

اتجاهات الخصوبة وعواملها في المعطى الديموغرافي الليبي

■ د. محمد محمد مصباح الشريف*

■ تمهيد مرجعي :

تتفاعل معطيات ومؤشرات الخصوبة مع جملة من المتغيرات السكانية والاقتصادية والصحية والدينية والثقافية في اتجاهات مختلفة نحو الزيادة أو التناقص أو التدبب بينهما .

ويدخل معطى الخصوبة في المجتمع الليبي ضمن أهم معطيات التغيرات الديموغرافية في تعاقبها زمنيًا ومكانيًا، وهي بالتالي تمثل عاملاً ينبغي أن يحسب بدقة في اتجاه الاهتمام بالمعطى الديموغرافي في سياق تحقيق المقدرة التنافسية للسكان وضمان معطيات الأمن الديموغرافي .

ولاشك في أن الاهتمام بالسكان كمورد وفعاليات وكفاءات ومؤشرات لا ينبغي أن يترك لمحض الصدفة وذلك لأن ما يترتب على ذلك من سلبيات وتحديات يدفع باتجاه التأزم في الوضع السكاني والمخاطرة بالأمن الديموغرافي وما يتبعها من مخاطرة بالأمن السياسي والأمن الوطني وتنافسية الاقتصاد الليبي .

ولقد تغيرت معطيات الواقع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والسياسي كما تغيرت المعطيات والخصائص الكمية والنوعية للسكان الليبيين وكذلك لمهددات الزحف الديموغرافي من دول الجوار وبرز ضمن هذه المعطيات والتغيرات تقلبات في معدلات الخصوبة والنمو الديموغرافي في اتجاهات تدر بالخطر وتدفع باتجاه سرعة التعامل مع مكوناته وخصائصه من خلال الدراسات المعمقة والداعمة لتأسيس السياسات

* عضو هيئة التدريس بقسم علم الاجتماع - كلية الآداب - جامعة طرابلس

والبرمجيات والفعاليات على مرجعيات علمية راصدة ومحللة ومؤشرة .
وتعد الخصوبة العامل المهم في النمو الديموغرافي وهو العامل الأكثر حساسية
واستجابة لمعطيات متعددة ومتداخلة .

وعليه فإن التركيز على دراستها بعمق يعتبر عملاً استراتيجياً على كافة المستويات
ومختلف المجالات ومن هنا تأتي هدة الدراسة كمؤشر في سياق الاهتمام بأهم جانب
من جوانب الاهتمام بالتحسين النوعي للسكان الليبيين في علاقتها بالنمو الكمي لتكوين
صورة معمقة حول اتجاهات معدلات الخصوبة وعواملها في المعطى الديموغرافي الليبي .
■ موضوع البحث :

يتركز موضوع هذا البحث حول اتجاهات الخصوبة وعواملها في المعطى الديموغرافي
الليبي في إطار التفسير العلمي لواقع ومؤشرات وأسباب واتجاهات الخصوبة وانعكاساتها
على النمو الديموغرافي في المجتمع الليبي .
وتتجاوز مشكلة هذا البحث الأبعاد الكمية لتناقص معدلات الخصوبة وانعكاساتها
على النمو في حجم السكان إلى تحسس المرجعيات المفسرة والتحليلات الداعمة لتكوين
صورة معمقة حول الخصوبة وتفسيرها عبر الزمان والمكان وفي أسباب هذه التغيرات
وفي التوقعات والتصورات الممكنة للتعامل معها سلّبا على معدلات الخصوبة وتدهورها .
ويتم تتبع البعد الإشكالي لفهم خصائص واتجاهات الخصوبة عبر عاملي الزمان
والمكان وعبر التوظيف المرجعي للبيانات المتاحة والتشريعات ذات العلاقة .
كما يتم تشخيص المشكلة باتجاه تحليل مقارن لمعدلات الخصوبة خلال فترات زمنية
بما يدعم التحديد الدقيق لحجم المشكلة وتداعياتها .

■ تساؤلات البحث:

نحاول في هذه الورقة الإجابة عن جملة من التساؤلات التي تمكن من خلال ما تعززه
من إجابات التعرف على التغيرات التي طرأت على معدلات الخصوبة وأسبابها .
ويقوم هذا البحث على تساؤل رئيسي مؤداه (في أي اتجاه تشير معدلات الخصوبة
في المجتمع الليبي؟) .

يؤطر هذا التساؤل الرئيسي إلى مجموعة من التساؤلات الفرعية الآتية :

- 1- ما أهم التغيرات التي طرأت على معدلات الخصوبة في المجتمع الليبي؟
- 2- ما أهم الأسباب المؤثرة على التدبب في معدلات الخصوبة في المجتمع الليبي؟
- 3- ما أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والثقافية والدينية والقانونية التي تؤثر في تنظيم الأسرة وانعكاساتها على معدلات الخصوبة في المجتمع الليبي؟
- 4- ما تأثير الخصوبة على معدلات النمو الديموغرافي في المجتمع الليبي؟

■ الإطار المنهجي للبحث :

يطبق هذا البحث جملة من المناهج والأدوات البحثية وفقاً لموضوعها وفي إطار التكامل المنهجي سوف يستعين الباحث بالمناهج الآتية :

- 1- المنهج الوصفي .
- 2- المنهج التاريخي .
- 3- المنهج المقارن .
- 4- منهجية البحوث المكتبية .
- 5- منهجيات التقييم السريع للأوضاع .

■ الأهمية المرجعية لدراسة الخصوبة :

تكمن الأهمية المرجعية لدراسة الخصوبة من حيث كونها المسؤول الأول أو العامل الرئيس على مد المجتمع بالعناصر البشرية اللازمة لوجوده وبقائه وأدائه لوظائفه، كما أنها تعمل مع الوفيات على تجديد المجتمع وتعويض عناصره البشرية والمحافظة على استمراريته. وتعد الولادات والوفيات أساس عمل المكونات السكانية الأخرى وتغيرها، وعلى الرغم من أن النمو السكاني هو نتاج هذه المتغيرات الديموغرافية الثلاثة فإن الخصوبة تكون في معظم الحالات المقرر الأول لنمو السكان سواء على مستوى الدولة أو المنطقة المراد دراستها⁽¹⁾ (فياض، 2012، ص2)، ومن المعروف أن خصوبة السكان لفظ يطلق للدلالة على ظاهرة الإنجاب في المجتمع والتي يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء وهي الإنجاب الفعلي للمرأة أو لمجموعة من النساء وهي تختلف عن القدرة على الإنجاب والتي تعني القدرة البيولوجية على الحمل أو الولادة، سواء تزوجت المرأة أم لم تتزوج أو لأنها تمنع الحمل .

ويشير مفهوم الخصوبة إلى متوسط عدد المواليد للمرأة في سن الإنجاب (15-49)

سنة كما يتضمن هذا المفهوم عدة مستويات أهمها، معدل الخصوبة العام (الخام) ومعدل الخصوبة الفعلي، ومعدل الخصوبة لفئات عمرية معينة، وهو نتاج للعديد من الخصائص الديموغرافية والمتغيرات الاجتماعية، والاقتصادية، والثقافية، والدينية إلى جانب عوامل أخرى تساهم في الخصوبة إلا أن العامل الحاسم والمؤثر هو نسبة المتزوجين من أفراد المجتمع وكلما ارتفعت نسبة الأفراد الذين لم يسبق لهم الزواج ارتفع العمر عند الزواج الأول وهذا يؤدي إلى انخفاض

عدد المواليد للمرأة أي انخفاض الخصوبة. والخصوبة تختلف من مجتمع لآخر تبعاً لعوامل عديدة تؤثر في خصوبة الفرد، ومن ثم في الخصوبة الكلية للسكان في سن الإنجاب في المجتمع ككل، وفي ضوء هذه العوامل يتحدد معدل الإنجاب الفعلي لعدد المواليد الأحياء.

وتتواصل خصوبة المجتمعات وفقاً لنظمها المتبعة في تحديد سن الزواج الذي يعكس مدة الحياة الزوجية، والعادات والقيم السائدة، والحالة التعليمية، والمستوى الثقافي والحضاري، بجانب ذلك القدرة البيولوجية على الإنجاب لدى الزوجين والحالة الصحية للزوجات وغيرها .

وتستمد دراسة الخصوبة أهميتها من الدلائل الآتية:

- 1- تعتمد دراسة الخصوبة على عدد المواليد الأحياء، ومن خلاله يمكن تقدير عدد السكان لفترات زمنية لاحقة لأي مجتمع.
- 2- تعد الخصوبة العامل الرئيسي الهام في إحداث التغيرات السكانية، وهي بهذا تمثل أساساً مرجعياً للتعامل مع المعطى الديموغرافي.
- 3- ما يزيد من أهميتها حديثاً ما اكتشفه علماء السكان من أن البناء العمري للمجتمع يرتبط بمعدل الخصوبة أكثر من ارتباطه بمعدل الوفيات ولما كان البناء العمري للمجتمع له آثار ديموغرافية واجتماعية عميقة فإن ذلك يزيد في أهمية الكشف عن مستويات الخصوبة وأهم العوامل المؤثرة فيها.
- 4- ضرورة التعامل بكفاءة مع العوامل والمعطيات الديموغرافية باعتبارها ركيزة التنمية السكانية واعتبار الحجم السكاني ونوعيته مورداً وإمكانية داعمة للتنمية.
- 5- توفر دراسة الخصوبة قاعدة بيانات ومعلومات كمية لفهم الواقع الديموغرافي وتحديد مسارات النمو والتحويلات السكانية المستقبلية واتخاذ القرار التنموي

وتطوير البرامج وتقديم الخدمات في كافة المجالات المتعلقة بالصحة الإنجابية والكثافة السكانية.

6- التأكيد على خطورة خضوع المتغيرات الديموغرافية لمحض الصدفة خاصة فيما يتعلق بانخفاض معدلات الخصوبة.

7- التعرف على نسبة الإعالة وحجم السكان في سن العمل.

■ الأبعاد التواصلية للخصوبة:

تتواصل الخصوبة في أسبابها وآثارها بالعديد من الأبعاد، منها البعد البيولوجي والاجتماعي والاقتصادي والصحي والقانوني وغيرها، ويمكن تناول هذه الأبعاد في السياق التالي:

● أولاً - البعد البيولوجي:

ويقصد بالبعد البيولوجي القدرة على الإنجاب أو الطاقة الإنجابية. والشخص القادر على الإنجاب هو الذي يستطيع بيولوجياً أن ينجب أطفالاً، بينما لا يستطيع ذلك الشخص العقيم، وبالرغم من أهمية هذا الشرط إلا أنه لا يعد شرطاً ضرورياً للإنجاب، فقد يكون الزوجان قادرين بيولوجياً على ذلك ولكنهما يمتنعان عن الإنجاب لأسباب أخرى .

فالقدرات المتعلقة بما إذا كان الطفل سيولد أم لا؟ وإذا كان هناك نية لإنجاب الأطفال - وكم سيكون عددهم داخل الأسرة؟ كل هذه القرارات تخضع للمحيط الاجتماعي الذي يعيش الأفراد فيه والنمط الثقافي السائد فيه .

غير أن ما يميز الخصوبة الكلية للمجتمعات هو مرجعيته القانونية والثقافية في تحديد سن الزواج الذي يعكس مدة الحياة الزوجية والعادات والقيم السائدة والحالة التعليمية، والمستوى الحضاري، بجانب الحالة الصحية للزوجات وهذا ما يعرف بالخصوبة الطبيعية والتي تبدأ لدى المرأة من سن البلوغ إلى العمر الذي تصل فيه إلى سن اليأس، ويقصد به معدل الإنجاب للمرأة عندما لا تستخدم أي موانع من تنظيم النسل، وبهذا تكون المرأة قادرة على الإنجاب لمدة 35 سنة من سن البلوغ (15) سنة إلى سن (49) سنة سن اليأس وبالرغم من طول هذه الفترة والتي يتوقع أن تجب المرأة خلالها ما لا يقل عن 16 طفلاً من خلال احتساب فترة الحمل التي تستغرق حوالي 9 أشهر وافترض فترة 18 شهراً بين نهاية كل حمل وبداية الآخر وبهذا يكون متوسط الفترة التي تقضيها المرأة في الحمل والإنجاب تساوي (2.2) سنة كما في المعادلة الآتية: 18 شهر + 9 أشهر ÷ 12 = 2.2 سنة ويكون عدد الأطفال المتوقع إنجابهم بالنسبة للمرأة خلال فترة 35 سنة تساوي $16 = 2.2 \div 35$

طفل وهذا منتهى ما يمكن أن تصل إليه الخصوبة في أي مجتمع إنساني، عندما يكون سن الزواج بعد البلوغ مباشرة، وأن يستمر الإنجاب إلى سن اليأس بدون استعمال أي وسيلة من وسائل منع الحمل والإجهاض وتوفر الرعاية الصحية (1) الإنترنت).



● ثانيًا - البعد الاجتماعي:

تعني الخصوبة في بعدها الاجتماعي القدرة الكلية للسكان على الإنجاب في سن الإنجاب في المجتمع، وهي متغيرة من مجتمع لآخر، لعوامل متعددة يرجع بعضها لعوامل الوراثة، والبعض الآخر للبيئة، وإن كانت هناك أنساق من المعتقدات والثقافات والظروف الاقتصادية تلعب دوراً هاماً على خصوبة أفرادها وبالتالي على خصوبة السكان ككل (2) عوض، 1997، ص57).

ومن هنا فإن السلوك الإنجابي يتواصل تفاعلياً مع السن عند الزواج، وإنجاب الطفل الأول، وفترة المباشرة بين الولادات، وعدد الذكور والإناث، وعدد الوفيات، وحجم الأسرة وعدد مرات الزواج، ومعطيات النوع الاجتماعي (الجنس *Gender*) الأطفال المفضلين ذكوراً وإناثاً، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة والرغبة في تخطيطها (3) رشوان، 2006، ص13).

وتختلف فرص ودوافع إنجاب الأطفال بشكل جوهري من محيط اجتماعي إلى آخر، ولذلك نجد فروقاً كبيرة في متوسط عدد الأطفال الذين يولدون لكل امرأة في سن الإنجاب.

كما توجد عدة مقاربات للبعد الاجتماعي الديموغرافي منها المقاربة البيئية وهي التي تنطلق من العلاقة بين الإنسان والبيئة على أساس التفاعل بين الإنسان والبيئة ورصد

مؤشرات الاستغلال الجائر للمواد البيئية وتأخذ هذه المقاربة الأبعاد التي تهدد إصحاح البيئة وصحة الإنسان وحق الأجيال القادمة في بيئة سليمة مناسبة للعيش .

أما المقاربة الاجتماعية الثقافية للبيئة فهي تسعى إلى فهم أبعاد السلوك البشري في إطار اجتماعي وعلى تحديد دور الثقافة السائدة باعتبارها تمثل نمط معيشة وسلوك وعلاقات الناس وتحديد دور هذه المقاربات في الأنشطة السكانية والمواقف الاجتماعية من الزواج والإنجاب .

أما المقاربة التاريخية فهي تؤثر على التمايز الذي يحدث للسكان عبر تعاقب الزمن، بمعنى خضوع النوع للنمو والتغيرات الديموغرافية لعامل الزمن وما صاحبه من معطيات كالحروب والأوبئة والكوارث التي تحل في المجتمع ومدى انعكاسها على السكان في البلد أو المجتمع المستهدف .

■ اتجاهات معدلات الخصوبة وعواملها في المعطى الديموغرافي الليبي :

هناك العديد من العوامل المؤثرة في معدلات الخصوبة منها بيولوجية، وديموغرافية، واجتماعية، واقتصادية، وسياسية، ودينية، وحضارية، وثقافية، ونفسية، إضافة إلى الحروب والنزاعات الطائفية، والعرقية، وكذلك البطالة الموسمية، وقلة أو انعدام وسائل التسلية والرفاه الاجتماعي، وكثرة الفراغ اليومي، الأمر الذي يزيد من فرص الاتصال الجنسي، كذلك مكانة المرأة في المجتمع - المهنة - مستوى التعليم - الدين - نمط الزواج - البنية العمرية - الهجرة - الحروب - السياسة السكانية - وغيرها تؤثر بشكل أو بآخر على معدلات الخصوبة في المجتمع .

وفي المجتمع الليبي ترجع التغيرات في معدلات الخصوبة إلى عدة عوامل متشابكة تدخل في معظمها في إطار ما يعرف بالعوامل الوسيطة والتي تتعلق بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والدينية السائدة في المجتمع الليبي .

وعلى العموم فإن السلوك الإنجابي للمرأة في الريف والحضر قد يكون متشابهاً إلى حد ما إلا أنه قد يكون في الريف أعلى من الحضر بسبب الزواج المبكر وما يترتب عليه من إطالة سن الإنجاب وقصر الفترة بين الولادات إضافة إلى تفضيل إنجاب الذكور وتزايد حجم الأسرة لأنها تنظر إلى الأبناء نظرة اقتصادية واجتماعية وذلك للإسهام في النشاط الاقتصادي الذي يؤدي بدوره إلى رفع دخل الأسرة وتحقيق الأمن الاجتماعي للأبناء عند تقدمهم في السن .

إلا أن التغيير الاجتماعي والاقتصادي الذي تشهده ليبيا اليوم والمتمثل في انتشار الخدمات التعليمية والثقافية والتغيير في الأفكار والاتجاه نحو تأخير السن عند الزواج الأول ومشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي ستؤدي حتماً إلى انخفاض معدلات الخصوبة في المستقبل ومن هنا يمكن القول بوجود علاقة عكسية بين الخصوبة والاتجاه نحو التحضر حيث نجد أن معدل الخصوبة الكلي يرتفع من (3.8) مولود حي لكل امرأة في الحضر إلى (4.9) مولود حي لكل امرأة في الريف.

ويحسب معدل الإنجاب الكلي للنساء في المدي العمري من سن (15-49) سنة.

حيث يبلغ معدل الخصوبة الكلي (2.6) مولوداً للمرأة الواحدة خلال السنوات (2002-2003-2004-2005-2006) وفي حالة معدل الخصوبة العمرية بدأ في الارتفاع من مستوي منخفض جدا (50) مولوداً لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية (20-24) سنة ليصل إلى أعلى مستوى له لدى النساء في فئة العمر (30-34) سنة حيث وصل إلى (154) مولوداً لكل ألف امرأة ومن بعد ذلك شهد انخفاضاً تدريجياً لدى الفئات العمرية التالية إلى أن وصل إلى (11) مولوداً لكل ألف امرأة في الفئة العمرية (45-49) سنة كما هو مبين في الجدول رقم (1) الذي يوضح معدلات الخصوبة العمرية، (لكل ألف امرأة) ومعدل الخصوبة الكلية (للمرأة الواحدة) خلال الفترة من 2002 إلى 2006 حسب مكان الإقامة والحالة التعليمية (1) المسح، 2007، ص38).

الجدول رقم (1) معدلات الخصوبة العمرية لكل ألف امرأة ومعدل الخصوبة الكلية (للمرأة الواحدة)

خلال الفترة من 2002 إلى 2006 حسب مكان الإقامة والحالة التعليمية

المجموع	الحالة التعليمية					مكان الإقامة		
	الثانوية فما فوق	الإعدادية	الابتدائية	تقرأ وتكتب	أمية	مدن الساحل	مدن الدواخل	فئات السن
5	-	4	6	-	38	7	9	19-15
50	33	48	74	54	66	51	48	24-20
122	108	128	133	113	111	127	127	29-25
153	139	165	156	187	129	148	165	34-30
132	117	144	130	112	122	133	155	39-35

الحالة التعليمية					مكان الإقامة			
المجموع	الثانوية فما فوق	الإعدادية	الابتدائية	تقرأ وتكتب	أمية	مدن الساحل	مدن الدواخل	فئات السن
57	56	62	54	46	58	63	73	44-40
11	3	13	9	10	13	17	19	49-45
2.6	2.2	2.7	2.7	2.1	2.6	2.6	2.8	معدل الخصوبة الكلية

• المصدر: مجلس التطوير الاقتصادي، مكتب الدراسات والسياسات السكانية، التقرير الوطني الأول لحالة السكان في ليبيا، 2010، ص 49.

ويتضح من الاطلاع على البيانات الواردة في الجدول رقم (1) وجود علاقة واضحة بين المستوى التعليمي للمرأة وخصوبتها فقد انخفض معدل الخصوبة الكلية خلال السنوات الخمس مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة من 2.6 مولود عند المرأة الأمية إلى 2.1 مولوداً عند المرأة التي تعرف القراءة والكتابة إلا أنه سجل ارتفاعاً ليصل إلى 2.7 مولود عند المرأة الحاصلة على شهادة إتمام المرحلة الابتدائية والإعدادية ولينخفض مرة ثانية لدى المرأة الحاصلة على الشهادة الثانوية فما فوق ليصل إلى 2.2 مولود.

ومن هنا يمكن القول بأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفضت خصوبتها، وأن التعليم يؤثر على الخصوبة من خلال تأثيره على كل من السن عند الزواج والذي يؤدي إلى خفض المعدلات عند الأعمار الشابة من ناحية وتأثيره على تنظيم الخصوبة في نطاق الزواج من ناحية أخرى والذي يؤثر على معدلات الخصوبة في الأعمار التالية للسنوات الأولى من الزواج.

أما من حيث السن فقد بلغ معدل الخصوبة ذروته لدى فئة السن من (30 إلى 40) سنة عند النساء في كافة المستويات التعليمية. ثم أخذت معدلات الخصوبة العمرية بالانخفاض مع ارتفاع فئات السن، وفي هذا السياق أيضاً تشير نتائج التعدادات العامة للسكان، إن معدلات الخصوبة بدلالة متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة من النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة قد سجلت انخفاضاً ملحوظاً من (1.13) طفل للمرأة عام 1973 ليصل إلى (0.38) طفل عام 2006 كما توضح بيانات الجدول رقم (2):

الجدول رقم (2) معدلات الخصوبة للنساء في سن الإنجاب خلال السنوات من (1973-2006)

سنة التعداد	عدد الإناث (15-49) سنة	عدد الأطفال (0-4) سنوات	متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة
1973	377354	425880	1.13
1984	625282	571454	0.91
1995	1099387	546914	0.50
2006	1524330	575345	0.38

المصدر: نتائج التعداد العام للسكان للسنوات 1973-1984-1995-2006 .

توضح بيانات الجدول رقم (2) أن معدلات الخصوبة للنساء في سن الإنجاب خلال هذه الفترة قد شهدت انخفاضاً كبيراً وملحوظاً في جميع الفئات العمرية وكان هذا الانخفاض شديد خلال الفترة من 1995 إلى 2006 وكان من نتائج ذلك انخفاض معدل النمو الديموغرافي للسكان في ليبيا حيث وصل في سنة 2006 إلى (1.78 %) ويرجع ذلك الانخفاض إلى العديد من العوامل منها:

- 1- التحاق الإناث بالتعليم ومواصلتهن لتعليمهن إلى مرحلة ما بعد التعليم الثانوي.
- 2- مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي.
- 3- تأخر سن الزواج الأول.
- 4- الاتجاه نحو تكوين أسرة صغيرة الحجم والحد من إنجاب الأطفال.
- 5- تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات.
- 6- أزمة السكن وارتفاع أسعار العقارات وعدم السماح بإيجار العقارات.
- 7- عدم توفر فرص العمل المناسب أمام الشباب.
- 8- ارتفاع تكاليف المعيشة.
- 9- زيادة استخدام الأسرة لوسائل تنظيم الأسرة.
- 10- بالإضافة إلى العوامل الثقافية ومعرفة مشاكل الصحة الإنجابية والحمل المتكرر الذي له دور كبير في تغيير معدلات الخصوبة وبالتالي انخفاض معدلات النمو الديموغرافي في المجتمع الليبي.

■ معدل الخصوبة الكلي :

يمكن القول بأن معدل الخصوبة الكلي في المجتمع الليبي أخذ في الانخفاض، وقد طال كل السكان بالمناطق الساحلية ومناطق الدواخل وجميع المستويات التعليمية للنساء المتزوجات ويرجع السبب في هذا الانخفاض بالدرجة الأولى إلى ارتفاع الحالة التعليمية للمرأة الليبية وارتفاع معدلات مشاركتها في النشاط الاقتصادي، وارتفاع متوسط العمر عند الزواج الأول حيث تشير البيانات المتوفرة عن الفترة الأخيرة في سنة 2007 انخفاضاً يصل إلى 2.6 مولود عند المرأة الأمية و 2.7 مولود للمرأة الحاصلة على الشهادة الابتدائية و 2.2 مولود للمرأة الحاصلة على الشهادة الثانوية فما فوق وهذا الانخفاض يعزى إلى التأثير الكبير الذي مارسه ارتفاع مستوى تعليم المرأة على اتجاهات الخصوبة.

ومن الملاحظ أن معدل الخصوبة الكلية وهو متوسط عدد المواليد للمرأة الواحدة خلال فترة الإنجاب قد تراجع كثيراً في ليبيا خلال السنوات الماضية حيث بلغ حوالي 8 أطفال خلال عام 1973 مقابل 2.7 طفل خلال عام 2006 ليصل إلى 2.9 عام 2010 ويرجع هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة إلى عدد من العوامل منها رغبة الإناث في مواصلة التعليم حتى المراحل المتقدمة من التعليم وزيادة مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي، وارتفاع السن عند الزواج الأول، وعدم توفير السكن بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف المعيشة، وزيادة استخدام الأسر لوسائل تنظيم الأسرة، وغيرها من المعطيات الاجتماعية والقانونية خاصة تحديد سن الزواج الأول بعشرين سنة كما ورد في القانون رقم 10 لسنة 1984 بشأن الزواج والطلاق وآثارهما.

إن هذا الانخفاض الكبير في معدلات الخصوبة وتدهور معدلات الزيادة السكانية في ليبيا ستقود حتماً إلى الدرجة التي لا تكفي لتعويض الفاقد في السكان وتتزايد ظاهرة شيخوخة السكان وتناقص فئة صغار السن لدرجة لا تعوض الوفيات عموماً (1) الدويبي، 2009، ص5) ويشير تقرير للأمم المتحدة إلى أن ليبيا هي من بين الدول المهتدة بالتناقص السريع في عدد السكان لأن معدلات النمو لا تكفي لبلوغ خط أو معدل التعويض (2) الدويبي، 2009، ص8).

ولقد ازداد التركيز مع نهاية الألفية الثانية وبداية الألفية الثالثة على التعامل الشمولي العلمي مع المعطى الديموغرافي واهتمت المؤتمرات السنوية الدولية للسكان التي تعقد تحت رعاية صندوق الأمم المتحدة للسكان بالعوامل الديموغرافية في سياق تحقيق الرفاه

البشري وتجاوز التحديات والصعوبات وتجنب الكوارث والأزمات السكانية، ولقد وضعت الرؤى المستقبلية والخبرات العملية المعاصرة مسألة التعامل المهني مع المعطى الديموغرافي في مواجهة تحديات غير مسبوقة متجاوزة بذلك البعد الكمي إلى البعد النوعي الكيفي للسكان وفي السياسات وخارطة طريق واضحة المعالم تهدف إلى تحسين نوعية الحياة للسكان والوصول إلى تحقيق أمومة وطفولة آمنة والحد من مظاهر زواج الأقارب وبالتالي من احتمالات ولادة أطفال متخلفين ذهنياً إضافة إلى انتشار ثقافة الصحة الإنجابية والسلوك الإنجابي السوي وتوفير موارد بشرية ذات مهارات متجددة ومقدرة تنافسية عالية قادرة على تحقيق التنمية البشرية واستدامتها والاستفادة من مخرجاتها، والعمل على تخفيض معدلات الوفيات بين الأطفال والأمهات وفقاً لما جاء في أهداف التنمية للألفية الثالثة الصادر عن البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة.

■ العوامل المؤثرة في الخصوبة :

شهد المجتمع الليبي ارتفاعاً في معدلات الخصوبة خلال الفترة من 1975-1980 وقد يعكس هذا الارتفاع التحسن الملحوظ في خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والصحة الإنجابية للأمهات في فترة الحمل، وكذلك التحسن العام في الحالة الصحية والغذائية.

إلا أن معدل الخصوبة أخذ في الانخفاض منذ ذلك الحين خاصة في النصف الثاني من ثمانينات القرن الماضي، فقد بلغ معدل الخصوبة الكلي في ليبيا عام 1973 (8.2) مولود لكل امرأة، ثم وصل في عام 1984 إلى (8.5) مولود لكل امرأة، وفي عام 1995 إلى (3.2) مولود لكل امرأة، أما في عام 2006 إلى (2.8) مولود لكل امرأة، وفي عام 2007 إلى (2.7) مولود لكل امرأة.

ويمكن مقارنة العوامل غير المرغوبة المؤدية إلى هذا الانخفاض إلى قسمين:

● أولاً - العوامل المؤثرة في الخصوبة غير المرغوبة :

يلعب النشاط الاقتصادي دوراً أساسياً في حياة الفرد والمجتمع وقد شهد الاقتصاد الليبي خلال فترة السبعينات الكثير من التطورات التي أثرت مع مرور الوقت في موقف الأزواج من تعديل الخصوبة الفعلية باتجاه الخصوبة المرغوبة وأهم هذه العوامل هي:

1- انخفاض معدل وفيات المواليد : تعتبر وفيات الأطفال في هذه الفئة العمرية

ظاهرة لها أهميتها الكبرى في العملية الديموغرافية، فهي تعتبر مؤشر عن الحالة الاجتماعية والاقتصادية والحالة المعيشية لسكان البلد وكذلك مؤشر عن الحالة الصحية ومستوى الخدمات الصحية المقدمة وتتعلق مستويات وفيات الأطفال بشكل مباشر بمعدلات الولادات وتتحدد هذه العلاقة إلى درجة كبيرة بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها من العوامل التي تؤثر في عملية الخصوبة بشكل عام.

ويعد هذا المؤشر من أهم وأبرز العوامل المؤثرة في الخصوبة غير المرغوبة حيث يلاحظ انخفاض مؤشر معدل وفيات المواليد خلال النصف الثاني من سبعينات القرن الماضي (1970-1975) حيث انخفضت حالات الوفيات بين الأطفال من (117) حالة وفاة بين كل 1000 مولود إلى (63) حالة وفاة خلال الفترة من 1975-1980 واستمر في الهبوط حتى وصل خلال الفترة من 1990-2007 إلى (27) حالة وفاة لكل 1000 مولود حي عام 1990 ثم أخذ المؤشر في الانخفاض حتى وصل في عام 2007 إلى (17.6) حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، وهذا يعني أن ليبيا قد حققت تقدماً ملحوظاً في اتجاه تخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع، وهذا له دور كبير على معدلات الخصوبة الفعلية بحيث يصبح الأزواج قادرين على تحقيق عدد الأطفال المرغوب بعدد أقل من الولادات لأن لديهم الآن يقين أكبر بنجاة أطفالهم (1) رهيط، المجبري، 2005، ص43 .

واستمر مؤشر وفيات المواليد في الهبوط حتى بلغ على المستوى الوطني عدد (14) حالة وفاة بين كل 1000 حالة ولادة سنة 2008 حسب بيانات قطاع الصحة والبيئة (2) الصحة، 2009، ص142 .

2- انتشار التعليم والمعرفة: كان لانتشار التعليم وإتاحته لكل من هو في سن التمدرس الأثر الكبير في تحسين مستوى الثقافة العامة للأزواج حيث أصبح الأزواج أكثر علماً ومعرفة وثقافة بأنواع ووسائل وتقنيات تنظيم الأسرة والتحكم في الخصوبة ويعد هذا العامل من العوامل الهامة والمؤثرة على السلوك الإنجابي.

وهذا ما تؤكد معدلات الالتحاق المتسارعة للسكان في سن الدراسة، حيث يلاحظ انخفاض معدلات الأمية بين السكان في سن الدراسة وذلك من منتصف عقد التسعينيات من القرن الماضي. فقد أوضحت نتائج التعدادات العامة للسكان انخفاضاً كبيراً لنسبة الأمية بين السكان في فئة العمر (6-24) سنة فقد انخفضت هذه النسبة للبنين من (7.5)

(%) عام 1973 إلى (1.1 %) عام 1995 ثم وصلت في عام 2006 إلى (0.4 %). أما بين الفتيات فقد انخفضت هي الأخرى من (43.7 %) عام 1973 إلى (3.7 %) عام 1995 لتصل إلى (0.8 %) خلال عام 2006. وهذا مما يعكس درجة عالية من الإنصاف بين الجنسين. أما معدلات التحاق البنين والبنات في مرحلة التعليم الأساسي فقد تساوت بين الجنسين بنحو (97 %) لكل منهما.

أما من يحملون الشهادة الجامعية فما فوق بالنسبة للسكان الليبيين قد ارتفع بشكل كبير خلال الأربع عقود الماضية حيث ارتفع هذا العدد من 6599 نسمة عام 1973 منهم عدد (6165) ذكورا وعدد 434 إناثا ليصل إلى (314089) نسمة عام 2006 منهم (172748) ذكورا و (141341) إناثا. أي أن العدد قد زاد نحو 48 مرة عن الأول كما أن نسبة النساء من حملة الشهادة الجامعية فما فوق كانت لا تتعدى (6.58 %) من مجموع حملة الشهادة الجامعية فما فوق عام 1973 لتصل إلى (45 %) عام 2006 (1) التقرير، 2010، ص121).

من خلال هذه المؤشرات الإحصائية نستطيع القول بأن نظام التعليم في ليبيا قد حقق تقدماً باتجاه تحقيق الهدف الثاني من الأهداف التنموية للألفية الخاصة بشمولية التعليم الأساسي للذكور والإناث في سن التعليم وعلى قدم المساواة بين الجنسين قبل سنة 2015 مع تواصل السعي لإحراز نجاح مماثل باتجاه النهوض بنوعية وجودة مخرجات العملية التعليمية في ليبيا (2) المعلومات، 2015، ص10).

وهي جميعها تعد أحد مؤشرات التنمية المتوجهة نحو الإنسان، وعامل من عوامل تطوير الوعي الثقافى بين أفراد المجتمع. الأمر الذي نتج عنه ارتفاع نسبة التحاق الإناث مقارنة بنسبة التحاق الذكور في جميع مراحل التعليم خاصة العالي والمتوسط وارتفاع القيمة الاستثمارية لتعليم المرأة لدى الأسر الليبية ويظهر ذلك جلياً في ارتفاع مؤشر معدل البقاء على قيد الحياة لدى الإناث، حيث بلغ في عام 2005 (74 سنة) في دلالة بالغة على توفر معطيات الصحة والحياة ووجود ترابط هام بين الأمن المعرفى وتوفير عناية أفضل بصحة الأم والطفل وانخفاض معدلات وفيات الأطفال وتحديد العدد المرغوب من الأبناء من أجل ضمان مستقبل مشرق لأبنائها.

كما يعزز التعليم أيضا الصحة الإنجابية ويدعمها من خلال حرص المرأة المتعلمة على

رعاية ما قبل الولادة والإنجاب بإشراف طبي مؤهل منذ التفكير في الحمل وحتى الولادة.

■ ثانياً - العوامل المؤثرة في الخصوبة المرغوبة :

نظراً للتطور الملحوظ على الوضع الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع الليبي منذ مطلع سبعينيات القرن الماضي وانتشار مظاهر التحديث والتي كان لها أثر كبير وعميق على منظومة القيم الاجتماعية .

وفي إطار هذا السياق تجدر الإشارة إلى أن الأسرة الليبية قد شهدت تحولات كبرى سواء كان من حيث تحديد الاختيار للزواج والسن المناسبة للزواج الأول ونوع وحجم الأسرة ومعدل الإعالة والوظائف مسببة في حدوث نوع من التحول عن النموذج التقليدي الأبوي والأسرة الممتدة إلى النمط الحديث ويظهر ذلك في العديد من مظاهر الحياة اليومية خاصة ما يتعلق بتنظيم الأسرة استجابة للظروف الاقتصادية، ويمكن إيجاز أهم هذه العوامل في الآتي :

1- ارتفاع معدلات التحضر : كان لارتفاع معدلات التحضر في المجتمع الليبي الأثر الكبير

في تحسين نوعية الحياة وتغيير النظرة إلى الأولاد وانخفاض معدلات الخصوبة، حيث أصبح الاهتمام بالنوع أكثر من الكم، ويلاحظ من خلال البيانات الإحصائية الصادرة عن الهيئة العامة للمعلومات والتوثيق ارتفاع معدلات التحضر في المجتمع الليبي بشكل سريع ومفاجئ من نسبة (45 %) عام 1970 حتى وصل إلى (69.3 %) عام 1980 ثم بلغ في عام 2005 (87 %) وفي سنة 2006 وصل إلى (88.2 %) كذلك نلاحظ ارتفاع عدد السكان الحضر من (1.344) مليون نسمة عام 1973 إلى (4.671) مليون نسمة عام 2006 (1) المعلومات، 1973-1984-1995-2006 أي تضاعف إلى أكثر من ثلاث مرات خلال هذه الفترة، ويرجع هذا التطور السريع في معدلات التحضر إلى الأسباب الآتية:

1. اعتماد المخططات العمرانية لبعض التجمعات السكانية في المدن والمناطق المجاورة لها وبالتالي أصبحت ضمن التجمعات الحضرية.

2. ارتفاع معدل النمو السكاني الذي ساد خلال فترة التسعينات والثمانينات من القرن الماضي.

3. الهجرة من الريف إلى المدن وعلى الأخص المدن الساحلية (2) المجلس، 2010 ص58).

وكان من نتائج هذا التغيير في التوزيع المكاني وما صاحبه من تغير في طبيعة النشاط

الاقتصادي انعكاساته على معدلات الخصوبة المرغوبة، حيث لم تعد الأهمية الاقتصادية لعدد الأبناء وتنامي ظاهرة التحضر و بروز أهمية القطاع الحضري والتحول نحو اتجاه اقتصاد الصناعة والخدمات، وهذه العوامل مجتمعة من شأنها أن تقلل من معدل الخصوبة الإجمالية. وهذا ما تؤكدته نظرية التحول الديموغرافي في حيث تنظر إلى ارتفاع الخصوبة على أنه أحد العوائق التي يجب القضاء عليها من خلال التحضر لبلوغ غاية التحول.

2- تمكين المرأة ومعدلات الخصوبة : يعطي المجتمع الليبي للمرأة مكانة عالية ويتضح ذلك من خلال مجموعة من التشريعات الليبية التي تحث على مبدأ الإنصاف بين الذكور والإناث في الحقوق والواجبات حيث ضمن التشريع الليبي المساواة بين الذكور والإناث والحق في التعليم وفي مجانية التعليم الأساسي والذي يرجع لعام 1952، وحافظت جميع التعديلات التي أدخلت على قانون التعليم بعدئذ على هذا المبدأ الأمر الذي نتج عنه تطور الرصيد التعليمي لصالح الإناث وتقاربه إلى درجة التطابق مع الذكور بفضل التطبيقات التتموية المراعية للنوع وارتفاع نسبة التحاق الإناث في التعليم العالي مقارنة بالذكور إضافة إلى النمو المتزايد في مشاركة المرأة في سوق العمل نتيجة التوسع في تنمية مهارات المرأة حتى نستجيب بكفاءة عالية لمتطلبات سوق العمل المعاصر، وقد حاز قطاع الخدمة المدنية (التعليم - الصحة) على النصيب الأوفر من الإناث، وقد كان لهذا أثر واضح على قيمة الوقت عند المرأة مما رفع تكلفة إنجاب وتربية الأطفال، وهذا بدوره ينعكس سلباً على السلوك الزواجي والإنجابي خاصة لدى الإناث حيث ارتفع مؤشر السن عند الزواج الأول من سن (18.7) سنة عام 1973 إلى سن (23) سنة عام 1984، ثم بلغ (28.2) سنة في عام 1995 ووصل إلى (31.2) سنة عام 2006 أي أن عمر الإناث قد ارتفع عند الزواج الأول حوالي (12.5) سنة بين عامي 1973-2006 ومن الطبيعي أن يكون لهذا التغيير تأثيراً كبيراً على معدلات الخصوبة خاصة عندما يكون تأخر سن الزواج بين الإناث هو الأعلى وهذا بدوره يؤدي إلى ارتفاع متوسط سن الإنجاب بين الإناث من سن (27.4) سنة في عام 1973 إلى سن (33.2) سنة في عام 2006 وبذلك فإنه قد حدث تأخر في متوسط سن الإنجاب قدره (5.8) سنة (1) المعلومات، 2006. ولاشك في أن تمكين المرأة وتعزيز دورها

في المجتمع يعد عاملاً من عوامل انخفاض معدلات الخصوبة أي أن نسبة مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي في سوق العمل مرتبطة ارتباطاً عكسياً مع الخصوبة.

■ انخفاض معدلات الخصوبة :

تعد قضية انخفاض معدلات الخصوبة من القضايا ذات الأهمية القصوى في معرفة أسباب ارتفاع وانخفاض مؤشر النمو الديموغرافي في المجتمع وتدهور نسبة الزيادة في السكان إلى مستويات متدنية والتي ستقود حتماً إلى الدرجة التي لا تكفي لتعويض الفاقد في السكان وتزايد ظاهرة شيخوخة السكان وتناقص فئة صغار السن للدرجة التي لا تعوض الوفيات عموماً ويرجع السبب في انخفاض معدلات الخصوبة إلى العديد من العوامل إلا أن العامل الحاسم والمؤثر هو نسبة المتزوجين من أفراد المجتمع وكلما ارتفعت نسبة الأفراد الذين لم يسبق لهم الزواج ارتفع العمر عند الزواج الأول وهذا يؤدي إلى انخفاض عدد المواليد للمرأة أي انخفاض الخصوبة وبالتالي انخفاض معدلات النمو الطبيعي للسكان ويلاحظ انخفاض معدلات الخصوبة في المناطق الحضرية مقارنة مع المناطق الريفية، كما أن تطور الأحوال المعيشية وتحسين الحالة التعليمية والصحية وارتفاع معدلات مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي، وتأخر سن الزواج قد أدت جميعها بشكل ملحوظ إلى انخفاض كبير في معدلات المواليد.

وهكذا فإن دراسة وتشخيص أسباب انخفاض وارتفاع معدلات الخصوبة تعد من الموضوعات المهمة والضرورية لحماية الأمن والسلم الاجتماعي والديموغرافي في أي مجتمع.

■ أسباب ارتفاع معدلات الخصوبة :

يعد مؤشر ارتفاع معدلات الخصوبة من أكثر العوامل المسؤولة عن ارتفاع مؤشر النمو السكاني في العالم إلا أن استمرار المعدلات المرتفعة من الخصوبة أدت إلى استمرار مشكلة ارتفاع معدلات النمو الديموغرافي وتشير الدراسات إلى مجموعة من العوامل ينظر إليها على أنها المسؤولة عن ارتفاع معدلات الخصوبة في العديد من المجتمعات ويمكن إيجاز أهم هذه العوامل في النقاط الآتية :

1- المحافظة على التوازن الديموغرافي للمجتمع:

وفي هذه الحالة يمثل انخفاض معدلات الخصوبة أحد مصادر تهديد الأمن واستقرار

وسلامة المجتمع ذاته، ولهذا تتجه السياسات في مثل هذه المجتمعات نحو تشجيع عملية إنجاب الأطفال وتقديم المزايا والمهايا العينية والنقدية المختلفة للأسر المنجبة، كما يتم التعامل التخطيطي الاستباقي مع العوامل المؤثرة سلبيًا على الخصوبة.

2- ممارسة النشاط الاقتصادي:

يمثل العنصر البشري في المجتمعات التقليدية أهم الموارد الاقتصادية فالأطفال الصغار يمكنهم المساعدة في أداء الكثير من الأعمال للأسرة وعند وصولهم لمرحلة البلوغ فإنهم يشكلون عصب قوة العمل ويقدمون المساعدة لأبائهم "قوة منتجة" ومن هنا تصبح الأسرة الكبيرة ميزة من الناحية الاقتصادية، خاصة في المجتمعات الريفية، ويرتبط عدد الأطفال في الأسرة بالقيمة الاجتماعية والاقتصادية والدينية للطفل كلما أعطى المجتمع قيمة عالية لأنجاب الأطفال.

3- تفضيل إنجاب طفل ذكر:

للزواج وظائف متعددة تختلف باختلاف بنائه ونظمه فعندما يكون الزواج في داخل النسق القرابي أو الأسرة الممتدة كما هو الحال في المجتمعات الريفية والصحراوية يصبح الإنجاب والمحافظة على الأسرة وملكيته من الوظائف الأساسية وفي هذه الحالة يكون عدم الإنجاب وعلى الأخص إنجاب طفل ذكر سببًا قويًا وكافيًا للزواج من أخرى في محاولة لإنجاب طفل ذكر، وكلما أنجبت المرأة عدداً أكبر من الأبناء خاصة الذكور حظيت بمكانة أفضل في الأسرة .

4- التبكير في تزويج البنات:

يعد التبكير في تزويج البنات من أهم العوامل التي ترفع معدل الخصب في فئات الأعمار الفتية بين الزوجات وهذا التبكير يسهم في زيادة المواليد، إذ يؤدي التبكير بالزواج إلى إطالة العمر الإنجابي للمرأة وزيادة فترة الخصوبة ويظهر ذلك جليًا في المجتمع الليبي حيث كانت السن عند الزواج الأول بالنسبة للبنات في سنة 1973م عند سن (17 - 18) سنة وتستمر إلى سن (49) سنة وهي فترة طويلة تصل إلى (30) سنة تقريبًا وتسمح بإنجاب أكبر عدد من المواليد وهذا عامل مساعد على زيادة الخصوبة .

■ أنماط الخصوبة في المجتمع الليبي :

تعد ليبيا إلى وقت قريب من البلدان التي تتميز بمستويات خصوبة عالية، فقد كان

معدل المواليد الخام يتراوح ما بين (44.5 إلى 49.6) في الألف حتى بداية عقد التسعينات من القرن الماضي (1973-1995)، ويتراوح معدل النمو ما بين 3.0 ٪ إلى 3.58 ٪. ومنذ ذلك التاريخ، يمكن القول أن ليبيا قد خرجت من نطاق معدلات الخصوبة العالية، السائد في معظم الدول النامية، وأظهرت نمطاً متوسطاً من الخصوبة وتشير بيانات الجدول رقم (3) إلى أن 13.0 ٪ من مجموع عدد النساء المتزوجات حالياً كن حوامل وقت إجراء المسح مع ملاحظة انخفاض هذه النسبة كلما تقدم عمر المرأة وبشكل تدريجي من 26.5 ٪ في فئة السن (15-19) سنة إلى 23.3 ٪ في فئة السن (25-29) سنة، وإلى 12.6 ٪ في فئة السن (35-39) سنة، ثم إلى 5 ٪ في فئة العمر (40-44) سنة، ووصلت إلى 0.4 ٪ في فئة السن (45-49) سنة.

هذا وتوضح هذه النسب أن أعلى نسبة من النساء المتزوجات كن حوامل وقت إجراء المسح في الأعمار المبكرة التي تزداد فيها مخاطر الحمل على صحة الأم والطفل (15-19 سنة) والتي تصل فيها النسبة إلى 26.5 ٪. كما هي موضحة في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3) نسبة النساء المتزوجات الحوامل حسب فئات السن لسنة 2007

فئات السن	عدد المتزوجات	نسبة الحوامل حالياً
19-15	42	26.5
24-20	545	26.4
29-25	1842	23.3
34-30	2639	19.0
39-35	2727	12.6
44-40	2304	5.0
49-45	1822	0.4
المجموع	11920	13.0

■ المصدر: الإحصاءات الحيوية لعام 2007 م.

أما من حيث نمط الخصوبة حسب المناطق فقد أوضحت الاستقصاءات السكانية الوطنية الليبية التي أجريت بين عامي (1950-1963) وجود نمط للخصوبة والوفيات

المرتفعين، وهذا يمثل خصائص المرحلة الأولى من التحول الديموغرافي مع وجود تشابه في نمط الخصوبة في كل من المناطق الريفية والمناطق الحضرية، مع ملاحظة وجود علاقة واضحة إلى حد ما بين انخفاض معدلات الخصوبة والحياة الحضرية، مما يوحي بأن الحياة الحضرية قد تكون عاملاً من عوامل انخفاض معدلات الخصوبة.

إضافة إلى تحسن الأحوال المعيشية والتعليمية والصحية وارتفاع معدلات مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي، وتأخر السن عند الزواج الأول قد أدت جميعها بشكل ملحوظ إلى انخفاض كبير في معدلات الخصوبة في المجتمع الليبي التي تتصل مباشرة بالحالة الزوجية.

■ نتائج البحث

تبين من خلال الدراسات الميدانية التي أجريت في نطاق المجتمع الليبي ومن خلال التحليل العميق للواقع من خلال الدراسات والأبحاث والتقارير الصادرة عن الهيئة العامة للمعلومات والبنك الدولي للسكان والمسح العربي الليبي لصحة الأم والطفل جملة من النتائج يمكن حصرها فيما يلي :

1. كلما زاد تعليم المرأة قلت خصوبتها وتفضيلها لعدد محدود من الأبناء .
2. تفضيل الأسر للعدد المثالي للأبناء، الذي لا يزيد عن (3-4) أبناء .
3. وجود علاقة قوية بين الوضع الاقتصادي للأسرة وتحديد عدد الأبناء .
4. أصحاب المهن العليا يفضلون تطبيق برنامج تنظيم الأسرة وتحديد العدد المرغوب من الأبناء وهذا عكس أصحاب المهن الدنيا الذين يفضلون أكثر عدد ممكن من الأبناء .
5. يوجد نوع من ترشيد عدد الأبناء بالأسرة بمعنى التركيز على النوع وحسن الرعاية وليس على الكثرة والإهمال .
6. يمثل ارتفاع متوسط العمر عند الزواج الأول إلى ما يقارب (34) سنة وفقاً للنتائج النهائية للتعداد العام للسكان لعام 2006 عاملاً من عوامل تغيير السلوك الإنجابي الذي يؤثر سلباً على معدلات النمو الديموغرافي .

7. كلما ارتفعت درجة الفرد على ميزان التحديث اتجه نحو ممارسة تنظيم الأسرة والقبول بها .
8. الأفراد الذين يعتقدون بأن الدين يبيح استخدام وسائل تنظيم الأسرة أكثر اتجاهًا وممارسة لتنظيم الأسرة.
9. المرأة العاملة أكثر تقبلاً لأسلوب تنظيم الأسرة من المرأة غير العاملة .
10. هناك علاقة إيجابية ما بين درجة معرفة الفرد لأنواع وخصائص وسائل منع الحمل وبين اتجاهه وممارسته لتنظيم الأسرة (1) الشبي، 1995، ص319 .

التوصيات

1. مراجعة وتعديل القانون رقم (10) لسنة 1984م، بشأن الزواج والطلاق وآثارهما وإلغاء قيد السن أو تخفيضه من (20) سنة ليصل إلى (18) سنة .
2. جعل تعدد الزوجات مفتوحًا أمام الراغبين .
3. إيجاد دعم مادي للمقبلين الجدد على الزواج .
4. إعطاء حوافز متميزة للأسر الكبيرة الحجم والمحدودة الدخل لتزويج أبنائها وبناتها وإصدار تشريع بذلك .
5. إعادة النظر في قيمة علاوة العائلة والأبناء بما يستجيب لمتطلبات المعيشة والإعالة.
6. نشر الوعي الاجتماعي والديموغرافي حول أهمية تنظيم الأسرة من أجل تحسين نوعية المواليد وفقًا للمشورة والإشراف الطبي .
7. إنشاء مراكز متطورة للاستشارات الأسرية وتنظيم الأسرة .
8. تحصين الأمهات والأطفال ضد الأمراض السارية والمعدية .
9. الدفع باتجاه زيادة معدلات المواليد (النمو الديموغرافي) .
10. تكوين قاعدة بيانات داعمة لصانعي القرار ومخططي البرامج ومقدمي الخدمات في كافة المجالات المتعلقة بالصحة الإنجابية والخصوبة .

■ قائمة المراجع

1. رشوان، حسين عبد الحميد ، السكان من منظور علم الاجتماع، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث، ط 2، 2006.
2. رهيط ، المجبري ، حسين فرج ، فتحي عبدالحفيظ ، التطورات الديموغرافية والاقتصاد الليبي، مركز الدراسات والبحوث، 2005.
3. عوض، السيد حنفي ، المشكلة السكانية وتحديات الحياة، الإسكندرية، الدار الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، 1997.
4. حسن، عبد الباسط محمد ، أصول البحث الاجتماعي، القاهرة، مكتبة وهبة، الطبعة رقم 5، 1976.
5. الدويبي، عبد السلام بشير ، التحليل المرجعي والتوجيهات المستقبلية للسكان، تقرير مقدم لمجلس التخطيط الوطني، 2009.
6. إبراهيم، المختار محمد ، مراحل البحث الاجتماعي وخطواته الإجرائية، القاهرة، دار الفكر العربي، 2005.
7. الثني، محمد أحمد ، التحديث وتنظيم الأسرة في المجتمع الليبي، الاتجاه والممارسة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة طرابلس، كلية العلوم الاجتماعية التطبيقية، طرابلس، 1995.
8. الشريف، محمد محمد ، الأبعاد الاجتماعية المحددة لسن الزواج في المجتمع الليبي، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة طرابلس، 2003.
9. فياض، هاشم نعمة ، العلاقة بين الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية: دراسة حالة العراق، المركز العربي للأبحاث ودراسات السياسات، الدوحة، 2012.
10. الهيئة العامة للمعلومات، أهداف التنمية للألفية في ليبيا حتى 2015.
11. الهيئة العامة للمعلومات والتوثيق، النتائج النهائية للتعدادات السكانية، 1973-1984-2006.
12. المسح العربي الليبي لصحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي 2007.
13. مجلس التطوير الاقتصادي، التقرير الوطني الأول لحالة السكان في ليبيا، 2010.
14. قطاع الصحة والبيئة، التقرير الإحصائي السنوي، 2009.
15. شبكة المعلومات الدولية ، مفهوم الخصوبة./<http://www.arabgeographers.net/vb/threads/arab3954/>