

العنوان:	المسألة الصحية بالمجتمع القروي : مقارنة سوسولوجية
المصدر:	مجلة آفاق سوسولوجية
الناشر:	جامعة سيدى محمد بن عبد الله - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - مختبر سوسولوجية التنمية الإجتماعية
المؤلف الرئيسي:	شكري، محمد سلام
المجلد/العدد:	ع 1
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2011
الصفحات:	61 - 84
رقم MD:	521443
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	المغرب ، الصحة العامة ، المجتمع القروي، الجوانب الاجتماعية
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/521443">http://search.mandumah.com/Record/521443</a>

# المسألة الصحية بالمجتمع القروي :

## مقارنة سوسولوجية

محمد سلام شكري

مختبر سوسولوجيا التنمية الاجتماعية

جامعة سيدي محمد بن عبد الله

تزايد الاهتمام وتأكد الرهان العملي حول قيمة سوسولوجيا الصحة سواء في الأوساط الأكاديمية والعلمية أو في المجالات المؤسساتية، حيث أدى بروز أمراض جديدة كالسيدا وانبثاق وعي صحي بجدوى التشخيص والمراقبة لأمراض أخرى كالسرطان إلى بناء إشكالات وقضايا سوسولوجية جديدة ترتبط بالمؤسسة الصحية وبالعرض والطلب المرتبطين بهذه المؤسسة. لا يمكن إغفال أيضا قيمة موضوعة الجسد في المجتمعات المعاصرة خاصة الاستهلاكية منها، مما يجعل من الجسد موضوع استثمار بيولوجي وجمالي كاستثمار يفصح عن تميز الهوية الفردية للكائن من جهة و الرغبة في إعلان اتصالها وتواصلها مع باقي الهويات الفردية الأخرى من جهة ثانية. سيتمركز اهتمامنا حول الممارسة الاجتماعية المتصلة بالصحة وبالطلب والعرض الخاصين بالمؤسسة الصحية في مجال مغاير للمجال الاجتماعي الاستهلاكي المعاصر، وهو المجال القروي الذي يعرف جودة متدنية في العرض والطلب السابقين مقارنة بالوسط الحضري. تتمحور هذه الدراسة حول الرصد الميداني انطلاقا من التحليل الإحصائي للوعي الاجتماعي بالمسألة الصحية داخل

المجتمع القروي الفلاحي، باعتبار أن هذا الوعي يشكل علامة من العلامات الأساسية المؤكدة أو النافية للتغير الاجتماعي بالمجتمع القروي، وذلك انطلاقاً من متغير أساسي مستقل يخص التحديث الزراعي.

هل تحديث البنيات الزراعية له علاقة بتحديث بنيات المجال الصحي؟ يبدو أن بين المجال الزراعي والمجال الصحي علاقات محالية ومؤسسية تقتصر على وجود مراكز صحية بالعالم القروي. لكن طبيعة الدراسة تفرض تحديد العلاقات السببية بين المجالين لإبراز إن كان التحديث الزراعي قد أنتج سلوكيات عند الإنسان القروي ترتبط بالمجال الصحي وتمثل في ارتفاع الطلب الاجتماعي على المؤسسة الصحية ووجود تفاعل إيجابي بين المخططات في المجال الصحي وبين شرائح الساكنة القروية التي تعتبر هدف هذه المخططات، فما هي أوجه العلاقة الممكنة بين التحديث الزراعي وتطور الخدمات الصحية الموجهة إلى العالم القروي خاصة في مجالات الخصوبة والتلقيح وتنظيم الأسرة؟

## 1. الخصوبة:

يتبين انطلاقاً من معطيات رسمية أن مؤشر الخصوبة قد انخفض في بداية التسعينات مقارنة بعقدي الثمانينات والسبعينات، فحسب البحث الذي أنجزته وزارة الصحة حول «السكان والصحة» بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة بالنسبة للنساء في طور الإنجاب 5,54 طفلاً في الوسط القروي مقابل 2,54 طفلاً في الوسط الحضري وهو اختلاف يفسر بارتفاع نسبة تدرس النساء الحضريات مقارنة بالنساء القرويات، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة من الابتدائي إلى الثانوي أو العالي إلا وقل إنجابها. إن عدد الأطفال

الذين ازدادوا أحياء بالنسبة لكل امرأة بالوسط القروي هو عدد مرتفع بالنسبة لفئة النساء 40-49 سنة إذ يصل إلى 7,47 مقابل 5,46 بالنسبة للوسط الحضري . (1)

### علاقة الخصوبة بمكان الإقامة ومستوى التعليم

الخاصية	المؤشر التركيبي للخصوبة (15-49 سنة)	متوسط الأطفال الذين ازدادوا أحياء بالنسبة للنساء من فئة 40-49 سنة
مكان الإقامة		
حضري	2,54	5,46
قروي	5,54	7,47
مستوى التعليم		
أمية	4,86	6,89
ابتدائي	2,36	5,35

(1)-Lahcen Oussalem «L’instruction de la femme: l’une des variables explicatives de la baisse de la fecondite », in A propos du recensement general de la population et de l’habitat 1994. Cahiers de la documentation marocaine. Ministere de la communication N°1, juillet 1995. Rabat, p.72.

3,57	2,06	ثانوي أو أكثر
6,53	4,04	المجموع

المصدر: البحث الوطني حول السكان والصحة، 1992، وزارة الصحة العمومية

in L.Oussalem. L'instruction de la femme .

تقارب هذه النسب الوطنية بشكل كبير النسب المميزة للخصوبة بالمتجمع القروي للزمارة، إذ استندنا في استخلاص متوسط الولادات بالنسبة لكل امرأة انطلاقا من اختيار عينة من دوار أولاد العوني لأن الاستمارة الموجهة إلى الفلاحين لن تمكننا من الحصول على المعطيات الخاصة بالخصوبة لأن الذكور لا يقدمون إجابات واضحة ودقيقة وخاصة بالنسبة للفئة العمرية 20-34. كان مصدرنا الأساسي لتحصيل المعطيات الخاصة بمؤشر الخصوبة لعينة تتشكل من 100 امرأة قروية هو استمارة الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 1994 بالنسبة لمن هن في طور الإنجاب وخاصة المتزوجات، إذ يستحيل الحصول في سياق عملية الإحصاء العام للسكان والسكنى على معدلات الخصوبة للنساء غير المتزوجات لأسباب أخلاقية ترتبط بشكل وثيق بالقيم والتمثلات الاجتماعية التي تتكتم على كل ولادة خارج المؤسسة الشرعية للزواج. شكلت نسبة النساء اللواتي تشملهن المعطيات المتضمنة في الجدول 88,49% من مجموع نساء الدوار اللواتي هن في طور الإنجاب وهي نسبة ذات تمثيلية كبيرة تمكننا من معرفة مؤشر الخصوبة وتحديد الفروقات الكمية والنوعية لمختلف الفئات العمرية للنساء في طور الإنجاب.

المؤشر التركيبي للخصوبة ومتوسط وفيات الأطفال بدوار أولاد العونى

الفتات العمرية	عدد النساء	المؤشر التركيبي للخصوبة 15-49 سنة	متوسط وفيات الأطفال بعد الولادة
19-15	01	-	-
24-20	10	1,4	-
29-25	15	3,2	0,1
34-30	29	4,8	0,2
39-35	18	6,5	0,3
44-40	12	6.8	0.7
49-45	15	7.3	0.8
المجموع	100	5.1	0.4

لا يحتوي هذا الجدول معطيات وديمغرافية فحسب، بل يحتوي كذلك مؤشرات ومتوسطات خاصة

بكل فئة عمرية وهي تعبر عن تغيرات ثقافية واجتماعية مست فئات النساء القرويات والتي نحصرها في

خاصيتين سوسيو- ديمغرافيتين أساسيتين :

1. تغيير سن الزواج: إذا كان متوسط سن الزواج بالوسط القروي سنة 1971 هو 18,7 سنة في

مقابل 20,8 سنة بالنسبة للوسط الحضري، فقد ارتفع سنة 1982 إلى 20,8 سنة في الوسط

القروي مقابل 23,8 بالنسبة للوسط الحضري. إن هذه المعطيات التي تخص الذكور والإناث على حد سواء (1) تكشف عن ظاهرة اجتماعية مركبة العناصر الثقافية والنفسية والاقتصادية: ظاهرة تأخر الزواج. المثير للملاحظة أن إحصاء 1994 يسجل على مستوى فئة النساء في طور الإنجاب وجود نسبة 1% من المتزوجات في سن أقل من 20 (حالة واحدة لامرأة في سن 17) مما يبرز أن تأخر الزواج بالوسط القروي هو ظاهرة عرفت انتشارا كبيرا حتى بين الإناث، بينما كانت الفتاة القروية في فترات سابقة تتزوج في سن مبكرة لأن بلوغها سنا يتجاوز 20 عاما كان سببا لقلق الوالدين إذ تنعت بأنها «عانس» و«بائرة» في حكم الجماعة داخل الدوار. ان النساء المتزوجات من العينة المختارة اللواتي لا يبلغ سنهن 30 لا يمثلن سوى 26% من مجموع النساء في طور الإنجاب وهذا يعني أن فئة المتزوجات في طور الإنجاب اللواتي يتجاوز سنهن 30 تشكل 74% مما يؤكد الاستنتاج بامتداد واضح لظاهرة تأخر سن الزواج.

2. البنية الديمغرافية للأسرة: يظهر الانتقال من فئة عمرية لأخرى ازدياد متوسط عدد الأبناء وهذا يعني أن المرأة كلما ابتعدت عن السنة الأولى لزواجها إلا وأنجبت أكثر لأن الانجاب يقوي مكانتها الرمزية داخل الدوار كما يقويها داخل العائلة القروية كعائلة أبوية ممددة في معظم الحالات.(2) الإنجاب بكثرة هو تقوية لمكانة المرأة حتى في منافستها لنساء أخريات داخل نفس المسكن اللواتي خاصة نساء إخوان الزوج. إن الرهان على الانجاب في الوسط القروي هو «مضاربة بيولوجية» ترسخ

(1)-Sources R.G.P.H. 1971,1982. Direction de la statistique.

(2)-نشير إلى أن متوسط الأطفال لا يناسب عدد افراد العائلة بإضافة الوالدين لأن نسبة كبيرة من العائلات القروية تحتفظ بيناتها البطريكية التقليدية.

مكانة المرأة<sup>(1)</sup>، لهذا يصل مؤشر الخصوبة للمرأة الواحدة بدوار أولاد العوني إلى 5,1 طفلا، ليتجاوز بذلك مؤشر الخصوبة بالوسط القروي لإقليم الجديدة الذي لا يبلغ سوى 4,2 في مقابل 3,8 بالنسبة للوسط الحضري في نفس الإقليم<sup>(2)</sup>. غير أن مؤشر الخصوبة يتجاوز هذه المعدلات بالنسبة للنساء اللواتي تجاوزن 40 سنة مقارنة بالنساء اللواتي في سن 20-34، فإذا كان متوسط الأطفال المنجبين بالنسبة لامرأة في سن 20-24 هو 1,4، فهو يرتفع إلى 7,3 بالنسبة لإمرأه في سن 45-49. تتناسب دلالة هذا الارتفاع في الولادات تناسباً طردياً مع التقدم في السن وهي لا تفسر أبداً بالتطور الحاصل في الوعي بارتفاع المستوى التعليمي لدى النساء لأن نسبة الأمية بالنسبة للنساء القرويات تتجاوز 95% في كل الإحصاءات الوطنية لتستقر في حدود 91% حسب نتائج إحصاء 1994 بالنسبة للنساء القرويات بإقليم الجديدة<sup>(3)</sup>

يُمكن التفسير الرئيسي للفرق الموجود في مؤشر الخصوبة بين نساء العشرينات والثلاثينات من جهة ونساء الأربعينات من جهة أخرى في تطبيق «التخطيط العائلي» والتجاء القرويات إلى تلقيح أنفسهن وابنائهن ضد الأمراض الفتاكة والمعروفة وهي: السل، الشلل، السعال الديكي وبوحمرون، لهذا تظهر وفيات الأطفال مرتفعة لدى النساء فوق 40 سنة حيث تصل إلى 0,8 بينما تنخفض لدى النساء دون 40 سنة إلى 0,3. تؤدي المقارنة بين فئة 25-29 سنة وفئة 45-49 سنة إلى استنتاج ارتفاع متوسط وفيات

---

(1)Malika Belghiti « Les relations feminines et le statut de la femme dans la famille rurale » in Etudes sociologiques sur le Maroc. pp.314-315.

(2)R.G.P.H. 1994. Serie provinciale. El Jadida. Direction de la statistique.

(3)R.G.P.H. 1994. Direction de la statistique



الأطفال بعد الولادة بنسبة 800% في حين لم تعرف فئة النساء دون 25 سنة وفاة أي طفل وهي خاصية ديمغرافية مرتبطة بشكل وثيق بالظاهرة الاجتماعية لتأخر سن الزواج.

## II- التلقيح

### 1. تلقيح النساء

يستنبط من قراءة سيرورة تعامل النساء القرويات مع برامج «تنظيم الأسرة» المتمحورة اساسا حول تمنيع Immunisation من هن في طور الإنجاب [15-44 سنة] والأطفال دون 5 سنوات ضد الأمراض المذكورة أو أمراض أخرى قد تنتقل من الأم إلى الطفل أن النساء المستفيدات أكثر من البرنامج الوطني للتمنيع تتراوح بين 20-30 سنة. أما استفادة النساء ما فوق الأربعين سنة فظلت محدودة لتجاوزهن سن 30 في مرحلة تطبيق «البرنامج الوطني للتمنيع» سنة 1987 كبداية لتلقيحهن في سياق حملة انطلقت في الوسط القروي قبل أن تنتقل إلى الوسط الحضري وتميزت بتلقيح حقتين فقط، لتنتقل إلى ثلاث حقن في فترة 1988-1990 ثم إلى خمسة ابتداء من سنة 1991.

### عدد اللقاحات للنساء في طور الإنجاب (15-44 سنة)

#### بالدائرة الصحية للزمارة

السنة	الحقنة الأولى	الحقنة الأخيرة (عدد النساء)
1987	9566	8391
1988	3192	3235

السنة	الحقنة الأولى	الحقنة الأخيرة (عدد النساء)
1989	1182	2708
1990	2389	4133
1991	1007	856
1992	1052	1404
1993	903	3170
1994	192	680
1995	416	1074
1996	1790	2743

المصدر: وزارة الصحة العمومية. المندوبية الإقليمية. الجديدة

تخص معطيات الجدول النساء في طور الإنجاب بالدائرة الصحية للزمارة التي تضم الزمامرة، سانية بركيك، والعكاكشة التي تشكل معطياتها حوالي 4% من مجموع معطيات الجدول والمنتمية حسب التقسيم الإداري إلى قيادة أولاد عمران بدائرة سيدي بنور. إن عدد النساء اللواتي أخذن الحقنة الأولى سنة 1987 قد انخفض في الحقنة الثانية لعدم متابعتهم لجدول برنامج التمنيع بينما ارتفع عددهن في سنوات 1989، 1988، 1990 مع احترام الجدول الزمني للحقن الثلاث، فالمرأة التي حقنت أول مرة في نهاية 1988، ستحقن للمرة الثالثة في نهاية 1989 مما يبين أن المعطيات السنوية لعدد اللقاحات لا تظهر بوضوح عدد النساء اللواتي خضعن للتلقيح في كل مراحله ولا تمثل السنة الصحية بالنسبة للمرأة في طور الإنجاب.

تظهر سنة 1991 سنة «شاذة» في الجدول إلا انها السنة الأكثر تعبيراً عن تطور عملية تلقيح النساء في طور الانجاب، إذ عرفت حقن النساء 5 مرات مما يدل على التقارب الكبير بين عدد المحقونات والمعطيات الرسمية دون استثناء. إن انخفاض عدد النساء الملقحات لأول مرة سنة 1991 وهو 1007 ليصبح عددهن في آخر حقنة هو 856 يعبر عن ظاهرة واقعية تتمثل في صعوبة استجابة النساء القرويات لمخطط تلقيح سنوي عبر خمسة مراحل، في حين أن الارتفاع المسجل في سنوات 1992-1996 لا يعبر عن ارتفاع عدد النساء الملقحات، بل هو ارتفاع في عدد اللقاحات فقط لأن الأرقام تتضمن فئة من النساء لقحن في سنة سابقة دون احترام الجدول الزمني للتلقيح، كما تتضمن فئة من النساء العابرات إما المسافرات أو القادمات من الوليدية أو اثنين الغربية أو جهة الساحل خاصة في أيام السوق الأسبوعي ويتراوح عددهن بين 100 و 140 امرأة حسب مصدر طبي. إن الملاحظة الأساسية هي أن أكبر عدد من اللقاحات يخص سنة 1987 بينما اصغرها كان في سنة 1994. كيف يمكن تأويل هذا الفرق في الطلب الاجتماعي على الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية؟

تمثل سنة 1987 مرحلة انطلاق «البرنامج الوطني للتمنيع» الذي تميز بتنظيم حملة تلقيح شملت المراكز القارة للمستوصفات والمراكز الصحية وأخرى متحركة عبر سيارات حاملة لوحات صحية من أطباء وممرضين، كما نظمت حملة إعلامية مما أدى إلى ارتفاع عدد الملقحات بالدائرة الصحية للزمارة تناسباً مع تحقيق معدل أقصى لتلقيح النساء القرويات على المستوى الوطني حيث بلغ 91%<sup>(1)</sup>. لم يتأثر تلقيح النساء بمجمل التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي شملت بنية العائلة القروية لأن ارتفاع عدد الملقحات هو ظاهرة عامة لا ترتبط بالتحديث الزراعي أو بوجود علاقة عضوية بين عصرنة المجال الزراعي وعصرنة

(1) -عثمان اقلعي، الأيام الوطنية للتلقيح بالمغرب. وزارة الصحة العمومية ومنظمة اليونيسف

مجال الخدمات الصحية. من هنا نستنتج انه بالرغم من التزايد الديمغرافي فقد كان عدد الملقحات ينخفض سنة ثم يعود إلى ارتفاع نسبي في السنة اللاحقة، وهذا يفسر بعدم تعميم الخدمات الصحية على مستوى شامل يخص المجال القروي لوجود مستوصف واحد بالزمارة سيتحول إلى مركز صحي سنة 1976 لساكنة تتجاوز 60 ألف نسمة [الزمارة، بركيك، وجزء من اولاد اسبيطة] وبعدم تنظيم مراكز متحركة للتلقيح في كل السنوات. التي شملها التلقيح، كل هذه العوامل تفسر عدم استقرار عدد النساء الملقحات في المستوى المسجل في أول حملة سنة 1987 مع العلم أن نسبة النساء الملقحات بالدائرة الصحية للزمارة لم تشكل سوى 4,8% من مجموع النساء الملقحات على مستوى إقليم الجديدة والبالغ عددهن 172.600<sup>(1)</sup>

## 2. تلقيح الأطفال

إن ظاهرة ارتفاع وانخفاض عدد النساء الملقحات من سنة لأخرى تميز تلقيح الأطفال دون سن الخامسة أيضا، فعدد المستكملين للحقن ضد أمراض السل، الشلل، السعال الديكي، والحصبة يرتفع في سنة معينة لينخفض في السنة التي تليها، وهذا ما يتبين من خلال حملة التلقيح لسنة 1987 حيث الفرق شاسع بين الملقحين ضد داء السل لأول مرة وعددهم 2502 والمستكملين للقاح الخامس والأخير وعددهم 502. يتعين التأكيد على أن اللقاحات قد لا تتم كلها في نفس السنة إذ نجد العديد من الأطفال تلقوا اللقاحات الخمس في مدة زمنية تتجاوز السنة، فالطفل الذي لقح لأول مرة سنة 1987 قد لا يستكمل التلقيح إلا في سنة 1988؛ وهذا عنصر مفسر لارتفاع عدد اللقاحات آخر مرة المطابقة لعدد الأطفال المستكملين للتلقيح مقارنة بعدد اللقاحات ضد داء السل خاصة بالنسبة لسنتي 1995 و1996 حيث ارتفع عدد اللقاحات ضد داء الحصبة مقارنة بعدد اللقاحات ضد داء السل.

(1) نفس المصدر

يظهر التطور واضحاً في نسبة الأطفال الملقحين بين أول سنة وهي 1987 وأخر سنة وهي 1997، وهو تطور تجاوز 400%. إلا أن هذه النسبة لا تطابق حقيقة تغطية الخدمات الصحية لمجال سيوديمغرافي معين، لأن المعطيات التي تؤكد ان نسبة الأطفال الذين أتموا تلقيحهم بالوسط القروي بالجديدة والبالغة 89%<sup>(1)</sup>، لا تظهر نسبة الأطفال الملقحين من بين مجموع الأطفال. يظهر الاستناد على معطيات حملة «البرنامج الوطني للتلقيح» أن من بين 2502 الذين لقحوا ضد داء السل لم يستكمل التلقيح سوى 502، أي بنسبة 20% مما يدل على ان سنة 1987 هي المؤشر الحقيقي لقراءة صحيحة لنسبة الأطفال المستكملين لقاحاتهم لأن معطيات السنوات الأخرى لا تعبر إلا على العائدين بعد أكثر من سنة أو الملقحين ضد الحصبة أو السعال الديكي أو الشلل دون إجراء اللقاح الأول ضد داء السل.

#### عدد اللقاحات للأطفال دون 5 سنوات بالدائرة الصحية للزمارة

نوع اللقاح السنة	اللقاح ضد داء السل اللقاح الأول	اللقاح ضد الحصبة اللقاح الأخير	عدد الأطفال الذين أتموا التلقيح
1987	2502	2045	502
1988	2070	1331	992
1989	1122	568	457

(1) نفس المصدر

نوع اللقاح	اللقاح ضد داء السل	اللقاح ضد الحصبة اللقاح	عدد الأطفال الذين أتموا
السنة	اللقاح الأول	الأخير	التلقيح
1990	2389	1091	822
1991	2380	1668	2017
1992	2356	2655	2396
1993	2392	2301	2214
1994	2017	1637	1611
1995	2256	1773	1813
1996	2244	2549	2355
1997	2294	2172	2056

المصدر: وزارة الصحة العمومية، المندوبية الإقليمية - الجديدة

يوجد فرق بين اللقاح الأول واللقاح الأخير كما هو موجود بين اللقاح الأخير وعدد الأطفال الذين أتموا كل اللقاحات، إذ يصعب بالوسط القروي استكمال كل اللقاحات بالنسبة للطفل خاصة إذا كانت مراكز التلقيح قارة وبعيدة عن الدواوير. لا يفسر ارتفاع عدد اللقاحات بتزايد عرض الخدمات الصحية، وإنما يفسر بنهاية التلقيح ضد داء الجذري في نهاية السبعينات وبداية التلقيح ضد داء الحصبة سنة 1981.

إن تزايد عدد اللقاحات في التسعينات ليس سوى نتيجة للدفعة الإعلامية سنة 1987 والمرتبطة بتخطيط في المجال الصحي غير منفصل عن استراتيجية سياسية وإعلامية غايتها تنظيم الأيام المغاربية الأولى للتلقيح سنة 1989 وبلغ نسبة 80% لمن سيشملهم التلقيح مع القضاء نهائيا على الشلل ابتداء من سنة 1995<sup>(1)</sup>.

### عدد اللقاحات بالنسبة للأطفال دون 5 سنوات بالدائرة الصحية للزمارة 1974-1994

السنة	1974	1978	1982	1986	1990	1994
عدد اللقاحات	21.978	21.337	25.612	10.516	13.494	13.694

المصدر: وزارة الصحة العمومية، المندوبية الإقليمية - الجديدة.

### III- تنظيم الأسرة

يعتبر موضوع «تنظيم الأسرة» أو «التخطيط العائلي» حقا خصبا لهانات ثقافية، سياسية واقتصادية لأنه لا يرتبط بالبنية الصغيرة للعائلة النووية ولرغبة الزوجين في الإكثار من الانجاب او الحد منه، بل هو يمتد ليشمل مستوى تلاؤم البنيات الديمغرافية لبلد ما مع موارده الاقتصادية والطبيعية وقدرته على تحقيق معادلة الانسجام بين النمو الاقتصادي والنمو الديمغرافي. لهذا كانت مسألة «تحديد النسل» قطب سجلات اتخذت مضمونا إيدولوجيا حدد له كهدف نقد الغرب باعتباره يحاول تصدير «إيدولوجية تحديد

(1) نفس المصدر

النسل» إلى بلدان العالم الثالث خوفا من انفجار ديمغرافي قد يشكل خطرا عليه كمركز ويؤدي إلى تصدير «الأمراض» الاجتماعية لبلدان «العالم الثالث» إلى بلدان المركز عن طريق الهجرة.

لم يثر موضوع «تحديد النسل» نقدا من طرف الخطابات الايديولوجية المناوئة للإيديولوجية «الامبريالية» كتوصيف رسخ في الخطابات الأكاديمية والصحفية والسياسية في عقدي الستينات والسبعينات فقط، بل كان ضروريا أن يثير أيضا نقدا أخلاقيا من طرف التيارات الدينية المحافظة التي ترى في خطة تحديد النسل تعنتا بشريا ضد الإرادة الإلهية ومسا بمبادئ الديانة الإسلامية. تسجل الباحثة الاجتماعية. المرينسي بدقة لافتة كيف أن القوى التقدمية والقوى المحافظة ائتلقت في معارضتها لخطة تحديد النسل، فالقوى الأولى تؤكد أن مصدر الخطة «امبريالي» والقوى الثانية تعلن في تشدد أن الأمر «معارض للإسلام»<sup>(1)</sup> غير أن جبرية الوقائع الاجتماعية وتطور البنات الديمغرافية وتفاعل الوعي الاجتماعي مع الوضع الاقتصادي وما يفرضه على الزوجين من تخطيط عائلي، كلها عوامل أدت إلى تطبيق سياسة «التخطيط العائلي» التي انتقلت من تشكيل لجن عليا وصدور مرسومين ملكيين<sup>(2)</sup> في الستينات وإحداث قسم السكان بوزارة الصحة العمومية ومصالحة بداخل هذا القسم خاصة بالتخطيط العائلي سنة 1972، إلى تنظيم برنامج خاص بزيارات المساكن لتحسيس الأزواج بأهمية التخطيط العائلي. كان إقليم مراكش مجال التطبيق الأول لهذا البرنامج في سنوات 1977-1980. أما في سنة 1989 فقد نظمت حملة وطنية للدعاية

---

(1)-Fatima Mernissi. Le Maroc raconte par ses femmes . SMER. Rabat. 2 ed. 1986. p.24

(2)-المرسوم الملكي رقم 66-180 بتاريخ 26 غشت 1966 الخاص بإحداث لجنة عليا ولجنة محلية للسكان. والمرسوم الملكي رقم

66-181 الصادر بتاريخ 1 يوليوز 1967 الذي يمنع الدعاية ضد وسائل منع الحمل. انظر :

Mohamed Abou Ouakil « La planification familiale au Maroc » in A propos du R.G.P.H. 1994. Cahiers de la documentation marocaine , Ministère de la communication. N°1 Juillet 1995 p.75.



لاستعمال مواد منع الحمل. كما عرفت سنة 1991 إضافة اللولب كوسيلة من وسائل منع الحمل، وفي سنة 1994 ستظهر الحقن كوسيلة جديدة لمنع الحمل<sup>(1)</sup>.

إذا كانت برامج التلقيح قد عرفت تطبيقها الأولي في القرى لأسباب ترتبط بارتفاع نسبة وفيات الأطفال في الوسط القروي وأمية الأمهات خاصة في حالة مرض «التيتانوس» الناتج عن قطع سرة المولود بأداة حادة مما يؤدي إلى تلوث الجروح بجراثيم ووفاة الطفل، فإن برامج تنظيم الأسرة تحققت بشكل واسع في الوسط الحضري أكثر من الوسط القروي فقد أظهرت نتائج البحث الوطني حول السكان والصحة سنة 1992 أن 55% من النساء المتزوجات بالحوضر يستعملن وسيلة من وسائل منع الحمل مقابل 32% فقط بالنسبة للنساء القرويات.<sup>(2)</sup> يرجع هذا الفرق إلى عوامل ثقافية ترتبط بالمستوى التعليمي المنخفض للنساء القرويات مقارنة بالنساء في الحواضر، كما يرجع إلى عوامل مؤسسية تتمثل في قرب المؤسسات الصحية من النساء في المجال الحضري مقارنة بالنساء في المجال القروي حيث يصعب على المرأة التنقل للحصول على وسائل منع الحمل من مستوصفات ومراكز صحية.

---

(1)-Op.cit. pp.75-76.

(2)-Enquete nationale sur la population et la sante [ ENPS.1992]. Ministere de la sante publique.

عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل بالدائرة الصحية للزمارة (1980-1997)

العائدات			المسجلات لأول مرة				
الحقن	الغشاء	الحبوب	الحقن	الغشاء	اللولب	الحبوب	
-	-	1176	00	0	20	209	1980
0	44	8695	-	92	19	1620	1984
0	91	6875	0	17	34	743	1988
-	-	-	0	23	38	762	1991
-	20	6817	0	383	43	795	1992
-	-	-	0	21	90	665	1993
0	71	10801	0	333	118	661	1994
0	139	9580	0	37	79	229	1995
0	96	9656	0	32	55	462	1996
17	164	10.067	43	24	82	460	1997

المصدر: وزارة الصحة العمومية. المندوبية الإقليمية - الجديدة

تتضمن معطيات الجدول نساء مركز الزمارة أيضا لأن تكميم هذه المعطيات لم يفصل بين الوسطين

الحضري والقروي إلا ابتداء من سنة 1994 بعد إحداث بلدية الزمارة سنة 1992 إثر التقسيم الجماعي

الجديد. لا تتجاوز نسبة النساء «الحضرية» 10% ضمن مجموع النساء المستعملات لوسائل منع الحمل

بالدائرة الصحية للزمارة نظرا لسيادة الطابع القروي بالمنطقة. تعتبر «حبوب منع الحمل» من اهم وسائل «تنظيم الأسرة» التي تلقى طلبا من طرف النساء القرويات، فإذا كان عددهن هو 1385 سنة 1980، فإنه سيرتفع بشكل ملحوظ إلى 10315 سنة 1984. تضاعف إذن عد النساء المستعملات لحبوب منع الحمل أكثر من 7 مرات في سياق زمني لا يتجاوز 4 سنوات، إلا انه سينخفض نسبيا في السنوات الأولى للتسعينات ليرتفع ابتداء من سنة 1994 حيث وصل عدد المتعاطيات لحبوب منع الحمل 11462 امرأة، مع انخفاض نسبي في السنوات اللاحقة. تعتبر سنة 1984 أهم سنة بأنها تميزت بارتفاع عدد المسجلات لأول مرة، بينما تشكل سنة 1992 أهم سنة لاقتناء النساء لعازل طبي (1383 امرأة). أما بالنسبة للحقن فهي لم تطبق بالمراكز الصحية إلا سنة 1997، وهذا ما يفسر انخفاض عدد النساء المستفيدات من هذه الوسيلة الجديدة من وسائل منع الحمل، فإذا كان عدد المستفيدات من الحقن لأول مرة هو 43 فإن عدد العائدات هو 17، وهذا المعطى يدل على أن هذه الفئة من النساء سبق لها ان استعملت حقنا بمؤسسات أخرى خاصة.

تكشف هذه المعطيات الإحصائية الرسمية عن تزايد طلب النساء القرويات على وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة وتقنين الولادات نتيجة الضغط الاقتصادي على الأسرة وما يستلزمه من تلبية الحاجيات الأساسية لأفرادها خاصة إذا كانت أسرة كبيرة. تظهر المقارنة بين نتائج البحث الوطني حول الخصوبة والتخطيط العائلي سنة 1979-1980 ونتائج البحث الوطني حول السكان والصحة سنة 1992 انخفاض مؤشر الخصوبة بنسبة 32% على المستوى الوطني إذ انتقل من 5,9 إلى 4.<sup>(1)</sup> تتمثل الظاهرة الاجتماعية المفسرة لهذا الانخفاض في تأخر سن الزواج مما يعد متغيرا جديدا لم يميز المجتمع القروي في مراحل سابقة

(1)-Mohamed Abou Ouakil. op.cit. p.80.

خاصة بالنسبة. إن معدلات سن الزواج بالنسبة للمرأة القروية بمجماعات الغنادرة، سانية بريك وأولاد اسبيطة هي على التوالي 22,90، 24,56 و 25,15 سنة<sup>(1)</sup>، وهي معدلات ذات علاقة بمؤشر الخصوبة كما لها علاقة بإقبال المرأة على وسائل منع الحمل في سن العشرينات بينما زواجها في سن 16-20 يعجل بحملها في مرحلة تجهل فيها طرق «تنظيم الأسرة» كما تجهل تنظيم العلاقة الجنسية مع الزوج.

إن الخلاصة الأساسية التي يمكن استنتاجها هي تزايد عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل بالدائرة الصحية للزمارة، مما يظهر الرغبة في تنظيم الأسرة والتحكم في عدد الولادات كظاهرة ترتبط بإرادة الزوجين كما ترتبط بتخطيط شمولي له مظاهر مؤسساتية يضبطها الجهاز الصحي للدولة. لهذا يتبين أن الطالبات لمنتوجات منع الحمل يتوجهن إلى المؤسسات الصحية العمومية التي تؤدي الخدمة الطبية مجاناً، عوض التوجه إلى خدمات مؤسسات خاصة. لم تتضمن الدراسة كل المعطيات لوجود فئة من النساء يتوجهن إلى الصيدلية مباشرة للحصول على وسائل منع الحمل أو استعمال الرجال لعازل طبي. قد تغير المرأة من وسيلة منع الحمل، الحبوب، اللولب أو العازل الطبي، وهذا ما أظهرته إحدى الدراسات -التي شملت نساء بمناطق حضرية وقروية بالدار البيضاء، فاس ومراكش كما شملت فئات سوسيو مهنية متنوعة للنساء المستجوبات- إذ توصلت إلى ان نسبة مهمة من النساء تغير من وسيلة منع الحمل انطلاقاً من استشارة صديقات أخريات دون حاجة إلى الطبيب كما أن النساء الأميات يعرفن نوع حبوب منع الحمل بلونها فقط<sup>(2)</sup>.

(1)-R.G.P.H. 1994. Serie communale. Direction de la statistique 1997.

(2)Souad Filal. L'incontrolable desir . EDDIF. Casablanca. 1991. pp 37-38.

يكنم الوجه الآخر لظاهرة «تنظيم الأسرة» في الامتداد الديمغرافي للعائلة البطريكية في المجتمع القروي الفلاحي، فعدد أفراد الأسرة لازال مرتفعا بمعدل 8,9 حسب النتائج المستخلصة من الاستمارة، وهو معدل يتجاوز متوسط عدد أفراد الأسرة بالوسط القروي لإقليم الجديدة، المحدد في أكثر من 6 أفراد<sup>(1)</sup>. يرجع الفرق إلى إدماج الاستمارة لكل الأفراد القاطنين بالمسكن من أجداد وأعمام وأبنائهم. كما يفسر بتنافس زوجة الفلاح على الأنجاب مع نساء أخريات بنفس المسكن وتنافسها أيضا مع نساء الدوار لتعزيز مكانتها الرمزية داخل الدوار، كما يرى الزوج في الإنجاب فرصة لإنتاج رأسمال بشري يؤمن الرأسمال الاقتصادي للعائلة ويضمن استمرارها بوجود سواعد للعمل، فغياب ضمان اجتماعي ونظام تقاعد مريح نطل استراتيجية «تنظيم الأسرة» محدودة التأثير ليس فقط داخل المجتمع القروي، بل وأيضا بين شرائح فقيرة في المجتمع الحضري<sup>(2)</sup>.

يبين استقرار عدد النساء المقبلات على وسائل منع الحمل بالمؤسسات الصحية العمومية وعدد الأطفال الملقحين دون 5 سنوات والملقحات في طور الانجاب وجود تغير في موقف الفلاح من تنظيم الأسرة ورغبته في حماية أبنائه من الأمراض لأن إقبال الابن او الزوجة كزبون على المؤسسة الصحية غالبا ما يكون بموافقة رب الأسرة. بيد أن سبب هذا التغير لا يرتبط بالتحديث الزراعي حيث يكون لارتفاع الدخل الفلاحي دور اساسي في تنظيم الأسرة، بل يرتبط بالتأثير الذي يمارسه الإعلام السمعي- البصري على شريحة مهمة من الفلاحين ما دام 84% منهم يستفيدون من مشاهدة التلفزة بمساكنهم. هذا يعني أن تنظيم المؤسسات الاعلامية والصحية لحمالات التلقيح ضد الأمراض وحملات «تنظيم الأسرة» تؤدي إلى استجابة

(1)R.G.P.H.1994. Serie provinciale . El Jadida. Direction de la statistique.

(2)-S. Filal. op.cit. p.188

الزوجين في المجتمع القروي الفلاحي بشكل محدود لأن رغبتهما ليست هي الحد من الولادات وإنجاح استراتيجية «تحديد النسل» وإنما هي تخطيط الولادات والفصل زمنيا بين ولادة واخرى باستعمال المرأة القروية لوسائل منع الحمل لأن مؤشرات الخصوبة لازالت مرتفعة بالمجتمع القروي الفلاحي للزمارة.

تؤكد العلاقة الإيجابية بين الفلاح والمؤسسة الصحية في وجود نسبة 39% من الفلاحين التي تتوجه إلى المستشفى في حالة المرض كوسيلة علاجية وحيدة دون اللجوء إلى وسائل علاجية اخرى كزيارة ضريح من أضرحة «الأولياء» او استعمال الطب التقليدي. إن نسبة الذين يذهبون إلى المستشفى من الفئة العمرية 20-34 هي 40% مقابل 35% بالنسبة للفئة 35-49 و 45% بالنسبة لفئة 50 سنة فما فوق. ارتفاع نسبة الفلاحين فوق 50 سنة الذين يذهبون إلى المستشفى مقارنة بفئتي 20-34 و 35-49 لا يجد تفسيره في التعامل الايجابي والعقلاني لفئة المسنين مع المؤسسات الصحية بل يجد تفسيره في المقارنة بين الفئات العمرية ومعرفة نسبة الذين ذكروا «المستشفى» كوسيلة من وسائل العلاج المستعملة إلى جانب زيارة «الأضرحة» او العلاج «بالأعشاب». إن نسبة الفلاحين الذين ذكروا «زيارة المستشفى» كطريقة من بين الطرق العلاجية الأخرى المستعملة هي 82%، وهي نسب ذات دلالة مهمة تكمن في التعامل الايجابي للفلاحين مع المؤسسة الصحية وخاصة العمومية، فتحليل هذه الدلالة حسب الفئات العمرية يؤدي إلى اكتشاف وجود علاقة ترابطية بين الطلب الاجتماعي على المؤسسة الصحية وبين التقدم في السن بالنسبة للفلاحين لأن نسبة الذين أكدوا اللجوء إلى المستشفى كطريقة علاجية وحيدة أو كطريقة من بين طرق علاجية أخرى بالنسبة لفئة الفلاحين في سن 20-34 تبلغ 90% لتتحول إلى 82,5% بالنسبة لفئة 35-49 وتنخفض إلى 65% بالنسبة للفلاحين الذين تتجاوز اعمارهم 50 سنة. نستخلص إذن ان العلاقة تناسبية بين الواقعة الاجتماعية لاختيار المستشفى كطريقة من طرق العلاج وبين الواقعة الإحصائية

لتصنيف الفلاحين إلى فئات عمرية حسب المعيار البيولوجي 34.20 / ... الخ، الذي يختزل واقعا اجتماعيا مركبا<sup>(1)</sup>؛ لكنه يظل مع ذلك معيارا أساسيا لتحليل الواقع الاجتماعي ببناء وحدات بيولوجية، اقتصادية، ثقافية وسياسية تمكن الباحث من إنتاج معرفة سوسولوجية بعناصر، مستويات وظواهر النسق الاجتماعي.

الخلاصة الأساسية التي تتأسس على تحليل إحصائي هي أن الفلاحين الشباب أكثر تجاوبا مع المؤسسة الصحية من الفلاحين الشيوخ، فكلما تقدم الفلاح في السن إلا وقل طلبه الاجتماعي على المؤسسة الصحية واتجه أكثر نحو المؤسسات التقليدية من تداوي بالأعشاب وزيارة لأضرحة «الأولياء» بشكل خاص، فالتقدم في السن يعني إعادة تنظيم ما هو حديث ضمن ما هو تقليدي، دون ان يتعارض في مواقف وسلوكات الفلاحين، فسلوك اللجوء إلى المستشفى - إن توفر مال لشراء الأدوية أو لزيارة طبيب من القطاع الخاص عند الحاجة - يتعايش مع سلوك اللجوء إلى الطب التقليدي أو زيارة الأضرحة. اظهرت فاني كولونا ان «سوق التقليد» في مجتمع فلاحى يتهيكل بدقة ويعيد إنتاج ذاته من خلال ترقيع رمزي Bricolage Symbolique حيث أن ابن الشيخ بزواية صوفية الذي يشتغل ممرضا بقطاع الصحة يمسك بالطبل في ليلة من ليالي الحضرة الصوفية، إنه سلوك مزدوج: سلوك حديث في ممارسته المهنية و«تقليدي» في إذعانه للأب وممارسته «للجذبة» الصوفية إلى جانبه، اما موضوع الممارستين فهو واحد: العلاج. تناقض مرجعية كل ممارسة في الظاهر مرجعية الممارسة الأخرى، فمرجعية الطب الحديث تتأسس على منطق علمي، عقلاني ومادي، بينما مرجعية «الجذبة» الصوفية تتأسس على مشاركة لا عقلانية،

---

(1) - يظهر عالم الاجتماع الفرنسي بيير بورديو ان مهنة عالم الاجتماع هي التذكير بأن التقسيمات بين الأعمار هي تعسفية، لأن الشباب والشيوخة ليسا معطين، بل تم بناؤهما اجتماعيا في الصراع بين الشباب والشيوخ.

وجدانية وفوق-طبيعية. تستخلص كولونا من خلال تحليلها لهذا «السوق التقليدي» المميز لمجتمع فلاحي جزائري وجود تنظيم جديد للعلاقة بين التقليدي والحديث انطلاقا من جهد كبير يفكك التناقضات المنطقية بين المرجعيتين لبحث عن التوافقات الاجتماعية بينهما انطلاقا من استمرار التقليدي داخل الحديث واستمرار الحديث داخل التقليدي ضمن «الحقل الاجتماعي»<sup>(1)</sup>..

## Bibliographie

Oussalem Lahsen « l’instruction de la femme: l’une des variables explicatives de la baisse de la fécondité ». in A propos du recensement général de la population et de l’habitat 1994. Cahiers de la documentation marocaine. Ministère de la communication N°1, juillet 1995. Rabat.

Belghiti Malika « les relations féminines et le statut de la femme dans la famille rurale » in Etudes sociologiques sur le Maroc.

Mernissi Fatima. Le Maroc raconté par ses femmes. SMER. Rabat. 2 ed.1986

Abou Ouakil Mohamed « la planification familiale au Maroc » in A propos du recensement général de la population et de l’habitat 1994. Cahiers

---

<sup>(1)</sup>-Fanny Colonna. «La ville au village, transferts des savoirs et des modes entre villes et campagnes en Algérie ». in. Methodes d’approche du monde rural (collectif) Office des publications universitaires. Alger. 1976. p.280.



de la documentation marocaine. Ministère de la communication N°1, juillet 1995. Rabat.

Filai Souad. L'incontrôlable désir. EDDF. Casablanca. 1991.

Bourdieu Pierre. Questions de Sociologie Minuit. Paris. 1980.

Colonna Fanny. « la ville au village, transferts des savoirs et des modèles entre villes et campagnes en Algérie » in.Méthodes d'approche du monde rural (collectif) Office des publications universitaires. Alger. 1976

### **REFERENCES STATISTIQUES :**

Recensement général de la population et de l'habitat. 1971. Direction de la statistique. Rabat

Recensement général de la population et de l'habitat. 1982. Direction de la statistique. Rabat

Recensement général de la population et de l'habitat. 1994. Série provinciale. El Jadida. Direction de la statistique. Rabat

Recensement général de la population et de l'habitat.1994. Série communale. Direction de la statistique. 1997. Rabat.

عثمان اقلعي، الأيام الوطنية للتلقيح بالمغرب. وزارة الصحة العمومية ومنظمة اليونيسيف. بدون

تاريخ.