي وسيلة (67.7 % مقابل 34.9 %) أو استخدام وسيلة حديثة (44.8 % مقابل 24.3%).

#### 7-4- القرار حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة

إن استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو قرار مشترك يتخذه الزوجان معاً في غالبية الأحيان (62.6 %) بينما يكون القرار بيد الزوج بشكل رئيسي في (26.7%) من الحالات، ويكون بيد السيدة في (5.3 %) فقط من الحالات.

ويلاحظ أنه بين المستخدمات فعلاً حسب مكان الإقامة، كان قرار الاستخدام (67.6%) قراراً مشتركاً بين الزوجين في الحضر مقابل (55.8%) في الريف. ومن الملاحظ أن نسبة اللاتي

قمن بالاستخدام وكان القرار للزوج تصل إلى (21.9%) في الحضر مقارنة بنسبة (33.3%) في الريف.

أما على مستوى المحافظات فنجد مثلاً أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو قرار مشترك يتخذه الزوجان معاً في محافظة السويداء بنسبة (88.4%) بينما يكون القرار مشترك في محافظة الرقة ودير الزور بنسبة (42.4% و 42.8%) على التوالي.

كما تتجه نسب اتخاذ القرار المشترك باستخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى التزايد كلما ارتفع مستوى التعليم، ويلاحظ الفرق الكبير في هذه النسب بين الأميات (42.7%) مقابل (85.6%) لدى السيدة الجامعية.

#### **8-4- الرأي حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة**

تشير البيانات إلى أن موافقة الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة يتجه نحو التأييد كلما ازداد عمر السيدة. أما حسب مكان الإقامة، فنجد أن نسبة الموافقة على الاستخدام في الحضر تشكل (43.5%) مقابل (32.3%) في الريف. وعلى مستوى المحافظات نجد أن رأي الزوج بالموافقة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة يتراوح بين (65.1%) في محافظة السويداء و(12%) في محافظة دير الزور. ويزداد تأييد الزوج باستخدام وسائل تنظيم الأسرة بازدياد الحالة التعليمية للزوجة حيث تكون (23.5%) لدى السيدة الأمية وترتفع إلى (55.3%) لدى السيدة الجامعية.

#### **9-4- مشاكل استخدام وسائل تنظيم الأسرة**

تدل بيانات المسح الصحي لعام 2009 أن الغالبية العظمى من السيدات المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة لم يعانين أي مشكلة أثناء الاستخدام، ولم تتجاوز نسبة اللواتي واجهن مشكلة أثناء الاستخدام (7.4%) فقط، ويلاحظ أن أعلى نسبة حدوث سجلت لدى السيدات في الفئة 40-44 سنة.

وبدراسة المشاكل التي واجهت السيدات تبين أن معظم هذه المشاكل هي مشاكل صحية (82.8%)، يليها عدم الراحة أثناء الاستخدام (15.1%)، وقد ذكرت (2.7%) من السيدات أن الوسيلة المستخدمة قد فشلت. ويلاحظ أن نسبة ضئيلة جداً حوالي (0.9%) من السيدات ذكرن أن كلفة الحصول على الوسائل مرتفعة، وكذلك لم تشكل مشكلة الوصول إلى المرافق التي تقدم هذه الوسائل إلا نسبة ضئيلة جداً بلغت (0.7%) فقط مما يعكس صورة إيجابية عن توفر هذه الخدمات في مختلف المناطق والمحافظات.



#### 10-4- أسباب التوقف عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة

لدى سؤال السيدات اللواتي سبق لهن الاستخدام، ولكنهن حالياً غير مستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة، عن سبب توقفهن عن الاستخدام تبين أن (27.5%) قد توقفن لرغبتهن بإنجاب طفل، يليها بفارق أقل من النصف حدوث مشاكل صحية أثناء الاستخدام، وينسب مماثلة تقريباً لفشل الوسيلة، وعدم الراحة (4.2% و 4.9%) على التوالي. ويلاحظ أن عوامل تتعلق بنوعية الخدمات المقدمة كوجود الخصوصية في الاستخدام وقبول الوسيلة قد وجدت في (1.4%) و(0.4%) من الحالات على التوالي.

ولدى دراسة تأثير عمر السيدة على سبب التوقف عن الاستخدام تبين أن الرغبة بإنجاب طفل كانت هي السبب لدى غالبية السيدات بالفئة العمرية (25-29) سنة، بينما تناقصت مع ازدياد العمر. ويلاحظ أن أعلى نسبة فشل للوسائل سجلت في الفئة العمرية (20-24) سنة، وأن أعلى نسبة مشاكل صحية سجلت في الفئة العمرية (40-44) سنة.

أما عن بيان سبب التوقف عن الاستخدام بين الحضر والريف، فقد تبين أن الرغبة بإنجاب طفل كانت هي السبب لدى غالبية السيدات في الحضر والريف (26.5% و 29%) على التوالي، تلتها المشاكل الصحية. ويلاحظ أن أعلى نسبة فشل للوسائل سجلت في الحضر (3.9%) مقابل (4.5%) في الريف.

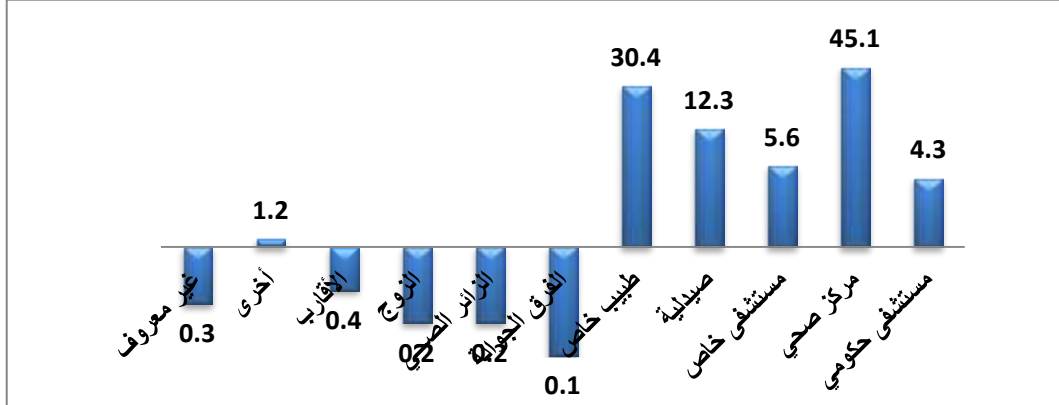
كذلك الأمر بالنسبة للمحافظات، حيث تبين أن سبب التوقف عن الاستخدام لإنجاب طفل كانت هي السبب لدى غالبية السيدات، فقد بلغت النسبة أعلاها في محافظة اللاذقية (38.8%) وأدناها في دمشق (21.4%)، ثم تلتها المشاكل الصحية (36.7%) في دير الزور، و(5.5%) في اللاذقية.

#### 11-4- مصادر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة

تبين من خلال المسح الصحي لعام 2009 أن القطاع الحكومي يسهم بحوالي (49%) من توفير وسائل تنظيم الأسرة، معظمها عن طريق المراكز الصحية، كما تبلغ مساهمة القطاع الخاص حوالي (49%) بما فيها عيادات جمعية تنظيم الأسرة، ويلاحظ دور الطبيب الخاص كمصدر رئيسي للوسائل بعد المراكز الصحية الحكومية (30.4% مقابل 45.1%) كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل (28)

التوزع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة من مصادرها المختلفة



وبمقارنة نتائج هذا المسح مع تلك المسجلة في مسح صحة الأسرة عام 2001، نلاحظ تقارب نسبة مساهمة القطاع الحكومي، حيث كانت (47%) وأصبحت (49%).

أما بالنسبة لمصدر الوسيلة حسب نوعها فتبين أن المصدر الرئيسي للحبوب والواقى الذكري هو المركز الصحي يليه الصيدليات، بينما يتم الحصول على الحقن العضلية من المراكز الصحية ثم من الصيدليات (61% و 23.8%) على التوالي، ويتقارب أيضاً دور المراكز الصحية في توفير اللولب مع دور الطبيب الخاص (46.2% مقابل 45.8%).

وتشير البيانات إلى اختلاف الاتجاه نحو تأمين وسائل تنظيم الأسرة من مصادرها وفقاً لعدة متغيرات، فنرى مثلاً أن السيدات صغيرات السن (20-24) سنة يلجأن إلى الحصول على الوسيلة من المراكز الصحية (58.8%) مقابل السيدات في الفئة العمرية (35-39) سنة من القطاع الخاص بنسبة (32.6%).

كما يتزايد إقبال السيدة على القطاع الخاص للحصول على الوسيلة كلما ارتفع المستوى العلمي وذلك بالمقارنة بين السيدة الجامعية والسيدة الأمية بنسبة (53.2% و 19.6%) على التوالي.

أما على مستوى محافظات القطر، فتبين أن القطاع العام في محافظة القنيطرة أسهم بنسبة (72%) في تقديم خدمات تنظيم الأسرة من إجمالي الخدمات المقدمة في هذه المحافظة، في حين كانت مساهمة القطاع العام في تقديم مثل هذه الخدمات في محافظة حلب أدنى من مساهمته في محافظة القنيطرة (40%)، وبالمقابل أسهم القطاع الخاص بلعب دور مهم في تقديم خدمات تنظيم الأسرة، ففي محافظة دمشق بلغت مساهمته (46.5%)، وتمثلت أدنى نسبة لمساهمة القطاع الخاص في محافظتي دير الزور والقنيطرة.

#### 12-4- النية في ممارسة تنظيم الأسرة مستقبلاً

#### 1-12-4- النية في الاستخدام حسب عدد الأطفال الأحياء

تبين من خلال نتائج المسح الصحي لعام 2009، أن (29.1%) من السيدات المتزوجات حالياً وغير المستخدمات لتنظيم الأسرة أنهن ينوين ممارسة تنظيم الأسرة في المستقبل، وهي نسبة أقل بحوالي (2.6%) مقارنة بما كانت عليه في مسح صحة الأسرة عام 2011، إذ بلغت (31.6%)، لكن الملاحظ أن حوالي (40%) من السيدات لا يعرفن إن كن سيستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل أم لا، وهذه النسبة تشكل (24.2%) في الفئة العمرية (20-24) سنة، وترتفع لتصبح (31.4%) لدى الفئة العمرية (30-34) سنة. ولدى مقارنة هذه النسب بما كانت عليه في مسح صحة الأسرة عام 2001 تبين أن هناك ارتفاع كبير قارب النصف في عدم النية في الاستخدام.

#### 4-12-2-أسباب عدم النية في ممارسة تنظيم الأسرة مستقبلاً

تشير بيانات المسح الصحي لعام 2009 إلى أن السبب في عدم نية السيدات المتزوجات حالياً من ممارسة تنظيم الأسرة، هو الرغبة في الإنجاب (38.7%)، يليه انقطاع الطمث (17%)، وقد شكلت العوامل الأخرى كالخوف من التأثيرات الجانبية لوسائل تنظيم الأسرة وعدم موافقة الزوج والاعتقاد أن تنظيم الأسرة يتعارض مع المعتقدات الدينية والاعتماد على القضاء والقدر نسبة يجب أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط للأنشطة التنقيفية التي ترفع من مستوى المعرفة لدى الأزواج حول تنظيم الأسرة مع التركيز على دور الرجل كشريك أساسي في تبنى سلوك إنجابي سليم. ويلاحظ أن العوامل المتعلقة بتقديم الخدمات كصعوبة الحصول على الوسائل والتكلفة وصعوبة الاستخدام لم تشكل أي نسبة تذكر.

ولدى مقارنة هذه النتائج مع تلك المسجلة في مسح صحة الأسرة عام 2001 تبين أن السبب الرئيسي لعدم النية في الاستخدام نتيجة الرغبة في الإنجاب بلغ (31.9%) وارتفع إلى (38.7%) في عام 2009، بمعنى أن نسبة المتزوجات الراغبات بالحمل ازدادت ما مقداره (6.8) نقطة.

ومن هنا يتبين أن هناك عدد من العوامل التي تسهم في استخدام وسائل تنظيم الأسرة منها:

- يعتبر تعليم المرأة مفسراً هاماً في استعمالها لوسائل تنظيم الأسرة، فكلما ازداد المستوى التعليمي للمرأة زاد احتمال استعمالها لهذه الوسائل، وهذه نتيجة منطقية فالمرأة المتعلمة تدرك مدى خطورة الخصوبة العالية على حياتها، كما أنها تدرك أن لها وظيفة عملية في المجتمع لا تقل عن وظيفتها في إنجاب الأطفال وتربيتهم، إضافة إلى أن القدرة التأثيرية للمرأة داخل منزلها تزداد كلما زاد مستواها التعليمي.
- لا يقل المستوى التعليمي للرجل في أهميته عن المستوى التعليمي للمرأة كمفسر في استعمال الأسرة لوسائل تنظيم الأسرة.

- كلما دخلت المرأة في حياة العمل كلما زاد احتمال استعمالها لهذه الوسائل، كما أن وقت المرأة العاملة لا يسمح لها بالتفكير في إنجاب مزيد من الأطفال (خاصة بعد صدور القانون 50 لعام 2004 والذي تناقصت فيه أيام إجازات الأمومة كلما زاد عدد مرات الحمل).
- عدد الولادات: من الطبيعي أن إقبال الأسرة على استعمال وسائل تنظيم الأسرة يكون محدوداً بعد السنوات الأولى للزواج.
- مكان الإقامة: من المتغيرات المهمة أيضاً في تفسير استعمال الأسرة لوسائل تنظيمها، حيث يزداد احتمال استعمال الأسر لوسائل تنظيمها في المدن خاصة وأن الحياة الحضرية تقلل من طلب الأهل على الأولاد لأسباب عديدة، كما أن هذه الوسائل متوفرة في المدن بشكل أكبر من توفرها في القرى، إضافة إلى أن الطلب على الأولاد في الريف يرتبط بالعمل في الحقل وقوة الأسرة ومكانتها اجتماعياً.

#### 4-13- تحليل التغير في معدلات الخصوبة الكلية

- من خلال دراسة العلاقة بين المحددات الوسيطة للخصوبة باستخدام نموذج بونجارت، والذي يجرى مكونات معدل الخصوبة الكلي إلى المكونات التالية:
- مؤشر الزواج ويرمز له بالرمز (Cm) وتبلغ قيمته الواحد الصحيح إذا كانت جميع النساء في المجتمع متزوجات ويساوي صفر إذا كانت جميع النساء غير متزوجات.
  - مؤشر استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومدى فعاليتها ويرمز له بالرمز (Cc) ويساوي الواحد الصحيح إذا كانت جميع النساء لا يستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة ويساوي صفر إذا كانت جميع النساء يستخدمن طريقة فعالة لتنظيم الأسرة.
  - مؤشر قياس تأثير الإجهاد المتعمد ويرمز له بالرمز (Ca) ويساوي الواحد الصحيح نظراً لعدم ممارسته في سورية.
  - مؤشر قياس تأثير طول فترة انقطاع الطمث أو الإرضاع ويرمز له (Ci) وتساوي قيمته الواحد الصحيح في حالة غياب الإرضاع وانقطاع فترة الطمث.
  - معدل الإنجاب الكلي (TF) وقد افترضه النموذج بحوالي 15.3 مولوداً.
  - و باستخدام معادلة Bongaarts:

$$TFR = Cm \times Cc \times Ci \times Ca \times TF$$

يتضح وجود علاقة عكسية بين قيمة المحددات الوسيطة ومستوى تأثيرها على الخصوبة، فكلما ارتفعت قيمة المحدد الوسيط دل ذلك على انخفاض تأثيره على الخصوبة، والعكس صحيح. فمعدل الخصوبة الكلي في عام 1993 يقدر بحوالي 4.7 مولوداً لكل امرأة بعد أخذ تأثير المحددات الأربعة التي حددها النموذج، ولو استبعد تأثير مؤشر الزواج، فإن هذا المعدل سوف يرتفع إلى حوالي 8.2 مولوداً، ويرتفع كذلك إذا استبعد تأثير استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى 11.4 مولوداً. ويصل إلى مستوى الإنجاب الكلي وهو حوالي 15.3 مولوداً إذا استبعد تأثير انقطاع الطمث. ونلاحظ نفس النمط عام 2009، حيث بلغ تقدير معدل الخصوبة الكلي 3.6 مولوداً لكل امرأة، ويرتفع في حالة استبعاد تأثير الزواج إلى 7.2 مولوداً، ثم إلى 11.1 مولوداً في حالة إهمال تأثير استخدام تنظيم الأسرة، ثم إلى 15.4 مولوداً إذا استبعد تأثير انقطاع الطمث.

#### 4-14- الحاجات غير الملباة

فيما يتعلق بالحاجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة والتي تشير إلى النساء القادرات على الإنجاب واللاتي يرغبن في تأجيل الحمل التالي أو في منع الحمل نهائياً ولا تستخدمن أية وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، فإن هذه الحاجة غير الملباة تنجم عن تزايد الطلب ومعوقات تقديم الخدمات وانعدام الدعم من المجتمعات المحلية والأزواج والمعلومات المغلوطة والتكاليف المادية وقيود النقل.

وقد انخفضت نسبة الحاجات غير الملباة من (30.6%) في عام 2001 إلى (16.4%) عام 2009، منها 11.5% حاجات غير ملباة للتحديد، و(4.9%) للمباعدة.

ويلاحظ أن نسبة الحاجات غير الملباة تتناسب عكساً مع عمر المرأة، حيث نجد أن هذه النسبة تتخفض لدى السيدات اللواتي تقل أعمارهن عن 30 سنة، وتبلغ أدنى مستوياتها في الفئة العمرية (15-19) سنة، في حين ترتفع لتبلغ الذروة لدى السيدات في الفئة العمرية (45-49) سنة لتصل إلى (21.4%).

وإذا كانت الحاجات غير الملباة تشمل الحاجات إلى المباعدة بين الولادات والحاجات إلى التوقف عن الحمل نهائياً، فإننا نجد أن نسبة الحاجات غير الملباة إلى المباعدة تشكل الجزء الأكبر من نسبة الحاجات غير الملباة لدى السيدات في الفئات العمرية الأقل، بينما تتخفض أهميتها كلما ازداد عمر المرأة، وعلى العكس من ذلك، فإن نسبة الحاجات إلى تحديد النسل تتناسب طردياً مع عمر المرأة.

ويمكن تفسير هذه النتائج بأن السيدات من الفئات العمرية الأقل هن الأكثر وعياً بالآثار الإيجابية

لتنظيم الأسرة في جانبه المتعلق بالمباعدة بين الحمل، في حين أنهم الأكثر رغبة في إنجاب طفل، كما أنهم أكثر السيدات اللواتي أردن الحمل وقت حدوثه، نظراً للعوامل الاجتماعية التي تشكل في كثير من الأحيان ضغطاً على الزوجين من ناحية إثبات قدرتهن على الإنجاب، ولاسيما في السنوات الأولى من الزواج.

ونظراً للعلاقة العكسية بين معدلات الخصوبة وارتفاع المستوى التعليمي للسيدات فإننا نلاحظ ارتفاع نسبة الحاجات غير الملباة لدى السيدات ذوات المستوى التعليمي الأدنى، مقارنة ببقية السيدات من المستويات التعليمية الأعلى.

وبحسب مكان الإقامة، فقد بلغت نسبة الحاجات غير الملباة عند الريفيات (18.7%) وهي تزيد بمقدار (4%) عن نظيرتها لدى الحضريات، وبلغت نسبة الحاجات غير الملباة أعلى مستوى لها في محافظة دير الزور فوصلت إلى (27.7%)، ثم في كل من محافظات القنيطرة وطرطوس ودرعا والحسكة على التوالي، حيث فاقت النسب (25%) في كل من هذه المحافظات وكانت الفروق طفيفة بينها، أما أدنى النسب فكانت في محافظة اللاذقية حيث بلغت (8.3%).

وإذا ما نظرنا إلى الإجهاض المحرض على أنه من ضمن الاحتياجات المطلقة غير الملباة، فقد كشفت دراسة الاحتياجات غير الملباة لعام 2007 أن (3.9%) من السيدات لجأن إلى الإجهاض المحرض لإنهاء حمل غير مرغوب فيه، ورغم الاحتمال بوجود نقص في الإبلاغ عن الإجهاض المحرض كونه غير قانوني ومحرم شرعاً، إلا أن السيدات صرحن عن لجوئهن إلى الإجهاض المحرض كوسيلة للتخلص من حمل غير مرغوب فيه. ويجدر بالذكر أن السبب الأول للإجهاض المحرض كان الحمل غير المرغوب فيه، والذي يعكس نقصاً في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وجاء فشل وسائل تنظيم الأسرة سبباً ثانياً من أسباب الإجهاض المحرض، أما الأسباب الطبية المتعلقة بصحة الأم والمصرحة قانونياً فشكلت نسبة (15%) فقط من مجموع الأسباب التي ذكرتها السيدات في الدراسة. وقد كان فشل استخدام وسائل تنظيم الأسرة هو السبب الأول لإجراء الإجهاض بنسبة (51.2%) من السيدات، أما عدم استخدام أية وسيلة ف جاء في المرتبة الثانية بنسبة (39%).

وفيما يتعلق بظاهرة العقم فإنها تشكل عند السيدات مشكلة صحية وأمرأً جوهرياً لتعبئة جهود الأسرة لمعالجته، وقد أظهر مسح صحة الأم والطفل أن (6.8%) من النساء ما بين (22-44) سنة لم يحملن قط، ولا يوجد حتى الآن خدمات محددة خاصة بموضوع العقم من ناحية الوقاية، أما العلاج، وباستثناء أنشطة بسيطة ضمن القطاع الخاص، فإن بعض مشافي القطاع العام قد بدأت بمعالجة هذه المشكلة من خلال تأمين وحدات إخصاب في المشافي التعليمية وذلك في كل من محافظة دمشق وحلب. إلا أنه ليس هناك فكرة واضحة عن مدى كفاءتها والمستوى العلمي

والتقني الذي تنفذ به. وتسعى وزارة الصحة لإنشاء مراكز متخصصة في بعض المشافي لتقديم خدمات علاج العقم بما فيها التقنيات الإنجابية المتقدمة.

#### 4-15- تفضيلات الإنجاب

أبرزت نتائج المسح الصحي الأسري لعام 2009 بعض المؤشرات التي تدل على عدم رغبة السيدة السورية في التوقف عن الإنجاب إلا بعد الحصول على عدد من الأطفال لا يقل عن أربعة، ويتضح أن هناك اتجاه نحو زيادة المتوسط المرغوب حسب المدة منذ الزواج الأول، وزيادة عدد المواليد الأحياء، وعدد الأطفال على قيد الحياة. ويلاحظ أن متوسط عدد الأطفال المرغوب يتناسب عكساً مع زيادة المستوى التعليمي، كما أنه يزداد في الريف (4.6) طفلاً عنه في الحضر (3.9) طفلاً.

ومن الواضح أن متوسط العدد المرغوب فيه من الأولاد يتفاوت حسب المحافظة حيث يبلغ أقصاه في محافظة دير الزور (6.3) طفلاً، وأدناه (3.1) طفلاً في كل من محافظتي السويداء واللاذقية.

أما من حيث عدد الأطفال المرغوب فيه للابنة فهو يكاد يتطابق مع العدد الذي كانت ترغب به المرأة لنفسها، حيث يبلغ عدد الأطفال الأمثل (4) أطفال. ويلاحظ أنه كلما زاد المستوى التعليمي للسيدة فإنها ترغب لابنتها في عدد أطفال أقل، وبالنسبة لمكان الإقامة فقد بلغ المتوسط بين الريفيات (4.3) طفلاً مقابل (3.7) طفلاً في الحضر كما بلغ المتوسط أقصاه في محافظة درعا (5.1) طفلاً وأدناه في محافظة السويداء.

لقد أوضحت معاملات الارتباط الثنائي أن مستوى تعليم الأم يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على عدد الأولاد المنجبين في الأسرة، حيث أن كل 3 سنوات زيادة في تعليمها يؤدي إلى تخفيض عدد الأولاد في الأسرة بمقدار 1/ طفلاً.

#### 4-16- التحديات والفرص

هناك جملة من التحديات تتركز فيما يلي:

- ضعف القيادة والتنظيم والإدارة لجميع المسائل المتعلقة بالصحة الإنجابية.
- على الرغم من الارتفاع الذي حدث في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة في سورية، إلا أنه مازال هناك طلب غير ملبي لوسائل تنظيم الأسرة وبعض النساء يتعرضن للحمل غير المرغوب فيه.

- تؤكد النتائج على ضرورة توجيه اهتمام أكبر بتنظيم الأسرة في المناطق الريفية وبين السيدات الأقل تعليماً والنساء الأميات، إذ أن ذلك سوف ينعكس على خفض معدلات الخصوبة وإبطاء معدلات النمو السكاني.
- نظراً للدور الهام والحيوي الذي تلعبه وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة لاسيما التلفزيون لانتشاره الواسع في جميع الأرجاء ومتابعته بشكل يومي من قبل كافة فئات المجتمع، فينبغي الاستفادة القصوى من وسائل الإعلام بهدف رفع الوعي والتثقيف الصحي بين كافة أفراد الأسرة في سورية.
- التركيز على الشباب المتزوجين حديثاً وحثهم على المبادعة مابين المواليد لما له من تأثير واضح على انخفاض معدلات الخصوبة.
- دعم الجهود الحكومية والخاصة وكذا الجمعيات الأهلية العاملة في مجال الرعاية الصحية للأمهات والأطفال، وذلك لتوفير خدمات تنظيم الأسرة المختلفة.
- عدم الاهتمام بإنشاء قاعدة بيانات صحية تضمن المؤشرات الصحية والديمغرافية للتمكن من دراسة هذه المحددات على مستوى الوحدات الجغرافية والإدارية الأصغر.
- رصد الموارد المالية اللازمة لتأمين وسائل تنظيم الأسرة.

## **5- إمكانية الاستفادة من التجارب الدولية في المسألة السكانية في سورية**

### **5-1- التجربة اللبنانية**

تحدد السياسة السكانية المبادئ والأهداف التي تتبناها الدولة بالنسبة للقضايا السكانية والتي تهدف إلى التأثير على الوضع السكاني لجهة مستوى واتجاه المتغيرات السكانية. وتشمل هذه المتغيرات النمو السكاني وعناصره الرئيسية أي الخصوبة والوفاة والتوزيع الجغرافي للسكان داخل البلد، والتحركات السكانية عبر الحدود الوطنية أي الهجرة إلى الخارج والهجرة الوافدة، وكذلك التركيب السكاني والتغيرات الحاصلة فيه كفتوة السكان والتشيخ السكاني. ومن شأن السياسة السكانية أيضاً توجيه الاهتمام إلى بعض الفئات العمرية مثل الأطفال والشباب، وكذلك بعض المجموعات مثل ذوي الحاجات الخاصة أو المعوقين.

وعلى سبيل وضع السياسة السكانية يجب تحديد نتائج الاتجاهات السكانية على تنمية المجتمع ورفاهيته في الأمدين القريب والبعيد ومعرفة مسبباتها لكي تكون موضع اهتمام السياسة السكانية، حيث أن معرفة العوامل المؤثرة في الاتجاهات السكانية ضروري لوضع السياسات السكانية الفاعلة.

ويمكن لإجراءات السياسة السكانية أن تكون غير مباشرة، فالحد من الهجرة إلى الخارج من خلال قوانين تجعل السفر إلى الخارج غير شرعي أو شبه مستحيل، قد يتعارض مع شرعة حقوق



الإنسان ومن الأفضل أن يصار إلى وضع إجراءات اقتصادية واجتماعية تأخذ في الاعتبار تشجيع الناس على البقاء بدلاً من الهجرة إلى الخارج. وكذلك فإن الإجراءات لتخفيض معدل الخصوبة يجب ألا يحتوي على الإكراه كالتعقيم الإلزامي مثلاً، لأن هذا يتعارض أيضاً مع حقوق وكرامة الإنسان. وقد اعترف المجتمع الدولي تكراراً بأن للأبوين الحق في تقرير عدد الأولاد الذين يريدون إنجابهم، أما إذا تعارضت الرغبات الشخصية مع المتطلبات الاجتماعية، وكان لا بد من تغييرها فيجب أن يصار إلى ذلك من خلال تغيير الحالة الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية للأبوين بشكل يجعلهما يخفضان طوعاً من عدد الأطفال الذين يرغبان بإنجابهم. وهذا ينطبق أيضاً على زوجين لا يستطيعان إنجاب عدد الأطفال المرغوب فيه بسبب العقم إذ من واجب السياسية السكانية معالجة مثل هذه الحالات.

إن الإجراءات غير المباشرة للسياسة السكانية تعتمد على أدوات اقتصادية واجتماعية كالتعليم والعمل وغيرها. فخفض الخصوبة مثلاً قد يتطلب تعليم المرأة إلى ما فوق مستوى معين وتيسير إدماجها في القطاع الإنتاجي. وكذلك فإن خفض هجرة الشباب إلى الخارج قد يتطلب تخفيض مستويات البطالة بينهم من خلال تفعيل الدورة الاقتصادية وتنشيط سوق العمل ومؤسسات الاستخدام ووضع برامج خاصة لإيجاد فرص عمل لهم. كما أن الحد من الهجرة من الريف إلى المدن قد يستلزم تكثيف التنمية الريفية ودعم الزراعة والصناعة بالإضافة إلى تحقيق اللامركزية الإدارية بشكل أوسع.

ومن الواضح أن الأدوات الاقتصادية والاجتماعية اللازمة للوصول إلى تحقيق أهداف السياسة السكانية هي ذاتها التي تستعملها سياسات التنمية الأخرى. فقطاع التعليم مثلاً عليه أن يتجاوب ليس فقط مع المتطلبات السكانية، بل أيضاً مع المتطلبات الدستورية المتعلقة بالتعليم للجميع، كما عليه أن يتماشى مع متطلبات سوق العمل ومع الاحتياجات الثقافية للتنمية.

وانخفاض معدل الخصوبة في لبنان تلازم مع ارتفاع مستوى التعليم وخاصة تعليم المرأة ومشاركتها المتزايدة في العمل خارج المنزل. وقد انخفض معدل الولادات الخام من حوالي 34 بالألف من السكان قبل الحرب إلى حوالي 24 بالألف في سنة 2000، ومن المنتظر أن يصل إلى 19 بالألف عام 2015. كما أن معدل الخصوبة الكلية انخفض أيضاً من حوالي 5.4 طفل قبل الحرب إلى حوالي 2.8 طفل في سنة 2000، وهو بحدود 2.5 طفل حالياً، ومن المنتظر أن يصل لبنان إلى مستوى الإحلال قبل عام 2025. ولا يعني ذلك بالطبع أن النمو السكاني سيتوقف في حينه لأن ما يسمى بالزخم الديموغرافي كفيلاً بأن يبقى النمو السكاني قائماً ولو بنسب متدنية وتدرجية لعدة سنوات بعد الوصول إلى مستوى الإحلال، وأن مستويات النمو السكاني ستكتمل انخفاضها في المستقبل المنظور.

وتجدر الإشارة إلى أن معدل الخصوبة ما زال مرتفعاً إذا ما أخذنا بالاعتبار النساء المتزوجات فقط، إذ قدر هذا المعدل في عام 1996 بـ6 أطفال للنساء المتزوجات. والفارق كبير نسبياً بين معدل الخصوبة داخل الزواج والمعدل الكلي للخصوبة بسبب ارتفاع متوسط العمر عند الزواج الأول للنساء والرجال والذي بلغ سنة 1996 (31 سنة) الرجال و(27.5 سنة) للنساء وهو من أعلى المتوسطات في العالم، وكذلك بسبب ارتفاع نسبة العزوبية بين النساء وهي النسبة التي تبدو أنها في ازدياد مضطرد.

إن السبب الرئيسي في ارتفاع متوسط العمر عند الزواج هو ارتفاع المستوى التعليمي عند النساء ونسبة التحاقهن بالتعليم الجامعي الذي أصبح أعلى من نسبة التحاق الرجال. أما ارتفاع نسبة العزوبية بين النساء فمن أسبابها الرئيسية الهجرة المكثفة للذكور في أعمار معينة.

ونتيجة لانخفاض المضطرد في مستويات الخصوبة لدى اللبنانيين وارتفاع توقعات الحياة عند الولادة فقد تحول جذري على الهرم العمري والنوعي للسكان، فانخفضت نسبة الصغار وارتفعت نسبة الكبار بينهم وهو ما حصل في كل البلدان حيث انخفضت نسبة الخصوبة والوفاء، فقد انخفضت نسبة الأطفال دون الخمس سنوات من 14% في عام 1970 إلى 9% في عام 1996، ومن المتوقع أن تنخفض إلى 8% عام 2015. أما نسبة الذين تصل أعمارهم إلى 65 سنة فما فوق فقد ارتفعت من 5% سنة 1970 إلى 7% سنة 1996 ومن المنتظر أن تصل إلى 8% عام 2015. وبالمقابل فقد ارتفع متوسط العمر بين اللبنانيين من 21 سنة إلى 24 سنة في عام 1996 وهو حالياً أكثر من 25 سنة. كما أن التغير المضطرد في الهرم السكاني أدى إلى تغير كبير في نسب الإعالة فقد انخفضت هذه النسبة من 91% في سنة 1970 إلى 63% سنة 1996 وهي حالياً بحدود 57%.

وبناء على ما سبق، فإن أولويات السياسة السكانية اللبنانية التي يمكن الاستفادة منها في الحالة السورية تتحدد بضرورة اتساق اتجاهات المتغيرات الديموغرافية مع أهداف التنمية المستدامة وإدماج البعد السكاني في كافة مناحي التخطيط بما يضمن:

- تفعيل دور المرأة في المجتمع وزيادة مشاركتها في الدورة الاقتصادية والسياسية. تحسين مستوى الصحة الإنجابية خاصة في المناطق الأقل نمواً وتقديم الرعاية والحماية اللازمة للأطفال والأمهات.

- خفض نسبة البطالة خاصة بين الشباب وإعطاؤهم الدعم اللازم للحد من هجرتهم إلى الخارج. كما أن من أولويات السياسة السكانية اللبنانية التي يمكن الاستفادة منها في الحالة السورية السعي من خلال الخطط القطاعية إلى الاهتمام برفاء ومشاركة المسنين الذين تزداد نسبتهم في المجتمع بشكل مضطرد لاسيما عند انخفاض الخصوبة بشكل أكبر، وكذلك توفير التدريب والبيئة الاجتماعية والعمرائية الملائمة للمعوقين لكي يشتركوا بشكل فعال في الحياة الاجتماعية

والسياسية والاقتصادية. كما أن من أولويات السياسة السكانية الحد من الهجرة وخاصة هجرة الفنيين والأدمغة من خلال العمل في اطر خطط التنمية على تهيئة البيئة الاجتماعية والفكرية وفرص العمل التي يحتاجها هؤلاء.

وللوصول إلى تحقيق أهداف السياسة السكانية لا بد من حشد الدعم والتأييد للأولويات الواردة في هذه الوثيقة ونشر الوعي السكاني بين مختلف فئات المجتمع وصانعي القرار من خلال برامج إعلامية تدريبية وندوات وغيرها من الأنشطة الكفيلة بالتعريف بأهمية السياسة السكانية و تربطها مع خطط التنمية القطاعية والشاملة.

## 5-2- التجربة التركية

بينت نتائج المسح الصحي الديموغرافي التركي لعام 1998 أن عدد الولادات الحية في الفترة ما بين 1996-1998 كان 2.6 مولود لكل امرأة. وأن معدلات الخصوبة قد بدأت بالانخفاض خلال الخمسينات وتسارعت في الانخفاض بعد السبعينات.

فقد كان معدل الخصوبة الإجمالي حوالي خمسة أطفال لكل امرأة واستمر هكذا حتى وقت مبكر من التسعينات ثم انخفض إلى 2.6 مولود ومن المقدر أن يصل إلى مستوى الإحلال بحلول عام 2015.

وتتصف مستويات الخصوبة الراهنة في تركيا باختلافات إقليمية كثيرة بين الريف والحضر، ففي حين أن معدل الخصوبة الكلي قد بلغ معدل الإحلال في المنطقة الغربية، فإنه لا يزال مرتفعاً ويصل إلى حوالي 4.2 مولوداً في المناطق الشرقية وفقاً للمسح الديموغرافي والصحي التركي . كما أن هناك أيضاً اختلافات كبيرة في معدلات الخصوبة للمرأة بين المناطق الحضرية والريفية) 2.4 مولود في الحضر، مقابل 3.1 في الريف).

وقد يعود التراجع في معدلات الخصوبة إلى عملية انتقائية للهجرة الداخلية وإعادة توزيع السكان .

في عام 1965 تحولت الحكومات التركية عن السياسة السكانية التقليدية المؤيدة للإنجاب بسبب ظهور مشاكل طبية كثيرة ووجود نسب عالية من وفيات الأمهات بسبب الإجهاض غير القانوني، وخلال الثمانينات كانت الحكومة تقوم بإعادة النظر في قانون التخطيط السكاني لتلبية احتياجات العائلات على نطاق أشمل و أوسع .

وفي عام 1983 كان هناك قانون سكاني جديد يعتمد على السماح باستعمال وسائل تنظيم الأسرة ومنها اللولب والسماح بعمليات الإجهاض.

وأكد القانون الجديد على التعاون بين القطاعات المختلفة لنجاح الخدمات المقدمة إلى الأسرة، ومنذ ذلك الحين و تركيا لها واحد من أكثر التشريعات الليبرالية الشاملة في التخطيط السكاني، وهو ما يعني انه لا يوجد مانع قانوني في البلاد لممارسة تنظيم الأسرة.

وبالنظر للخصائص الديموغرافية ومؤشرات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في تركيا يلاحظ ما يلي:

- يشكل النساء في سن الإنجاب حوالي 55%، في حين أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة يشكلون حوالي 35% من مجموع السكان.
- تبلغ نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة حوالي 63%.
- زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المناطق الريفية وانخفاض في استخدام الأساليب التقليدية ولا سيما في المناطق الحضرية.
- مشاركة الذكور في أنشطة الرعاية الصحية الإنجابية.
- نسبة الإجهاض هي 17.9 في كل 100 حالة حمل.
- الحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة (نسبة النساء الذين لا يريدون المزيد من الأطفال ولكن في الوقت نفسه الذين لا يستخدمون أي وسيلة) هي 12%.
- لا يزال الزواج يعتبر مؤسسة اجتماعية والعزوبة حالة نادرة.
- تتزوج المرأة التركية في سن متأخرة نسبياً فقد بلغ متوسط سن الزواج الأول في عام 2000 (23) سنة للإناث و (26) سنة للذكور.
- تشير التقديرات إلى أن النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 25- 29 سنة تزوجن في متوسط سن بلغ 20.4 سنة وأنجن مولودهن الأول في متوسط سن بلغ 22.2 سنة، ما يعني أن هناك سيطرة على الخصوبة حتى في المراحل المبكرة في الزواج .

### 3-5- التجربة الإيرانية

حسب بيانات عام 2006 يبلغ تعداد سكان إيران حوالي 70 مليون نسمة، وهي تعتبر الرقم 21 في العالم في عدد السكان.

شهد تاريخ إيران خلال العقود الأربع الماضية تغيرات سياسية واجتماعية-اقتصادية رئيسية أثرت على ديناميكية وهيكلية وحجم سكانها. ولقد قدر عدد سكان إيران في بداية القرن العشرين بحوالي 10 ملايين نسمة. وبحلول عام 1956، ازداد عدد السكان ليبلغ حوالي 19 مليون نسمة، وذلك حسب التعداد الأول، و25.8 مليون نسمة في تعداد 1966. واعتبر النمو العالي للسكان (3.1%) أنه يتعارض مع الموارد المتوفرة في الدولة وعملية تحقيق الأهداف التنموية. وهو ما

أدى، خلال فترة قصيرة من صدور نتائج التعداد في العام 1967، إلى تبني سياسة تحديد النسل ووضع برنامج فعال لتنظيم الأسرة.

وبين التعداد الثالث الذي نفذ في العام 1976 أن عدد السكان وصل إلى 34 مليون نسمة، بينما انخفض معدل النمو السكاني إلى 2.7%، وينسب هذا النجاح إلى حد ما لانتشار وسائل تنظيم الأسرة (37%) وانخفاض معدل النمو السكاني.

في العام 1979، أي بعد الثورة الإسلامية الإيرانية، أوقفت الحكومة برنامج تنظيم الأسرة والذي بدأ بتنفيذه في العام 1967 خلال حكم الشاه، حيث لم يلحظ له أي تأثير في تغيير مستويات الخصوبة. بدلاً من ذلك، تبنت الحكومة الإيرانية، سياسة مؤيدة للإنجاب والزواج المبكر كقيم إسلامية أساسية، ودعت إلى أسر كبيرة. وتم تخفيض السن القانوني للزواج بالنسبة للفتيات إلى 9 سنوات بالنسبة للفتيات و12 سنة بالنسبة للفتيان. كما أكسبت الحرب العراقية الإيرانية ارتفاع معدل الخصوبة والمعدل العالي للنمو أهمية عسكرية واقتصادية. واتبعت إستراتيجية اقتصادية ملموسة تقدم حوافز ملموسة لارتفاع معدلات الخصوبة، حيث يحق للمواليد الجدد الحصول على حصص متساوية من المواد الغذائية الأساسية المدعومة بسخاء والسلع الاستهلاكية المتاحة من خلال نظام الحصص.

لم يستغرق ظهور نتائج هذه السياسة وقتاً طويلاً. فقد أظهر تعداد 1986 تزايد في عدد السكان بمعدل نمو سنوي بلغ 3.9% خلال الفترة 1976-1986. وحتى مع الأخذ في الاعتبار أثر هجرة الأفغان واللاجئين العراقيين خلال هذه الفترة، فإن النمو الطبيعي للسكان في إيران خلال هذه الفترة وصل إلى ما لا يقل عن (3.2%)، ويعتقد أن تعداد عام 1986 بين رسمياً أن معدل الخصوبة الإجمالي بلغ 7.10 مولوداً (5.9 مولود في المدن و9.0 مولود في المناطق الريفية). وبالمقارنة مع أكثر التقديرات موثوقة في بداية 1970، أي نتائج مسح تقديرات النمو السكاني الذي أجري بين 1973-1976، تبين أن معدل الخصوبة الكلي للنساء قد ارتفع بشكل ملحوظ من (6،6 إلى 7،10).

ومن المثير للاهتمام، أن الارتفاع كان أعلى في المناطق الحضرية (4.5 مولود إلى 5.9 مولود أو 31%) من الريف (8.1 مولود إلى 9.0 مولود، أو 11%).

بدأت المداولات والمناقشات العامة حول ضرورة وجود سياسة للسكان، اثر نشر بيانات تعداد 1986، والذي بين الارتفاع في حجم للسكان (49.4 مليون) ومعدل النمو (3.9%). واعتبرت هذه الأرقام جيدة في البداية وإيجابية من قبل العديد من الإحصائيين، لكن سرعان ما أدركت الانعكاسات السلبية والآثار الاقتصادية والاجتماعية، وأخذت في الاعتبار خلال التحضير للخطة الخمسية الوطنية الأولى، وتم التصديق عليها من قبل المجلس الإسلامي التشريعي في العام 1988. وعكست هذه الخطة إنشاء البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة وتخصيص موارد سخية

وتحديد الأهداف الصحية الديموغرافية. وشملت هذه الأخيرة خفض معدل الخصوبة الكلي للمرأة الإيرانية من 6.4 مولود في عام 1986 إلى 4.0 عام 2011 والحد من معدل النمو الطبيعي للسكان من 3.2 ٪ إلى 3.05 ٪ في نهاية الخطة (1993) وإلى 2.3 ٪ بحلول عام 2011. للوصول إلى هذه الأهداف، وكان لابد من زيادة رقعة نشر خدمات تنظيم الأسرة والممولة من القطاع العام إلى 24 ٪ من المستحقين حتى نهاية الخطة.

ولتحقيق هذه الأهداف، فقد تم تفويض وزارة الصحة والتعليم الطبي وأعطيت الموارد، لتقديم خدمات تنظيم الأسرة مجاناً والخدمات لجميع الأزواج والزوجات، لتعزيز مفهوم الأسر الصغيرة الحجم، ويساعد الأزواج على إبقاء حجم أسرهم بعدد أطفال منخفض نسبياً (2-3 أطفال). وصدرت تعليمات لوزارات وهيئات عدة بما فيها هيئة الجمهورية الإسلامية الإيرانية للإذاعة للتعاون ودعم وزارة الصحة في الترويج لهذه الأهداف. كما أنشئت مديرية منفصلة للسكان وتخطيط الأسرة في عام 1991 تحت إشراف نائب وزير الصحة المسؤول عن الرعاية الصحية الأولية وخدمات صحة الأم والطفل.

وخلافاً للتوقعات الحذرة للخبراء في الحصول على نتائج على المدى القصير نتيجة تأثير هذه السياسة الجديدة في استخدام برنامج تنظيم الأسرة، وبعد إحياء برنامج تنظيم الأسرة كانت هناك مؤشرات مفاجئة على قبول البرنامج. فمن ناحية، كشفت نتائج مسح KAP في عام 1989، وكان البرنامج قد بدأ بالكاد، أن نصف النساء المتزوجات في سن 15-49 عاماً كانوا يستخدمون بعض أشكال وسائل منع الحمل، (56 ٪) وسائل حديثة مثل الواقي الذكري، حبوب منع الحمل، واللولب.

وأظهرت أكبر دراسة استقصائية أجريت في عام 1992 أن معدل انتشار وسائل منع الحمل قد ارتفع إلى الثلثين تقريباً من جميع النساء المتزوجات، وتبين أن 69 ٪ منهن يستخدمن وسيلة حديثة. وأشارت هذه الأرقام إلى زيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة والاستفادة منها. وقد تبدو الأرقام أكثر تأثيراً إذا تم مقارنتها مع معدل انتشار وسائل منع الحمل (37 ٪) التي تحققت في مرحلة تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة قبل الثورة في عام 1977.

فيما يتعلق بالخصوبة، أظهرت نتائج التعداد الذي نفذ في عام 1991 انخفاض في معدلات الخصوبة، كما بينت أن حجم السكان في إيران قد ارتفع إلى 55.8 مليون نسمة.

وبالرغم من شكوك بعض الأكاديميين والديموغرافيين حول نتائج تعداد 1991، فقد نفذ مركز الإحصاء الإيراني مسوحات سنوية واسعة النطاق عن السكان في الأعوام 1992-1993، فضلاً عن تنفيذ مسوحات ممثلة وطنياً، على نطاق ضيق، ومجموعة جديدة من المسوحات الاجتماعية والاقتصادية حول خصائص الأسر الإيرانية خلال الفترة 1992-1995 دعمت نتائج تعداد

1991 وأشارت إلى استمرار انخفاض معدل الخصوبة الكلية. وعكست نتائج تعداد 1996 انخفاض حاد في معدل الخصوبة الكلية يقدر بـ 58% بين الفترة 1986-1996 حيث وصلت إلى 2.96 مولود.

مما سبق يتبين أن نقاط القوة في التجربة الإيرانية التي يمكن التوقف عندها في الحالة السورية هي:

#### - البيئة المساعدة:

ركزت الحكومة الإيرانية على برامج محو أمية الكبار ضمن جهودها في تعليم وتعريف السكان عن وسائل تنظيم الأسر. ومن أهم المستفيدين من هذا البرنامج هم النساء الريفيات. ومن الواضح أن تمكين النساء يزيد من قدرتهن في التحكم بأسلوب حياتهن.

#### الاستراتيجيات المنفذة لضمان الحصول على خدمات تنظيم الأسرة:

أنشأت الحكومة شبكة واسعة النطاق من الرعاية الصحية الأولية، بالإضافة إلى "بيوت الصحة" التي تقدم الخدمات الأساسية للقرية والعديد من القرى المحيطة بها في المناطق الريفية والمراكز الصحية في المناطق الحضرية.

وفي عام 1991، كان هناك ما يقرب من 12000 من المنشآت الصحية، و4000 من المراكز الصحية، تغطي 57% من سكان المناطق الريفية، وبحلول عام 2002 وصلت النسبة إلى 95% من سكان الريف. وعندما قدمت الحكومة خدمات تنظيم الأسرة، تم إدماج هذه الخدمات ضمن شبكة الصحة العامة.

#### - توفير وسائل تنظيم الأسرة

في الستينات، توفرت وسائل منع الحمل الحديثة، عندما سمحت الحكومة باستيراد وسائل منع الحمل عن طريق الفم. وقد تركزت الجهود بشكل أساسي على تقديم هذه الخدمة، والتي يمكن اعتبارها سبباً في بطء تنفيذ البرنامج. اعتمدت إيران سابقاً على وسائل منع الحمل التقليدية والتي استخدمت لقرون عديدة والتي يمكن اعتبارها ساهمت في تخفيض الخصوبة في إيران خلال فترة السبعينات وخاصة في المناطق الحضرية. وعلى كل حال في أواخر الثمانينات أوضحت البيانات تفضيل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة.

إن الاطلاع على تجارب الدول المذكورة أعلاه قد ساعد أو يجب أن يساعد في:

- الاعتراف بوجود مشكلة سكانية بحاجة إلى حل.
- اعتبار التصدي للمسألة السكانية وضبط معدلات النمو السكاني من الأولويات الأولى للدولة والمجتمع.

- توفير إرادة سياسية عليا داعمة لضبط معدل النمو والتحكم بالإنجاب والتشجيع على تنظيم الأسرة لتحقيق التوازن بين النمو الاقتصادي والسكاني.
- وجود جهة مرجعية واحدة تدير الملف السكاني من حيث التخطيط والتنفيذ والتقييم تتمتع بصلاحيات مالية وإدارية تنفيذية واسعة.
- إلغاء أو تعديل التشريعات أو القوانين المتعارضة أو المتناقضة مع عملية ضبط النمو السكاني والتحكم بالولادات.
- سن تشريعات وقوانين تخدم بشكل مباشر وغير مباشر مسألة ضبط النمو السكاني والتنظيم العائلي وتمكين المرأة وتعزيز دورها ومكانتها في العلاقة الزوجية وفي الأسرة وفي المجتمع.
- دعم وجود برنامج خدمات تنظيم الأسرة متكامل ومتاح للجميع.
- الترويج القوي للمسألة السكانية.
- تنفيذ إجراءات مباشرة وغير مباشرة لدعم سياسة سكانية تركز على النوع وعلى تحسين خصائص السكان الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتحد من النمو السكاني الكمي السريع.

## 6- أسئلة تستدعي الوقوف والتفكير في حلها

بناء على ما تقدم، وفي ضوء ارتفاع حجم التكاليف التنموية، التي تعكسها المؤشرات الاقتصادية ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة، وفي ضوء عجز القدرات والإمكانات الذاتية عن الوفاء بمتطلبات هذا النمو المرتفع في حجم السكان، أصبحنا في حاجة ماسة لصياغة سياسة سكانية، وتنفيذ خارطة طريق سكانية واضحة، مرتبطة بأهداف محددة، ومحكومة بأطر زمنية معينة، تستهدف ضبط معدلات النمو السكاني، وبالتالي التحكم باتجاهات تطور حجم السكان المستقبلية.

وفي هذا الإطار لابد من الإشارة إلى أن السياسة السكانية التي سيتم إقرارها، تشكل في الواقع حزمة متكاملة من السياسات الاقتصادية والقانونية والاجتماعية والثقافية وفقاً لمنظومة متكاملة ومتناسقة مرتبطة بأهداف واضحة ومحددة، تتوزع على امتداد أطر زمنية مختلفة، بعضها يندرج في سياق الأهداف قصيرة الأجل وبعضها الآخر يندرج في سياق الأهداف المتوسطة و الطويلة الأجل.



وهناك عدد من الأسئلة التي يجب العمل على معالجتها:

- ما أسباب التباين بين مستويات الخصوبة في سورية واتجاهات تطورها؟
- ما أسباب ارتفاع (أو استمرار ارتفاع) استخدام وسائل تنظيم الأسرة التقليدية؟
- ما الأسباب الحقيقية وراء ارتفاع نسبة الاحتياجات غير الملباة؟
- هل ساهم التثنت في إدارة الملف السكاني في بقاء معدلات خصوبة مرتفعة نسبياً؟
- لماذا ترغب السيدة السورية بإنجاب أربعة أطفال بينما متوسط عدد الأطفال الفعلي 3.5 مولود فقط؟
- لماذا لم تحذ المحافظات ذات الخصوبة العالية حذو المحافظات التي قاربت معدل الإحلال وما الخصائص التنموية لأنماط الخصوبة السائدة في سورية؟
- كيف استطاعت الدول ذات الخصوبة المنخفضة من تحقيق ذلك وكيف يمكن الاستفادة من هذه التجارب؟
- ما هي اتجاهات الشباب حول قضايا الزواج وتكوين الأسرة؟