ارتفاع معدلات الخصوبة وتأثيره في عملية التنمية مع تحليل لأوضاع المرأة العربية

كلثم علي الغانم*

ملخص: أصبحت العلاقة بين الأبنية الاجتماعية والأبنية السكانية، أحد المؤشرات التي تقاس بوساطتها عمليات التغير الاجتماعي والاقتصادي، بل إنها تعد وسيلة لقياس مستويات التنمية. ويتناول هذا البحث ظاهرة الخصوبة لدى المرأة بوصفها أحد العوامل المؤثرة في الأبنية السكانية، ولها علاقة مباشرة بالتغير الذي يصيب مكانتها والأدوار التي تؤديها في الحياة الاجتماعية والاقتصادية وعلاقة ذلك بالتنمية. هذا إلى جانب العوامل التي تؤثر في معدلاتها والنتائج المترتبة عليها سواء على المرأة أو البناء السكاني أو الأوضاع العامة للمجتمع؛ فقد كشفت الدراسة عن اختلاف مستويات الخصوبة والآثار المترتبة عليها بين المجتمعات وعلاقة ذلك باختلاف المستويات الاقتصادية ومعدلات التغير الاجتماعي وأوضاع المرأة. والمرأة في الدول النامية بشكل عام والمرأة في الدول العربية بشكل خاص، ترتفع لديها معدلات الخصوبة، وذلك لأسباب اجتماعية وثقافية واقتصادية أيضاً، وتواجه تلك الدول مشكلات نوعية نتيجة ذلك، من بينها ارتفاع معدلات النمو السكاني الذي بدوره يقلل من الآثار الإيجابية لأي نمو أو تنمية اقتصادية. إن الدول العربية تواجه الظاهرة نفسها بغض النظر عن الفروقات التنموية، حيث تتقارب المعدلات بين الدول النفطية الغنية، وتلك التي تواجه انخفاضاً في مستوى الدخل، إلا أن النتائج تختلف بين الجانبين؛ فنمو الدخل القومي وارتفاع مستوى المعيشة في الأولى يقلل من الآثار السلبية لهذه الظاهرة، في حين تزداد الأمور سوءاً بالنسبة للدول التي تعاني انخفاضاً في المستوى الاقتصادي.

* أستاذ علم الاجتماع المساعد، قسم الاجتماع – جامعة قطر.

المصطلحات الأساسية: معدل الخصوبة، النمو السكاني، الصحة الإنجابية، معدل الوفيات النفاسية، الولادات بدون إشراف طبي أو في المنازل، المكانة الاجتماعية للمرأة، العوامل الاجتماعية الثقافية.

أولاً – المقدمة:

مع تحسن مستويات المعيشة، زادت حصة السكان من الغذاء، وانعكس ذلك على صحة الإنسان، هذا إلى جانب تطور الرعاية الطبية، بعد تلاحق الاكتشافات العلمية، مثل الأمصال والتحصينات والمضادات الحيوية، التي بفضلها تم القضاء على الكثير من الأمراض المعدية، التي كانت السبب الرئيس للوفيات بين السكان؛ فازداد متوسط عمر الإنسان، وانخفضت نسبة الوفيات، في الوقت الذي ظلت فيه مستويات الخصوبة عالية، فارتفعت معدلات النمو السكاني، وتزايد معدل الهجرة من المناطق الريفية إلى المدن، ونشأ ما يعرف بظاهرة النمو الحضري، واكتظاظ المدن.

ولقد أسهمت تلك العوامل في تغير الأبنية السكانية، فإذا كان تحسن مستويات المعيشة، وتطور الرعاية الطبية، قد ساعدا على زيادة حجم السكان من خلال انخفاض الوفيات وطول بقاء الإنسان أو ارتفاع متوسط العمر (عدد السنوات التي يعيشها الإنسان)، فإن بقاء مستويات الخصوبة عالية قد أدى إلى تغير الهياكل العمرية للسكان، حيث ارتفع عدد صغار السن أو الأطفال في المجتمعات، كذلك ارتفع عدد المسنين بعد تحسن الأوضاع الصحية. أما الهجرة والتحضر فقد ساعدا على إعادة توزيع السكان جغرافياً؛ فبعد أن كانت النسبة الكبرى من السكان تعيش في المناطق الريفية، يشير الاتجاه الحالي للنمو الحضري إلى أن أغلب السكان يعيشون في المدن والمناطق الحضرية، ونتج من ذلك تنوع في الظواهر السكانية واختلاف في الهياكل العمرية والنوعية بين المناطق الريفية والحضرية.

هذا، وعلى الرغم من أن الخصوبة والوفيات والهجرة والنمو الحضري، عوامل يمكن قياسها كمياً، وكذلك رصد تأثيراتها في البنية السكانية، بعد تطور أساليب القياس والتحليل السكاني، فإن تلك الظواهر تتأثر في الحقيقة، بطبيعة التنظيمات الاجتماعية وتركيبها، وبالتغيرات التي تطرأ عليها، وبخاصة أن معظم المجتمعات الآن تواجه عمليات تغير اجتماعي واسعة النطاق.

وما دام السكان أعضاء في تلك التنظيمات، مثل: الأسرة، والطبقة، ومؤسسات العمل، وهي التنظيمات الاجتماعية الأساسية، فهم يتأثرون بطريقة أو بأخرى

بطبيعة تلك التنظيمات وبالأدوار الاجتماعية التي تمارسها، فهم يتفاعلون بشكل مباشر مع كل التغيرات التي تطرأ عليها، إما بوصفهم فاعلين (أي يمارسون عملية التغيير) أو متلقين ومكتسبين لخصائص التغير.

وتؤثر الظروف والعوامل السابقة في الأبنية السكانية، والظواهر المرتبطة بها، ولعل أهمها الخصائص الاجتماعية للسكان، مثل: معدلات الإنجاب، والزواج، والطلاق، والمستوى التعليمي، ونوع المهنة، والطبقة، والديانة.. إلخ. وهي مجموع الخصائص التي تتغير بتغير ظروف السكان الاقتصادية، وبتغير بنية التنظيمات الاجتماعية.

كما أن حجم التحولات في التنظيمات الاجتماعية، يختلف من مجتمع إلى آخر، نتيجة الاختلاف في مستويات التقدم الاقتصادي والاجتماعي التي يحققها كل مجتمع، ويرتبط أيضاً بنسب توزيع الخدمات ودرجة الإنصاف فيها بين السكان والمناطق والأقاليم المختلفة، وكذلك بين الطبقات والشرائح الاجتماعية، التي تؤثر في مستوى نصيب الفرد من الدخل القومي، وفي مستوى الرعاية الاجتماعية والطبية ومستوى التعليم، وآثار ذلك في نوع المهن التي يلتحق بها السكان، وعلى نمط معيشتهم؛ فإذا علمنا ذلك فلنا أن نتوقع اختلاف اتجاهات الأفراد وأنماط سلوكهم نحو القضايا الاجتماعية (التي سبق ذكرها). وهو الأمر الذي يفسر الاختلاف، مثلاً، في معدل المواليد ومستويات الخصوبة، والوفيات، بين الأقاليم والطبقات الاجتماعية، وكذلك بين الدول.

ثانياً – إشكالية الدراسة:

إن معدلات النمو السكاني أو معدلات التكاثر، ومستويات الخصوبة، والوفيات، والخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسكان، مثل: الحالة التعليمية، والحالة الزواجية، ودرجة إسهام السكان في النشاط الاقتصادي، وحجم قوة العمل، والتركيب المهني والمهاري للسكان.. إلخ، من الخصائص السكانية، أصبحت الآن أحد المؤشرات التي تقاس بوساطتها عملية التغير الاجتماعي والاقتصادي، بل إنها تعد وسيلة لقياس مستويات التنمية؛ فالعلاقة الآن بين الأبنية الاجتماعية والأبنية السكانية، أضحت جلية وموضع اعتبار من قبل الدارسين والمهتمين بقضايا السكان والتغيرات الديموغرافية، وكذلك من قبل الحكومات بسبب آثارها على سياسات التنمية وبرامجها، وسوف نتناول في هذه الدراسة موضوع الخصوبة بوصفها أحد

العوامل المؤثرة في الأبنية السكانية وعلاقتها بعملية التغير الاجتماعي، وبخاصة التغير الذي أصاب مكانة المرأة والأدوار التي تؤديها في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، وعلاقة ذلك بعملية التنمية.

ثالثاً – أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة المتبادلة بين ارتفاع معدلات الخصوبة في المجتمعات ومستوى التنمية الاجتماعية الاقتصادية، وكيف يمكن أن يؤدي ارتفاع الخصوبة إلى انخفاض درجة استفادة المجتمع من برامج التنمية. وكذلك الكشف عن العلاقة الارتباطية بين مستويات التنمية البشرية ومستويات الخصوبة، والدور الذي يمكن أن تؤديه التنمية البشرية في التقليل من الآثار السلبية لارتفاع الخصوبة سواء في المجتمعات الكثيفة السكان التي تعد الخصوبة وارتفاع معدلاتها إحدى أهم مشكلاتها السكانية، ولها انعكاساتها الاقتصادية والاجتماعية المباشرة، وكذلك المجتمعات قليلة السكان، التي لا تشهد مشكلة في الزيادة السكانية ولكن ارتفاع الخصوبة يعد أحد العوامل الأساسية التي تكشف عن أوضاع المرأة الصحية والاجتماعية، وأدوارها الاقتصادية، كما أنها تكشف عن مستويات التنمية البشرية ومستوى نوعية الحياة، التي يؤمنها المجتمع للمرأة والأسرة عامة، وبخاصة في المجتمعات العربية التي تشهد مستويات عالية من الخصوبة وارتفاعاً في معدلات الزيادة السكانية بالصورة التي تؤثر في برامج التنمية وتقلل من قدرة تلك المجتمعات على تحقيق التقدم المنشود الذي تسعى إليه من خلال برامج التنمية البشرية وبرامج التنمية الاقتصادية.

رابعاً – المنهج:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التحليلية، التي توصف فيها خصائص الظاهرة وتحدد طبيعتها والعلاقات التي تربطها بالظواهر الأخرى، كالظواهر الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ من أجل تحقيق أهداف البحث في الكشف عن العلاقة بين الخصوبة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية.

خامساً – مصادر البيانات:

اعتمدت الدراسة على مصدر أساسي للبيانات هو تقرير التنمية البشرية الذي يصدره البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، وعلى مجموعة دراسات سكانية واجتماعية أصدرتها الأسكوا، وكذلك بعض الدراسات الأخرى المرتبطة بالسكان والتنمية.

سادساً – عرض الموضوع:

يحتاج تحليل العلاقة بين ظاهرة ارتفاع الخصوبة وتأثيرها على مستوى التنمية في المجتمع إلى تقسيم الموضوع كالتالي: رصد العوامل المؤثرة في ارتفاع الخصوبة والتغيرات التي تطرأ عليها، وعوامل التحديث، كالتعليم، والدور الذي تؤديها في تغير الاتجاهات الإنجابية مع تحليل خاص لأوضاع المرأة العربية.

1 – الخصوبة والتغير الاجتماعي والاقتصادي:

تعرف خصوبة المجتمع السكاني بأنها مستوى الإنجاب الفعلي لأي مجموعة سكانية، وهي تختلف من مجتمع إلى آخر باختلاف الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. ولقد اتضحت العلاقة بين التغير السكاني والتغير الاجتماعي من خلال التطورات التي مست البنية العائلية واتجاهات التوالد أو الخصوبة.

فحتى القرن التاسع عشر ظلت البنية العائلية دون تغيير يذكر، سواء من حيث الحجم، وعدد أفراد الأسرة الذي كان كبيراً، نتيجة ارتفاع خصوبة المرأة، أو من حيث الأدوار، عندما كانت الأدوار والمسؤوليات تتوزع بحسب النوع أو الجنس (ذكور وإناث)؛ فقد كان من الملامح التي تميز الأسرة الاتجاه نحو تكرار الإنجاب، الذي كانت له مسوغاته، في ضوء ارتفاع معدلات الوفيات بين الأطفال في أثناء الولادة، ووفيات الرضع، وذلك بسبب انخفاض مستوى الرعاية الطبية والتغذية، ونسق القيم الذي كان لا يزال مرتبطاً بالشكل التقليدي للأسرة.

كما أدت الحاجة إلى أيد عاملة، إلى زيادة الطلب على إنجاب الأطفال؛ فكلما كان حجم الأسرة كبيراً، كان ذلك مدعاة لدعم موقف الأسرة الاقتصادي، في ظل النمط الإنتاجي الشائع قبل ظهور الصناعة وانتشارها، ألا وهو الزراعة التي تحتاج أنشطتها في ضوء انخفاض المستوى التكنولوجي المستخدم آنذاك، إلى أيد عاملة كثيفة، هذا إلى جانب أن الصناعة كانت في أولى مراحل تطورها، وتعتمد على نمط التشغيل الكثيف، وهذا النمط لا يزال موجوداً في الدول النامية.

وترتبط عملية الإنجاب بالمرأة خصوصاً، وبالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها، ولذلك فإن مستويات الخصوبة في المجتمع، ترتبط وتتأثر بشكل مباشر بأوضاع المرأة الاجتماعية وحالتها الصحية والبيولوجية والتغذية. وأي تغيير يطرأ على أوضاعها تلك يؤثر في خصوبتها، ومن ثم في طبيعة البنية السكانية واتجاهات تغيرها؛ فمن المعروف أن مستوى الخصوبة الكلي يؤثر في

التركيب العمري للسكان، ومعدل الزيادة السكانية ومعدل الإعالة في المجتمع، ومستوى الإحلال، وحجم الموارد البشرية وقوى العمل.

وما دامت المرأة جزءاً من المجتمع فإن أوضاعها العامة تتأثر بأوضاع المجتمع الاقتصادية والاجتماعية، ومستوى التطور الذي قطعه؛ فمثلاً كانت المرأة في الغرب، قبل الحداثة أو قبل الصناعة واتساع نطاق فوائدها لتعم الجزء الأكبر من السكان، تواجه خطر الوفاة مبكراً مثلها مثل باقي أفراد المجتمع، بسبب نقص الرعاية الطبية، وانخفاض مستويات المعيشة، وذلك عندما كان متوسط عمر الإنسان 40 سنة، ونتيجة لذلك كان لا بد لعملية الإنجاب أن تبدأ مبكرة، لكي تنجب المرأة أكبر عدد ممكن من الأطفال في فترة زمنية قصيرة، وهذا هو حال المرأة في الدول النامية وفي أقلها نمواً (أو المتخلفة) الآن، التي ينخفض فيها متوسط عمر الإنسان، وتتزوج فيها المرأة في سن صغيرة، وتنجب عدداً كبيراً من الأطفال. انظر جدول (1) الذي يوضح اختلاف مستويات الخصوبة بين مجموعات الدول موزعة بحسب مستوياتها الاقتصادية وعلاقة ذلك بدرجة انتشار وسائل منع الحمل ومستويات الزيادة السكانية.

جدول (1)(*)

اختلاف مستويات الخصوبة بين مجموعات الدول

مجموعات الدول	معدل الخصوبة الإجمالي 1995م	معدل شيوع وسائل منع الحمل (%) 90–1995م	معدل الزيادة السكانية 1995–2015م
البلدان الصناعية	1,7	%70	0,2
جميع البلدان النامية	3,2	%56	1,5
أقل البلدان نمواً	5,3	%22	2,4

وقد تتضح العلاقة بين الخصوبة ومستوياتها بصورة أكبر عند ربطها بالتغيرات التي طرأت على أوضاع المرأة ومكانتها الاجتماعية، التي تراوح بين عوامل اقتصادية وبيولوجية، وعوامل اجتماعية كالتعليم والعمل والمشاركة السياسية. وفي الحقيقة لا يمكن عزل العوامل التي أثرت في أوضاع المرأة عن الأوضاع العامة للمجتمع ومستويات التنمية التي حققها.

(*) المصدر: الأمم المتحدة، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، تقرير التنمية البشرية لعام 1998، جدول (12) ص 156.

2 – الخصوبة والصحة الإنجابية عند المرأة:

تعتبر الحالة الفيزيولوجية والصحة الإنجابية من الأمور التي تؤثر في خصوبة المرأة؛ فمثلاً قد يؤدي انخفاض مستوى الرعاية الطبية وحالة التغذية للمرأة إلى سوء التغذية وحالات فقر الدم "الأنيميا" لدى الحوامل، وإلى ارتفاع معدلات الإجهاض. وهناك من المؤشرات والدراسات التي تظهر ارتفاع حالات الوفيات النفاسية ومضاعفات الحمل في البلدان الفقيرة، وفي البلدان التي تعيش المرأة فيها ظروفاً معيشية قاسية، مثل المجتمعات البدوية (خليل طباره وآخرون، 1978)، وفي الفئات التي تمارس فيها المرأة أعمالاً صعبة مثل الزراعة وأعمال البناء والتشييد وممارسة الصيد والرعي[1].

وأظهرت البيانات فروقاً بين نساء الريف والحضر في دولة كاليمن، في معدلات الزواج ومستويات الخصوبة، حيث لوحظ انخفاض نسبة المتزوجات في المناطق الحضرية باليمن خلال الفترة من 1979–1991م (في كل الفئة العمرية من 15–49 عاماً)، كما أن خصوبتهن قد انخفضت، وأرجعت الدراسة السبب الرئيس لهذا الانخفاض إلى ازدياد استخدام وسائل منع الحمل عند الحضريات، وأن الزيادة في الخصوبة عند الريفيات مردها محدودية استخدامهن لهذه الوسائل، كذلك أرجعت الدراسة الفروق في مستويات الخصوبة إلى عامل تأخر سن الزواج في المناطق الحضرية، وهو ما كشفت عنه الدراسة (أدوارد جونفسترا، 1996م). أي أن هناك عوامل اجتماعية إلى جانب العوامل الطبية، فإذا كانت وسائل منع الحمل تمثل عائقاً طبياً يؤثر في الخصوبة، فإن تأخر سن الزواج ناتج من تغير في مفاهيم الزواج في أكثر المناطق الحضرية قابلية لتبني مفاهيم جديدة حتى بالنسبة للقضايا الاجتماعية الثابتة.

وعلى أية حال فإن الحالة الصحية للمرأة وصحتها الإنجابية ترتبط بأوضاعها المعيشية، وبالحالة الاقتصادية العامة للمجتمع؛ فكلما تقدمت الحالة الاقتصادية وارتفعت المعيشة في المجتمع كان لذلك تأثير إيجابي في صحة المرأة الإنجابية،

(1) أظهرت دراسة مسحية أجريت على فئة من البدو الرحل، أن فارق الخصوبة بين الجزء الذي استوطن منهم في مجتمع زراعي، والجزء الذي استمر بالتنقل كان كبيراً؛ إذ إن النساء في الفئة المستقرة يحملن ضعفي ما تحمله أولئك اللاتي ما زلن في المجتمع البدوي. وأظهرت الدراسة أن العوامل الطبية والفيزيولوجية هي العامل الأكثر أهمية، حيث فسر ارتفاع معدلات الإجهاض بين البدويات بسبب القساوة البالغة في نمط معيشتهن.

وفي عدد الولادات الحية، وكذلك في معدل الوفيات النفاسية؛ حيث تظهر المقارنة الدولية للمؤشرات المذكورة وجود فروق كبيرة بينها وفقاً لمستوى الدولة الاقتصادي، ويوضح جدول (2) هذه العلاقة.

جدول (2)
توزيع الدول وفقاً للمستويات الاقتصادية ومؤشرات الصحة الإنجابية عند المرأة(*)

مستويات الدول	الأطفال الرضع الذين ولدوا ناقصي الوزن (%) 1990 – 1994م	الولادات تحت إشراف موظفين صحيين (%) 1990–1996م	معدل الوفيات النفاسية (لكل 100,000 مولود حي) 1990م
البلدان الصناعية (الغنية)	7,0	99,0	30
البلدان النامية	18,0	58,0	488
أقل البلدان نمواً (الفقيرة)	22.0	29.0	1100

ويكشف جدول (2)، الذي قسمت فيه الدول إلى مستويات اقتصادية مختلفة، أن المرأة تواجه ظروفاً صحية أثناء حملها وولادتها، تختلف باختلاف المستوى الاقتصادي للمجتمع، فالدول الغنية تظهر انخفاضاً في عدد الأطفال الرضع الذين يولدون ناقصي الوزن، حيث لا تزيد نسبتهم على 7% من الولادات، في حين ترتفع إلى 22% في البلدان الفقيرة، كذلك نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف طبي؛ ففي الوقت الذي تكون فيه 99% في الدول الغنية، نجدها تنخفض إلى 58% في الدول النامية، ثم إلى 29% فقط في الدول الفقيرة، يلاحظ أيضاً ارتفاع معدل الوفيات النفاسية في الدول النامية والفقيرة، الأمر الذي يشير إلى أن المرأة في تلك المجتمعات لا تجد الرعاية الطبية المناسبة، وجدول (3) يوضح الحالة الصحية للمرأة في أقل البلدان نمواً.

(*) انظر: الأمم المتحدة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (12)، ص 156.

جدول (3)

الحالة الصحية للمرأة في أقل البلدان نمواً(*)

الدول	النساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 15 – 49 سنة ويعانين الأنيميا (%) 1975 – 1991م	الولادات تحت إشراف موظفين صحيين (%) 1990 – 1996م	معدل الوفيات النفاسية لكل 100,000 مولود حي (1990م)
نيجيريا	65,0	31,0	570
بنغلاديش	58,0	14,0	850
السنغال	53,0	46,0	1200
موزمبيق	58,0	25,0	1500
مالي	50,0	24,0	1200
النيجر	57,0	15,0	1200
سيراليون	45,0	25,0	1800
كوت دايفور	34,0	45,0	810
بوركينا فاسو	55,0	42,0	930
كينيا	40,0	45,0	650
توغو	47,0	54,0	640
بنين	46,0	45,0	990

كما يلاحظ من البيانات الواردة بالجدول (4) أن النساء الحوامل في تلك الدول يعانين فقر الدم "الأنيميا"، حيث تراوح نسبتهن بين 65% و40%. كما أن نسبة اللاتي يلدن تحت إشراف طبي تصل إلى 14% فقط في دولة كالسنغال، ولا تزيد على 46% في بعض الدول. هذا، وترتفع نتيجة ذلك معدلات الوفيات النفاسية.

وإذا ما قارنا هذه البيانات بأوضاع هذه الدول الاقتصادية فإنها تعتبر من الدول التي تواجه مشكلات اقتصادية حادة، وينخفض فيها الدخل القومي، وهذا ما

(*) انظر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (12)، ص 156.

جدول (4)
توزيع الدول بحسب مستوى التنمية البشرية ومعدل الخصوبة ومعدل انتشار وسائل منع الحمل ومعدل الزيادة السكانية*

الدولة	معدل الخصوبة الإجمالي 1995م	نسبة شيوع وسائل منع الحمل (%) 1990–1995م	معدل الزيادة السكانية السنوية 1995–2015م
دول ذات تنمية بشرية عالية:			
1 – كندا	1,7	73,0	0,8
2 – فرنسا	1,7	77,0	0,2
3 – النرويج	1,9	76,0	0,3
4 – الولايات المتحدة	2,0	71,0	0,8
5 – فنلندا	1,8	80,0	0,2
6 – هولندا	1,6	78,0	0,2
7 – اليابان	1,5	59,0	(0)
8 – السويد	1,9	78,0	0,3
9 – بلجيكا	1,6	79,0	0,1
10 – النمسا	1,4	71,0	0,2
11 – المملكة المتحدة	1,8	82,0	0,1
12 – استراليا	1,9	76,0	1,0
دول ذات تنمية بشرية منخفضة:			
1 – الكاميرون	5,5	16,0	2,7
2 – غانا	5,5	20,0	2,7
3 – كينيا	5,1	33,0	2,4
4 – باكستان	5,3	18,0	2,5
5 – نيجيريا	6,9	6,0	2,9
6 – الكونغو	6,5	8,0	2,9
7 – موريتانيا	5,2	3,0	2,4
8 – السودان	4,8	8,0	2,1
9 – اليمن	7,6	7,0	3,5
10 – مدغشقر	5,9	17,0	3,0
11 – السنغال	5,8	13,0	2,6
12 – أوغندا	7,1	15,0	2,9

(*) المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (12) وجدول (41).

يفسر ضعف الحالة الصحية للمرأة فيها، حيث تنخفض مستويات الخدمات الطبية للسكان بصورة عامة، ومن بينهم المرأة. ومع ذلك فإن هذه الدول والدول النامية بشكل عام، ترتفع فيها مستويات الخصوبة، وإذا كانت الخصوبة تولد مشكلة أخرى للدول الفقيرة، وهي مشكلة الزيادة السكانية في مواجهة فقر الموارد الاقتصادية، فإن للخصوبة بعداً آخر وهو البعد الاجتماعي أو نمط الثقافة السائدة، التي تؤثر في أوضاع المرأة الاجتماعية إلى جانب الأوضاع الاقتصادية والصحية المذكورة.

إن المرأة في المجتمعات النامية تواجه ضغطاً اجتماعياً نحو عملية الإنجاب، التي تحتل قيمة اجتماعية واقتصادية عالية في منظومة القيم والثقافة العامة؛ فبسبب الأوضاع الاقتصادية (مجتمعات زراعية في الأغلب)، وانخفاض مستوى الوعي الاجتماعي نتيجة انتشار الأمية، أصبحت مكانة المرأة الاجتماعية لا تتأكد إلا من خلال دورها في عملية الإنجاب. لذلك نجد أن المرأة تنجب أكبر عدد من الأطفال تتيحه حالتها الصحية وقدراتها الإنجابية، ويقل اهتمامها باستخدام وسائل تنظيم الحمل التي تتيح للأم فرصة استعادة صحتها بعد الولادة، وتوفر لها الوقت لمراجعة نفسها واتخاذ القرار بالنسبة للحمل القادم، وتساعدها على الاهتمام بطفلها لفترة زمنية أطول ليحصل خلالها على كفايته من الرعاية الصحية والنفسية.

إلا أنه وفي ضوء انخفاض مستويات المعيشة، ومستوى الرعاية الطبية، هذا إلى جانب الظروف الاجتماعية التي تقلل من مكانة المرأة الاجتماعية، فإن خصوبة المرأة ترتفع، وبخاصة مع عدم الاهتمام باستخدام وسائل منع الحمل، لأسباب اقتصادية أو اجتماعية، ولذلك سنجد علاقة ارتباطية بين مستوى الدولة الاقتصادي وما أنجزته من تنمية بشرية، وبين مستوى الخصوبة ومعدل انتشار وسائل منع الحمل ومعدل الزيادة السكانية[2].

مؤشرات الخصوبة والصحة الإنجابية في الدول العربية:

تصنف معظم الدول العربية ضمن الدول الفقيرة أو التي تشهد تنمية بشرية متوسطة أو منخفضة، عدا الدول النفطية التي تشهد ارتفاعاً في مستويات المعيشة،

(2) صنفت الدول في التقارير الدولية إلى ثلاثة مستويات، متقدمة، نامية، وأقل نمواً، أما بالنسبة لتقارير التنمية البشرية فإن التصنيف يتم وفقاً لما أنجزته الدولة من تنمية بشرية (في مجالات الصحة والمعرفة ومستوى المعيشة) إلى ثلاثة مستويات أيضاً، دول ذات تنمية بشرية عالية، ومتوسطة، ومنخفضة.

كما أنها قطعت شوطاً لابأس به في مجال التنمية البشرية، حيث صنّفت دولة الإمارات والبحرين وقطر والكويت وليبيا، ضمن الدول ذات التنمية البشرية العالية، وإن احتلت المراتب المتأخرة في هذا المستوى، أما باقي الدول العربية فقد صنّفت، إما ضمن الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة مثل السعودية ولبنان وعمان والجزائر وتونس والأردن ومصر والمغرب والعراق، أو ضمن الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة مثل جزر القمر واليمن والسودان وموريتانيا وجيبوتي.

وبالنظر إلى مستويات الخصوبة ومؤشرات الصحة الإنجابية للمرأة العربية، فإن مستوياتها تختلف بين الدول العربية؛ ففي الوقت الذي تشهد فيه المجتمعات الغنية تحسناً كبيراً في مستوى الرعاية المقدمة للمرأة فإن معظم الدول العربية ذات الكثافة السكانية العالية لا تزال متأخرة في هذا المجال، وتظهر البيانات الرسمية حدوث حالات الوفيات النفاسية وحالة فقر الدم "الأنيميا" أو سوء التغذية.. إلخ. إلا أن هناك مفارقة أساسية تتمثل في أن كل الدول العربية تشهد ارتفاعاً في مستويات الخصوبة سواء الغنية أو الفقيرة منها، وفي جدول (5) مجموعة من المؤشرات الخاصة بالخصوبة والحالة الصحية للمرأة في الدول العربية.

وتؤكد البيانات الواردة في جدول (5)، أن المرأة العربية لا تزال تواجه بعض المشكلات المرتبطة بصحتها الإنجابية، وبخاصة في الدول التي تنخفض فيها مستويات التنمية البشرية، حتى في الدول التي صنفت ضمن مستوى التنمية البشرية المتوسطة.

ومن واقع البيانات، هناك نسبة كبيرة من النساء الحوامل يعانين الأنيميا، التي تشير إلى حالات سوء التغذية، أو نقصها، هذا إلى جانب نقص الرعاية الطبية المقدمة لهن. وهذا يرتبط في الحقيقة بالحالة الاقتصادية العامة للسكان، وبمستوى الخدمات المقدمة لهم؛ فالبيانات تظهر أن النساء الحوامل في الدول العربية الغنية لا يواجهن مثل هذه المشكلة، عدا السعودية، وهو أمر قد يرجع إلى طريقة توزيع حصص الدخل القومي على السكان في المناطق المختلفة، وعلى الفئات والشرائح السكانية بصورة متوازنة. كما يلاحظ عدم وجود هذا البيان بالنسبة لدول فقيرة، وقد يعود ذلك إلى نقص في البيانات أو لإخفائها.

وبشكل عام فإن المعطيات تظهر أنه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي ارتفع مستوى التنمية البشرية، وزاد الاهتمام بالصحة الإنجابية للمرأة؛ فمثلاً نجد تبايناً في نسب الولادات التي تتم تحت إشراف طبي بين الدول العربية، حيث تصل

جدول (5)

الأوضاع الصحية ومستويات الخصوبة عند المرأة العربية(*)

الدولة	النساء الحوامل اللاتي تبلغ أعمارهن 15 – 49 ويعانين الأنيميا (%) 75–1995م	الولادات تحت إشراف طبي أو موظفين صحيين (%) 90 – 1996م	معدل الوفيات النفاسية لكل 100,000 مولود حي (1990م)	معدل شيوع أي وسيلة لمنع الحمل (%) 90 – 1995م	معدل الخصوبة الإجمالي (1995م)
الدول ذات التنمية البشرية العالية:					
1 – البحرين	–	97,0	–	53,0	3,2
2 – الإمارات	–	96,0	26	–	3,6
3 – الكويت	–	99,0	29	35,0	2,9
4 – قطر	–	97,0	–	32,0	3,9
5 – ليبيا	–	76,0	220	40,0	6,2
الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة:					
1 – لبنان	–	45,0	300	53,0	2,9
2 – السعودية	23,0	82,0	130	–	6,1
3 – عمان	–	87,0	190	9,0	7,2
4 – سوريا	–	67,0	180	36,0	4,4
5 – الجزائر	–	77,0	160	52,0	4,1
6 – تونس	38,0	69,0	170	60,0	3,1
7 – الأردن	–	87,0	150	35,0	5,4
8 – مصر	75,0	46,0	170	47,0	3,6
9 – المغرب	–	40,0	610	50,0	3,4
10 – العراق	–	54,0	310	14,0	5,5
الدول ذات التنمية البشرية المنخفضة:					
1 – جزر القمر	–	52,0	–	21,0	5,8
2 – موريتانيا	24,0	40,0	930	3,0	5,2
3 – اليمن	–	16,0	1400	7,0	7,6
4 – السودان	50,0	69,0	660	8,0	6,9
5 – جيبوتي	–	79,0	–	–	6,3

(*) انظر: الأمم المتحدة، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية البشرية لعام 1998، جدول (41) وجدول (22).

نسبتها إلى 99% في دولة الكويت و97% في قطر والبحرين و96% في دولة الإمارات، في حين لا تمثل في دولة كاليمن سوى 16%، وفي موريتانيا 40%، وفي مصر 46%، وهكذا باقي الدول العربية.

ويرتبط نقص عدد الوفيات النفاسية أو زيادته بدرجة الإشراف الطبي على النساء الحوامل في المجتمع، ولذلك نجد أن الدول التي تكون الخدمة الطبية المقدمة للمرأة متطورة، وتشمل معظم الإناث الحوامل تقل فيها نسبة الوفيات النفاسية التي تنتج من مضاعفات الحمل والولادة، في حين ترتفع في الدول التي لا تشمل الرعاية الطبية فيها كل الشرائح السكانية (حيث تزداد الفروق بين السيدات في الريف والسيدات في المناطق الحضرية)، هذا إلى جانب انخفاض مستوى الرعاية الطبية وعجزها عن تقديم الرعاية الصحية المطلوبة للحوامل، والتي تتعدى مجرد الفحص الطبي وإعطاء الأدوية؛ فالتوعية الصحية للحوامل والمرضعات عملية أساسية في مجتمعات ريفية وشبه ريفية وبدوية، ترتفع فيها الأمية وتزداد فيها نسبة الفقر بين السكان.

ولذلك نجد أن معدل الوفيات النفاسية يرتفع في الدول منخفضة الدخل؛ ففي اليمن هناك 1400 سيدة توفين لكل مائة ألف مولود حي في عام 1990م، و930 سيدة في موريتانيا، و660 في السودان، و610 في المغرب، و300 في لبنان، وفي مقابل ذلك نجد أن هذه الظاهرة قد اختفت في قطر والبحرين، ولم تزد عن 26 و29 حالة وفاة في كل من الإمارات والكويت.

وفي بعض الدول التي صنفت ضمن الدول ذات التنمية البشرية العالية، مثل: الجماهيرية الليبية والسعودية وعمان، وهي دول تحتل مراتب متوسطة في مجال التنمية البشرية، كما أنها دول نفطية، ولا تتميز بالكثافة السكانية العالية كمصر والمغرب مثلاً، تكشف البيانات عن وجود نسب كبيرة من الإناث يلدن في المنزل ولا يتلقين الرعاية الطبية الكاملة.

كما أن الوفيات النفاسية لا تزال مرتفعة أيضاً في هذه الدول، الأمر الذي يشير إلى عدم تكثيف جهود التحديث في كل قطاعات التنمية، ومن بينها تنمية أوضاع المرأة وتطويرها. وهذا يطرح أمامنا قضية الأوضاع الاجتماعية للمرأة، ودور سياسات التنمية في تحسينها؛ فمن الواضح أن الصحة الإنجابية للمرأة لا تزال تتأثر بانخفاض مستوى الرعاية الطبية المقدمة لها، أو بتوزيع هذه الخدمات بصورة

عادلة بين الشرائح السكانية في المناطق المختلفة، أو بالتوزيع الجغرافي العادل لخطط التنمية وبرامجها.

وتكشف البيانات الواردة في الجدول السابق أيضاً، أن المرأة العربية لا تزال تؤكد هويتها ومكانتها الاجتماعية من خلال عملية الإنجاب؛ فمعدلات الخصوبة عالية في كل الدول العربية (سواء الغنية منها أو الفقيرة)؛ فالسعودية وهي دولة نفطية غنية بلغ معدل الخصوبة الإجمالي فيها مستوى يقترب من 6,1 في عام 1996م، وفي عمان 7,2 وهي أيضاً دولة نفطية، وفي اليمن بلغ 7,6، وفي السودان 6,9 وهما دولتان فقيرتان. وكذلك باقي الدول العربية (كما هو مبين في جدول 5)؛ فالمنطقة العربية تشهد أعلى معدلات الخصوبة في العالم، الأمر الذي يتيح لها معدلات زيادة سكانية عالية وسريعة، تساعد على مضاعفة حجم السكان في فترات زمنية قصيرة (تقل عن 25 سنة)، وتؤدي إلى ظاهرة فتوة البناء السكاني (أي زيادة عدد الأطفال في المجتمع)، وهو وضع يزيد من معدلات الإعالة؛ فالفئة الكبرى من السكان فئة مستهلكة غير منتجة لأن معظمها دون سن العمل.

3 – التعليم وخصوبة المرأة:

على الرغم من أن السلوك الإنجابي يتأثر بتحسن مستويات المعيشة لأفراد المجتمع، وهي المستويات التي قد تتنوع من إقليم إلى آخر (ريفي – حضري) أو من فترة زمنية إلى أخرى، حيث تتجه الخصوبة إلى الانخفاض التدريجي مع تطور الظروف الاقتصادية، وهو ما تكشفت عنه تجربة الدول الصناعية، فإن الشواهد تشير إلى أنه في فترات التغير السريع وبداية تغير الظروف الاقتصادية، تشهد الخصوبة ارتفاعاً كبيراً، ناتجاً من تحسن الأحوال الصحية والمعيشية للسكان؛ حتى الدول الصناعية في بدايات التحضر، قد واجهت مثل هذه المشكلة (الزيادة السكانية السريعة)، التي أرقت المفكرين والباحثين آنذاك.

ولقد أظهرت دراسة مسحية في الأردن على المجموعات الاقتصادية الدنيا (1978) أن خصوبة هذه المجموعات السكانية قد ازدادت مع تحسن أوضاعهم الصحية والاقتصادية؛ فكان تردي الأوضاع المعيشية والصحية يمثل عائقاً أمام إنجابهم للعدد الذي يرغبون فيه من الأطفال (رياض طبارة وآخرون، 1978: 22)؛ فالفترة التي تشهد تطوراً في حياة السكان بشكل يغير من أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، تكون قصيرة والتغيرات سريعة، الأمر الذي لا يتيح الفرصة لمنظومة القيم وما يرتبط بها من سلوكيات لكي تجاري عملية التغير. لذلك نجد أن تلك

الشريحة السكانية لا تزال تقدر أو ترفع من قيمة الإنجاب، وعدد الأطفال الذي يشبع تلك القيمة ويحقق الرضا لا يتوقف عند الأعداد الصغيرة؛ فقد يصل إلى عشرة أو أكثر، وعندما أتيحت لها الفرصة لتحقيق هذه القيمة عملياً اتجهت بكل قوة إليها، وهذا ما يفسر ارتفاع معدل الإنجاب على المدى القصير.

يشير المثال السابق إلى أن ارتفاع مستوى المعيشة، لا يؤدي إلى انخفاض الخصوبة في المجتمعات التقليدية أو حديثة العهد بالتحضر، وهذا يعني أن السلوك الإنجابي يتأثر بعوامل أخرى، اجتماعية وثقافية في المحل الأول. ويظهر ذلك خلال فترات التغير السريع؛ فالمجتمعات وإن غيرت من أنشطتها الاقتصادية التقليدية، فإن منظومة القيم والمعايير تظل مدفونة في الذاكرة الاجتماعية، ومن بينها قيم الإنجاب. مثال ذلك حالة الدول العربية، التي يمكن تقسيمها إلى مستويين، دول غنية ودول أقل من حيث المستوى الاقتصادي للسكان، إلا أن عملية المقارنة بالنسبة لدرجة انتشار وسائل منع الحمل، أظهرت أن الدول الغنية التي تسارعت فيها معدلات التحديث والتحضر، تشهد انخفاضاً في مستوى استخدام هذه الوسائل (التي تعتبر أحد محددات الخصوبة أو من العوامل المؤثرة فيها)، مثلها في ذلك مثل باقي الدول العربية.

وتثير الشواهد السابقة تساؤلات حول قدرة العوامل الاقتصادية على التأثير في أوضاع الأسرة والبنية العائلية في الدول النامية؛ فمن المؤكد أن الدول العربية النفطية، مثلاً، قد حققت إنجازات ساعدت على تغيير مستوى الحياة المادية للسكان، ويظهر ذلك من خلال انخفاض معدلات الوفيات إلى أقل من 4 بالألف من السكان في عام 1995م في معظم الدول الخليجية (تقرير التنمية البشرية، 1998، ص 176)، وإلى ارتفاع أمد الحياة إلى 71 سنة للذكور و74 سنة للإناث (تقرير التنمية البشرية، 1998، ص 131). كما انخفضت الأمية وارتفع عدد السكان الذين يقرؤون ويكتبون، إلا أن البنية العائلية لم تكشف عن تغيرات أساسية؛ فحجم الأسرة لا يزال كبيراً، كما ترتفع معدلات الخصوبة الكلية، ومن ثم فإن الزيادة السكانية سريعة. الأمر الذي يشير إلى أن جهود التحديث لم تؤد إلى تحولات كيفية تغير من مكانة المرأة وأدوارها الاجتماعية، وبخاصة داخل الأسرة.

ويظهر تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية، في الدول التي تتبع برامج لتنظيم الأسرة، تهدف من خلالها إلى خفض الخصوبة؛ فإذا لم يرافق ذلك سياسات تتعدى تنظيم الأسرة، من شأنها أن تساعد على خلق معايير اجتماعية نحو العائلة الصغيرة الحجم، ومن ثم تعزز الطلب على خدمات تنظيم الأسرة، فإن فعالية تلك

البرامج تظل محدودة النطاق؛ فإلى جانب توافر المعلومات والخدمات والأدوات أو الوسائل المتعلقة بمنع الحمل، هناك عوامل شخصية وعائلية واجتماعية وثقافية تمنع العديد من الأزواج، ولا سيما في المناطق الريفية، من تنظيم أسرهم (رياض طبارة وآخرون، 1978: 23).

فبعد أن اتضح لنا أن تحسن الظروف المعيشية، وتقدم مستويات الرعاية الطبية للسكان، ليس له تأثير حاسم في اتجاهات الإنجاب أو السلوك الإنجابي، في المجتمعات النامية بشكل عام، وفي الدول العربية بشكل خاص، فإن العوامل التي يجب أن تستأثر بالاهتمام وبالبحث والتأمل، هي العوامل الاجتماعية والثقافية، مثل: دور التعليم والتحضر.

فعملية تغير الأفكار والقيم وأنماط السلوك نحو القضايا الاجتماعية الراسخة، تحتاج إلى زخم أكبر وتكثيف لجهود التحديث والتطوير، يتم فيه التركيز على العوامل التي تحدث تحولات كيفية في هذا المجال، والذي يتمثل في اتباع سياسات تعليمية تركز على التوعية الاجتماعية، ويتم نشرها في جميع قطاعات المجتمع وأقاليمه المختلفة، كذلك اتباع سياسات ترفع من مستوى المشاركة المجتمعية من خلال دعم مؤسسات المجتمع المدني، واتباع سياسة تربوية وثقافية تركز على رفع مكانة المرأة في المجتمع.

فتحقيق أهداف وتطلعات المجتمع نحو التقدم والتطور من خلال بناء التنمية الشاملة، يستدعي معالجة المشكلات السكانية، وبخاصة الزيادة السكانية المفرطة، التي تنتج من ارتفاع الخصوبة، ويترتب عليها ارتفاع عدد الأطفال في المجتمع، وأن يتحول أكثر من ثلثي السكان إلى مستهلكين في الكثير من الدول النامية، في الوقت الذي تواجه فيه مشكلة أساسية تتمثل في نقص الموارد الاقتصادية.

ولذلك تحتل عملية تغيير السلوك الإنجابي أهمية خاصة في هذه الدول التي تمثل اتجاهات هذا السلوك لديها مشكلة ذات طابع اجتماعي وثقافي، حيث تتأثر بارتفاع قيمة الإنجاب بين الجنسين؛ فالآباء والأمهات يرغبون في إنجاب عدد كبير من الأطفال، كما تتأثر أيضاً بطبيعة العلاقة بين الرجل والمرأة في ظل الشكل التقليدي للعائلة (النظام الأبوي) في المجتمعات النامية (وبخاصة العربية). فالمرأة تخضع بشكل كامل للرجل ولسيطرته وسلطته (الأب – الأخ – الزوج – الابن) الأمر الذي يقلل من درجة استقلالية قراراتها، ومن بينها قرار الإنجاب، وعدد الأطفال الذين عليها أن تنجبهم، بغض النظر عن مدى مراعاة مثل تلك القرارات

لأوضاعها الصحية والنفسية والمادية. كما أن المرأة هي جزء من ثقافة المجتمعات، وتتبنى تصورات الثقافة عن الحياة وعن أدوار المرأة وقيم الإنجاب السائدة.

ففي دراسة أجريت في المغرب عام 1997م (البحث الوطني لصحة المرأة والطفل) «ENSME» طلب من المبحوثات تحديد السبب الأساسي لعدم استعمالهن وسائل منع الحمل؛ أفادت 37,6% منهن أن ذلك بسبب رغبتهن في الإنجاب، وأفادت 2,4% بأن ذلك بسبب المانع الديني، و1,2% بسبب معارضة العائلة، و2,6% بسبب رفض الزوج، و6% للانعكاسات الجانبية، و8,4% بسبب أفكار جبرية وقدرية (نور الدين هرامي، 2001).

فالثقافة العامة لا تتيح للمرأة فرص الاختيار بين بدائل ممكنة، سواء بالنسبة للزواج أو الطلاق أو الإنجاب أو حتى التعليم والعمل في بعض الأقاليم، وبخاصة بين الشرائح السكانية التي تنتشر فيها الأمية وينخفض فيها مستوى المعيشة.

وفي دراسة أجريت عام 1994م عن الأدوار في العائلة المصرية، اعتمدت على مسح أجراه الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء في سنة 1991م، ضم عينة من ثلاث مناطق تمثل: محافظات الحضر، ومناطق حضرية أخرى، والريف. وشمل 1579 سيدة متزوجة، وعلى نتائج المسح الديموغرافي الصحي، الذي أجراه المجلس القومي للسكان سنة 1988م وشمل 8217 سيدة متزوجة. تبين أن الأغلبية الساحقة من الزوجات ترى أنه يتوجب على الزوجة استشارة زوجها في كل القرارات، وأن النسبة التي رأت أنه ليس من الضروري استشارة الزوج في كل الأمور ارتفعت خطياً مع ارتفاع مستوى التعليم، ومع الخروج للعمل، ودرجة التحضر (ثريا التركي، هدى زريق، 1994: 18).

وبينت دراسة أخرى أجريت على عينة بلغ حجمها 1714 عائلة عربية، في ريف وحضر شمال الأردن، أن الأب لا يزال يتمتع بمكانة مميزة في العائلة العربية الأردنية، إلا أن هناك اتجاهاً واضحاً نحو مزيد من مشاركة الزوجة والأبناء في عملية اتخاذ القرارات التي تتعلق بشؤون الزواج والعائلة، وبخاصة بين الأجيال المعاصرة (ثريا التركي، هدى زريق، 1994: 18). وهي الأجيال الأكثر تعليماً واحتكاكاً بمؤثرات الحياة العصرية.

وعلى ذلك ثبت أن تعليم المرأة يؤدي إلى انخفاض خصوبتها، إلا أن الاختلاف حول مستوى التعليم الذي يبدأ عنده هبوط معدل الخصوبة، وهو أمر يتباين بين

بلد وآخر، وبين فئة وأخرى من السكان حتى في البلد الواحد؛ ففي الأردن وجد أن الهبوط الكبير في معدل الخصوبة يبدأ مع تعلم القراءة والكتابة، في حين لا يبدأ هذا الهبوط في المناطق الريفية في لبنان، إلا بعد إتمام مرحلة التعليم الابتدائي (رياض طبارة وآخرون، 1978: 23).

وهذه الدراسات وغيرها تكشف العلاقة الأكيدة بين التعليم وعملية تغيير الأفكار والاتجاهات وأنماط السلوك بالضرورة. وإذا كان ذلك فإن الاتجاهات نحو الإنجاب وما يرتبط به من سلوكيات تتأثر بدرجة انتشار التعليم في المجتمع، وبين الإناث بشكل خاص.

فالتعليم إحدى الوسائل الأساسية التي يعتمد عليها في تغيير الأفكار؛ فهو قادر على تأكيد الفردية كقيمة توجه السلوك الاجتماعي، من خلال زيادة درجة الوعي الاجتماعي عند الإنسان حول نفسه ومكانته ودوره في الحياة الاجتماعية، ومن بين هؤلاء المرأة؛ فالتعليم يساعدها على إعادة ترتيب أولوياتها ومن بينها عملية الإنجاب وعدد الأطفال المرغوب فيهم؛ فالمرأة بعد أن تتعلم يصبح بإمكانها أن تعمل خارج المنزل، وأن تحصل على استقلالها الاقتصادي عن الأسرة، كما يرتب على ذلك إعادة ترتيب مكانتها العائلية، وأدوارها المنزلية، بحيث لا يتركز ذلك الدور على عملية الإنجاب فقط. كما أن التعليم يؤدي إلى تأخر سن زواجها، وكل الأمور السابقة لها تأثير مباشر أو غير مباشر في خصوبة المرأة، بعد أن تتغير فكرة المرأة عن نفسها.

وتظهر البيانات والدراسات أنه كلما انتشر التعليم في المجتمع، وبخاصة بين النساء، انخفضت معدلات الخصوبة؛ ففي الدول الصناعية المتقدمة التي تكاد تختفي فيها الأمية، حيث يبلغ معدل معرفة القراءة والكتابة بين الإناث 98,5% من جملة الإناث البالغات في المجتمع، نجد أن الخصوبة فيها تنخفض إلى 1,7، في حين أن الدول النامية التي ينخفض فيها معدل القراءة والكتابة بين الإناث البالغات إلى 61,7%، وفي أقل البلدان نمواً إلى 39,3%، نجد معدلات الخصوبة فيها ترتفع إلى 3,2% و5,3% على التوالي.

وبالنظر إلى البيانات الواردة في جدول (6)، فإن معدل القراءة والكتابة بين الإناث مرتفع جداً في الدول المتقدمة ولا توجد فروق بين الإناث والذكور، الأمر الذي يشير إلى توازن السياسات التعليمية، وأن المرأة تحصل على حقها في التعليم

جدول (6)
التعليم والخصوبة في مجتمعات مختلفة*

الدول بحسب مستوى التنمية البشرية	معرفة القراءة والكتابة بين البالغين (%) 1995		صافي قيد الإناث 1995م		الإناث في التعليم العالي لكل 100,000 امرأة 1995م	معدل الخصوبة 1995م
	إناث	ذكور	الابتدائي (%)	الثانوي (%)		
1 – تنمية بشرية عالية:						
كندا	99,0	99,0	94,0	91,0	7170	1,7
فرنسا	99,0	99,0	99,0	93,0	4033	1,7
النرويج	99,0	99,0	99,0	94,0	4325	1,9
الولايات المتحدة	99,0	99,0	97,0	89,0	5852	2,0
اليابان	99,0	99,0	100,0	97,0	2765	1,5
السويد	99,0	99,0	100,0	97,0	3184	1,9
2 – تنمية بشرية متوسطة:						
تركيا	72,4	91,7	94,0	41,0	1537	2,6
بيرو	83,0	94,5	90,0	52,0	2593	3,2
جامايكا	89,1	80,8	100,0	68,0	658	2,5
جنوب أفريقيا	81,7	81,9	96,0	57,0	1590	4,0
إندونيسيا	78,0	89,6	95,0	39,0	812	2,8
كوبا	95,3	96,2	99,0	–	1336	1,6
3 – تنمية بشرية منخفضة:						
موزمبيق	23,3	57,7	35,0	5,0	21	6,3
بوركينا فاسو	9,2	29,5	24,0	5,0	179	6,8
إرتيريا	25,0	25,0	30,0	14,0	27	5,6
الكونغو	67,7	86,6	50,0	18,0	63	6,5
إثيوبيا	25,3	45,5	19,0	–	24	7,0
بورندي	22,5	49,3	48,0	4,0	41	6,5

(*) المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (2) وجدول (28).

بشكل منصفٍ ومساوٍ للذكر، والوضع نفسه بالنسبة لقيد الإناث في التعليم الابتدائي والثانوي. كما يلاحظ أن نسبة الإناث في التعليم العالي أعلى منها بكثير من باقي الدول التي تصنف ضمن الدول التي حققت مستويات تنمية بشرية متوسطة ومنخفضة. ويتضح من المؤشرات السابقة أيضاً أنه كلما انخفضت معدلات قيد الإناث في التعليم وارتفعت مستويات أميتهن ارتفعت معدلات الخصوبة.

ويهبط نصيب المرأة في التعليم تدريجياً بحسب مستويات الدول في مجال التنمية البشرية. وإذا كانت الدول المتقدمة هي أعلى الدول من حيث الدخل، ومن حيث مستويات التحديث فإن نصيب المرأة من التعليم في الدول الفقيرة، وهي أقلها حظاً في هذا المجال، يتسم بعدم الإنصاف، حيث يقل عدد اللاتي يعرفن القراءة والكتابة عن الذكور في الدول متوسطة التنمية البشرية والمنخفضة، بل إن نسبتهن لا تزيد على 25% من جملة الإناث في أغلب تلك الدول. وأما عدد الإناث المقيدات في التعليم الابتدائي فهو لا يزيد على ثلث الإناث اللاتي في المرحلة العمرية لهذا المستوى التعليمي، ويقل القيد كلما ارتفع مستوى التعليم حتى يصل إلى 5% فقط في المرحلة الثانوية، أما عدد الإناث في التعليم العالي فهو منخفض جداً، كما هو واضح من بيانات الجدول (6).

والنتيجة التي يمكن الخروج بها أن المرأة لا تزال في عدد كبير من المجتمعات تواجه مشكلة الأمية وانخفاض مستوى التعليم، وأنه بالمقارنة بمعدلات الخصوبة في تلك الدول التي تشهد ارتفاعاً يؤثر في حجم السكان ومعدل الزيادة السنوية، نجد انخفاض المستوى التعليمي للمرأة قد يزيد من حدة المشكلة، وبخاصة أن الأوضاع التنموية لتلك الدول تشير إلى انخفاض مستوى دخلها الاقتصادي عن السابق، وكذلك متوسط نصيب الفرد من ذلك الدخل، كما أن له تأثيراً في درجة استجابتها لسياسات تنظيم الأسرة التي تحاول بواسطتها العديد من الدول النامية الحد من الزيادة السكانية.

الأوضاع التعليمية للمرأة العربية:

يشكل تعليم النساء متغيراً أساسياً بالنسبة للمرأة؛ فهو يغير فكرة المرأة عن ذاتها، ويساعدها على تلقي الأفكار الجديدة وتقبلها ويؤخر من سن زواجها. وهي عوامل تساعد على تغيير السلوكيات الإنجابية عندها، هذا إلى جانب العوامل الأخرى، كالرعاية الصحية، وارتفاع مستوى المعيشة، والسياسات الحكومية في مجال تنظيم الأسرة.

ومع تلاحق عناصر التغير الاجتماعي في المجتمع العربي، التي من بينها انتشار التعليم وانخفاض معدلات الأمية بين السكان وبنسبة أقل بين الإناث، فإن البنية العائلية بدأت بالتغير، حيث بدأت المرأة تحتل مكانة أبرز من السابق، وتوافرت لها فرصة المشاركة في عملية اتخاذ القرارات داخل الأسرة، ومن بينها اتخاذ القرار بالنسبة للإنجاب أو عدد الأطفال المرغوب فيهم، ومع ذلك فإن معدلات التغير الاجتماعي لا تزال بطيئة، ومن ثم فإن النظام العائلي ومنظومة العلاقات والقيم التي يفرزها ذلك النظام لا تزال مهيمنة على الواقع الاجتماعي.

وإذا ما تأملنا واقع المجتمع العربي، فسوف نجد أن زخم عمليات التحديث لا يتم بالصورة ولا بالحجم المطلوبين؛ فكما رأينا من قبل فإن معظم الدول العربية تصنف ضمن الدول ذات التنمية البشرية المتوسطة والمنخفضة، وحتى تلك الغنية منها، فإن مجالات التحديث فيها لم تتعد كثيراً جانب الحياة المادية، الأمر الذي أتاح للعوامل والبنى التقليدية الفرصة للاستمرار بل لإعادة تشكيل نفسها، من خلال توظيف عوامل التحديث وعناصره لتتلاءم مع متطلبات بقائها؛ فالبنية العائلية والعمل العائلي لا يزالان يسيطران على القطاعات الاقتصادية (التقليدية والحديثة منها).

هذا بالإضافة إلى أن القطاع الريفي والبدوي لا يزال موجوداً، بل لا يزال القطاع التقليدي في بعض البلدان يؤدي الدور الأساسي فيها؛ فالسكان الريفيون يمثلون الجزء الأكبر من السكان، وبخاصة في الدول ذات الثقل السكاني مثل مصر والجزائر والمغرب والسودان. ومن ناحية أخرى لا تزال نسبة الأمية عالية بشكل عام، وما زال عدد سنوات الدراسة لمعظم الذين يعرفون القراءة والكتابة قليلاً نسبياً، وأهم من ذلك أن نسبة الإناث المتعلمات إلى الذكور ما زالت متدنية. وفي الجدول (7) مجموعة من المؤشرات التي توضح الحالة التعليمية للمرأة العربية.

ويلاحظ من معطيات الجدول (7) أن الأوضاع التعليمية للمرأة العربية مترديةبشكل عام، وتواجه مشكلة عدم الإنصاف في منحها حقها في التعليم في أغلب الدول العربية، حيث كل المؤشرات تظهر أن نسبة حصولها على فرص التعليم غير متساوية مع الذكور.

وباستثناء الدول الخليجية النفطية الأربع (البحرين وقطر والكويت والإمارات) إلى جانب لبنان والأردن، نجد الأمية لا تزال تنتشر بين قطاعات كبيرة من السكان، وبخاصة الإناث منهم؛ ففي مقابل 90,3% من الإناث يعرفن القراءة والكتابة من

جدول (7)
التعليم والخصوبة في مجتمعات مختلفة(*)

الدول العربية بحسب مستوى التنمية البشرية	معرفة القراءة والكتابة بين البالغين (%) 1995م		صافي قيد الإناث 1995م		الإناث في التعليم العالي لكل 100,000 امرأة 1995م
	إناث	ذكور	الابتدائي (%)	الثانوي (%)	
1 – تنمية بشرية عالية:					
البحرين	79,4	89,1	100,0	87,0	1922
دولة الإمارات	79,8	78,9	82,0	75,0	1011
الكويت	74,9	82,2	65,0	–	2590
قطر	79,9	79,2	80,0	71	3243
ليبيا	63,0	87,9	96,0	–	1930
2 – تنمية بشرية متوسطة:					
لبنان	90,3	94,7	–	–	2605
السعودية	50,3	71,5	61,0	41,0	1508
عمان	46,0	71,0	70,0	55,0	441
سوريا	55,8	85,7	87,0	37,0	1289
الجزائر	49,1	73,1	91,0	53,0	1000
تونس	54,6	78,6	95,0	–	1110
الأردن	79,4	93,4	89,0	–	–
مصر	38,8	63,6	–	–	1336
المغرب	31,0	56,6	62,0	–	944
العراق	45,0	70,7	–	–	861
3 – تنمية بشرية منخفضة:					
جزر القمر	50,4	64,2	48,0	–	33
موريتانيا	26,3	49,6	55,0	–	164
اليمن	39,0	39,0	–	–	173
السودان	6,34	57,7	–	–	341
جيبوتي	–	–	28,0	–	20

(*) المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (2) وجدول (28).

المجتمع السكاني اللبناني تليها الأردن بنسبة 79,4% وقطر 79,9% والإمارات 79,8% والبحرين 79,4% نجد باقي البلدان العربية لا تزيد فيها نسبة اللاتي يعرفن القراءة والكتابة من السكان البالغين على ثلث فئة الإناث.

ويمكن الإشارة في هذا الإطار إلى أن أسبقية البدء بجهود التحديث لم يكن لها تأثير في هذا المجال؛ فمثلاً بدأ تعليم الفتيات في مصر بشكل رسمي منذ بدايات القرن الماضي (العشرين)، ولم تصل نسبة اللاتي يعرفن القراءة والكتابة من الإناث سوى 38,8% فقط في عام 1995م، في مقابل 79,8% في الإمارات العربية التي لم يظهر التعليم بشكله الرسمي والحديث فيها إلا في فترة الستينيات من القرن العشرين، وكذلك قطر (1956م).

ويلاحظ عدم الإنصاف في توزيع فرص التعليم في كل الدول العربية عدا قطر والإمارات والبحرين؛ فحتى السعودية التي تصنف دولة نفطية، فإن نسبة الإناث اللاتي يعرفن القراءة والكتابة لم تزد عن النصف (50,3%) في مقابل 71,5% بين الذكور البالغين. ونماذج عدم الإنصاف في هذا المجال نجدها في الجزائر وتونس ومصر والمغرب والعراق، وتقريباً في باقي الدول العربية.

أما الملاحظة الأخرى فتتمثل في أن فرص التعليم للأجيال الجديدة لا تزال منخفضة، وكذلك غير منصفة في أغلب الدول العربية؛ إذ إن صافي قيد الإناث في المراحل الابتدائية لا يشمل كل الإناث في هذه المرحلة العمرية. كما أن نسبة القيد في المرحلة الثانوية تنخفض إلى النصف بل إلى الثلث في بعض الدول العربية؛ ففي السعودية كان صافي قيد الإناث في المرحلة الثانوية 41% فقط و37% في سوريا و53% في الجزائر.

وبالنسبة لقيد الإناث في التعليم العالي معدلاتهن منخفضة جداً؛ فباستثناء الدول النفطية ولبنان والأردن ومصر والجزائر؛ فإن الدول العربية تنخفض فيها نسبة الإناث في التعليم العالي، وطبعاً عند مقارنة هذه المعدلات بمعدلات الدول الصناعية المتقدمة وباقي الدول التي تصنف ضمن مستوى التنمية البشرية المتوسطة تتضح الفروق بصورة أكبر.

وتشير الأرقام الواردة في الجدول (8) إلى ازدياد مشاركة المرأة في قوة العمل في معظم المجتمعات، وتتساوى في ذلك الدول الغنية (الصناعية المتقدمة) والدول الفقيرة (محدودة الدخل)، بل إن نسبة إسهام المرأة في بعض الدول النامية

جدول (8)
توزيع الدول بحسب مستوى التنمية البشرية وإسهام المرأة في قوة العمل(*)

الدول بحسب مستوى التنمية البشرية	حصة المرأة بين القوة العاملة من البالغين (15 سنة فأكثر) (%) 1995م
1 – تنمية بشرية عالية:	
كندا	45,0
فرنسا	44,0
النرويج	46,0
الولايات المتحدة	45,0
فنلندا	48,0
اليابان	41,0
السويد	48,0
2 – تنمية بشرية متوسطة:	
تركيا	36,0
جامايكا	46,0
بيرو	29,0
جنوب أفريقيا	37,0
الفلبين	37,0
إيران	24,0
كوبا	38,0
3 – تنمية بشرية منخفضة:	
الكاميرون	37,0
غانا	50,0
باكستان	26,0
كينيا	46,0
كمبوديا	52,0
الكونغو	43,0
زامبيا	45,0

(*) المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998م، جدول (32).

أعلى من مثيلتها في الدول الصناعية. وقد يكون ذلك ناتجاً من أن المرأة في الدول النامية تتحمل عبء الفقر، وبخاصة بعد تزايد الهجرة من الريف إلى المدن، والنمو السكاني المتسارع، والتوجهات الدولية نحو سيطرة القطاع الخاص وخصخصة الموارد، وتفتيت الملكيات الزراعية، وما رافق ذلك من زيادة معدلات التغير الاجتماعي، الذي تكشف عنه ظواهر كثيرة، مثل: زيادة معدلات الطلاق، والانفصال، وظهور الأسر ذات المعيل الوحيد، وغالباً ما تلقى تبعات التفكك الأسري على المرأة، التي تتحمل النتائج، ومن بينها تقلص موارد الأسرة، وانخفاض مستوى معيشتها، فتلجأ إلى العمل في مهن دنيا.

فالمرأة في الدول الفقيرة، في كل الحالات، اندفعت للمشاركة في الحياة الاقتصادية ليس نتيجة ارتفاع مستوى تعليمها، أو زيادة استقلاليتها بل لأن عملها أصبح ضرورة اقتصادية.

درجة إسهام المرأة العربية في الحياة الاقتصادية:

هناك متغيران أساسيان ساعدا على رفع إسهام المرأة العربية في قوة العمل خلال العقود الأخيرة، هما: التعليم، والفقر. وإذا كان بعضهم يعتبره مؤشراً على ارتفاع مكانة المرأة؛ فإن ازدياد عدد النساء المعيلات لأسرهن في المجتمعات العربية، وارتفاع نسبة السكان تحت خط الفقر، وانتشار الأمية بين الإناث، وانخفاض نسبة قيد الإناث (بين الأجيال الصاعدة) في مراحل التعليم المختلفة، قد تعطي دلالات قاتمة حول أوضاع المرأة العربية. وجدول (9) يوضح حصة المرأة العربية في قوة العمل موزعة بحسب الدول ومستويات التنمية البشرية.

يلاحظ من المعطيات السابقة أن نسبة إسهام المرأة في قوة العمل تنخفض في الدول النفطية، وبخاصة الخليجية، وترتفع في الدول كثيفة السكان والدول المحدودة الدخل مثل: جزر القمر وموريتانيا. وبمقارنة مشاركة المرأة العربية في قوة العمل بالمجتمعات سواء المتقدمة أو النامية، فإن الدول العربية هي أقل الدول من حيث درجة مشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية.

ويمكن ربط هذا الموضوع بطبيعة العادات والتقاليد والقيم الخاصة بوضع المرأة داخل المجتمع، وبقضايا دينية مثل عدم تفضيل الاختلاط بين الإناث والذكور الذي يتيحه العمل خارج المنزل.

وإذا كانت مشاركة المرأة العربية هي أقل مشاركة بين الدول، فإن مستويات الخصوبة في الدول العربية هي العليا، ومعدل الزيادة السكانية فيها مرتفعة جداً،

جدول (9)

حصة المرأة العربية في قوة العمل(*)

الدول بحسب مستوى التنمية البشرية	حصة المرأة من قوة العمل (15 سنة فأكثر) (%) 1995م
1 – تنمية بشرية عالية:	
البحرين	19,0
الإمارات	13,0
الكويت	31,0
قطر	13,0
ليبيا	21,0
2 – تنمية بشرية متوسطة:	
لبنان	28,0
السعودية	13,0
عمان	14,0
سوريا	25,0
الجزائر	24,0
تونس	30,0
الأردن	21,0
مصر	29,0
المغرب	34,0
العراق	18,0
3 – تنمية بشرية منخفضة:	
جزر القمر	42,0
موريتانيا	44,0
اليمن	27,0
السودان	28,0
جيبوتي	–

(*) المصدر: تقرير التنمية البشرية لعام 1998، جدول (16) ص 164.

وإذا كانت هذه الزيادة مرغوبة في الدول النفطية التي تواجه مشكلة ضآلة حجم السكان، وقلة عدد الأيدي العاملة، فإنها في باقي الدول العربية، تمثل معضلة حقيقية، في ضوء عدم قدرة تلك الدول على تحقيق التنمية الاقتصادية.

سابعاً – النتائج المستخلصة:

من خلال التحليلات السابقة يمكن الخروج بمجموعة من النتائج، وهي:

1 – أن ظاهرة الخصوبة تتأثر بمجموعة الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي تميز كل مجتمع على حدة، وبأوضاع المرأة الاجتماعية بصورة خاصة.

2 – أن واقع المجتمعات يكشف أن الخصوبة تتأثر بمستوى التنمية البشرية، وهناك علاقة عكسية بينهما؛ فإذا ارتفع مستوى التنمية البشرية انخفضت معدلات الخصوبة، والعكس صحيح.

3 – أن لظاهرة ارتفاع الخصوبة آثاراً كبيرة في الأبنية السكانية؛ إذ ولدت ظاهرة سكانية أخرى في الدول النامية والدول العربية على وجه الخصوص، وهي ظاهرة فتوة البناء السكاني إلى ارتفاع نسبة السكان تحت سن 15 سنة.

4 – أن آثار ظاهرة ارتفاع الخصوبة وما يترتب عليها من زيادة سكانية تستهلك أي زيادة أو استثمار في مجالات التنمية الاقتصادية الاجتماعية.

5 – أن التعليم يؤدي دوراً أساسياً في تغيير الاتجاهات الإنجابية عند السكان.

6 – أن الدول العربية جميعها تشهد حدة ارتفاع الخصوبة، بل إنها من أكثر مناطق العالم التي تشهد ارتفاع مثل هذه الظاهرة.

7 – أن لهذه الظاهرة في الوطن العربي علاقة بمجموعة الظروف التي تميز هذه المنطقة مثل: القيم الثقافية التي تعلي من قيمة الإنجاب.

– أن أوضاع المرأة الاجتماعية منخفضة، ومن بين مظاهرها انتشار الأمية بين الإناث.

– أن الزواج يتم في سن مبكرة.

8 – أن هناك آثاراً سلبية لهذه الظاهرة على الصحة الإنجابية عند المرأة، وهو الأمر الذي تعانيه المرأة العربية بوصفها ذات خصوبة عالية.

9 – أن هناك نقص وعي بأهمية تنظيم النسل وطرق هذا التنظيم، وبالظروف الأخرى المرتبطة بالحمل والإنجاب عند المرأة العربية.

ثامناً – التوصيات المقترحة:

1 – إجراء المزيد من الدراسات المقارنة التي تكشف عن العلاقة بين ظاهرة الخصوبة وعملية التنمية، والتأثير المتبادل بينهما.

2 – توجيه مزيد من الاهتمام إلى موضوع الصحة الإنجابية عند المرأة العربية وإجراء الدراسات حولها.

3 – إن الاهتمام بموضوع الخصوبة وعلاقتها بالتنمية يجب أن يوضع في إطار احتياجات المجتمع وظروف أبنيته السكانية. ففي بعض المجتمعات الغنية كالدول العربية النفطية قد تظل هناك حاجة إلى الزيادة السكانية، بسبب قلة عدد السكان، لتكون بديلاً عن استمرار الحاجة إلى استيراد الأيدي العاملة، وتظل المشكلة في التوفيق بين الصحة الإنجابية للمرأة ومستوى نوعية الحياة، الذي يهدف إليه المجتمع، أما في المجتمعات التي تشهد زيادة سكانية تتجاوز مواردها الاقتصادية فإن أحد الحلول يتمثل في خفض معدلات الخصوبة حتى يمكن أن تصبح لعملية الاستثمار في برامج التنمية جدوى وأثر حقيقي في نوعية حياة السكان.

المصادر:

إدوارد جونفسترا (1996). المحددات المباشرة للخصوبة في اليمن. الأمم المتحدة، الإسكوا، **النشرة السكانية**، العدد (44): 39.

الأمم المتحدة (1998). برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، **تقرير التنمية البشرية**، جدول (2)، (12)، (16)، (22)، (28)، (32)، (41)، (131)، (156)، (164)، (187)، (191).

ثريا التركي، وهدى زريق (1994). تغير القيم في العائلة العربية، الأمم المتحدة، الإسكوا، **سلسلة دراسات عن المرأة العربية والتنمية** 18.

رياض طبارة، ومحيي الدين ماميش، ويوسف جميل (1978). الأبحاث السكانية ومواطن ضعفها ونقصها في البلدان العربية، الأمم المتحدة، الإسكوا، **النشرة السكانية**، العدد (15): 22.

عبدالخالق ذكري (1986)، التفاوت العددي في معدلات المشاركة الاقتصادية للقوى العاملة. **سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية (6)**، مكتب المتابعة لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية لدول مجلس التعاون الخليجية، المنامة، 51.

نور الدين هرامي (2001). النوع الاجتماعي والثقافة والفقر، مقدم إلى المؤتمر العربي حول: «أبعاد النوع الاجتماعي للفقر»، المغرب: الرباط، من 20 – 23 مارس 2001م.

قدم في: أكتوبر 2002.

أجيز في: ديسمبر 2003.

Sociology

The Increase of Fertility and its Influence on Development Procedures Analysis of the Arab Women Case

*Kultham A. Al-Ghanim**

The relationship between social and population structures has come to be considered one of the indicators by which social and economic change procedures are measured, or even a means of measuring development levels. The current research addresses the fertility phenomenon as one of the factors influencing population structure, having direct impact on social and economic life and bearing considerable relevance to development. Apart from addressing factors which influence the rates of fertility and the ensuing repercussions on women, on the population structure or on the general social conditions, the study has revealed a variation in fertility levels and impacts amongst societies and identified its relevance to diversity in economic levels, rates of social change and the conditions of women. Women in developing countries in general, the Arab World in particular, have higher fertility rates due to a number of social, cultural and also economic reasons. These countries encounter, as a result, a number of qualitative problems such as an increase in the rates of population growth, which, in its turn, minimizes the positive effects of any development. Arab states face the same phenomenon despite existing discrepancies in their development rates, where the oil-rich countries have a more or less similar level of development countrary to other countries with lower income levels. It has been noticed that the increase in the national income of the first and their high standard of living minimizes the negative repercussions of this phenomenon while the overall picture seems to deteriorate in countries with a lower economic level.

Keywords: Fertility rates, Population growth, Reproductive health, Maternal mortality rates, Traditional birth attendants, Social status of women, Socio- cultural factors.

* Sociology Dept., University of Qatar.