

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة أبو القاسم سعد الله - الجزائر 02

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

تخصص: علم الاجتماع الديموغرافيا والصحة

تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية على السلوك

الإنجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة

دراسة ميدانية لعينة من الأمهات بولاية بسكرة والمسيلة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د) في علم الاجتماع الديموغرافيا والصحة

إشراف الدكتورة:

زينب فاصولي

إعداد الطالب:

محمد جمعي

أعضاء لجنة المناقشة:

- عيساني نور الدين..... أستاذ التعليم العالي..... جامعة الجزائر 2..... رئيسا.
- فاصولي زينب..... أستاذة محاضرة - أ - ..... جامعة الجزائر 2..... مشرفة ومُقررة
- سي الطيب فاطمة الزهراء..... أستاذة التعليم العالي ..... جامعة الجزائر 2..... عضوا.
- بوعزيز كريمة..... أستاذة محاضر - أ - ..... جامعة الجزائر 2..... عضوا.
- بدروني محمد..... أستاذ التعليم العالي ..... جامعة البليدة ..... عضوا.
- عمور محمد..... أستاذ محاضر - أ - ..... جامعة المدية ..... عضوا.

السنة الجامعية: 2019-2020

## شكر وتقدير

الحمد والشكر لله بداية، على منّهِ وإكرامه وتوفيقه لإتمام هذا العمل.

ثم الشكر الجزيل ووافر الاحترام والتقدير للأستاذة المحترمة فاصولي زينب على تفضلها بقبول الإشراف على هذه الرسالة، وعلى ما قدمته من نصح وإرشاد وتوجيه وتشجيع، جزاها الله عني وعن سائر الطلبة والباحثين خير الجزاء.

كما أتوجه بجزيل الشكر وعظيم الامتنان للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، على ما وفروا من وقت وبذلوا من جهد من أجل قراءة هذه الرسالة لإثرائها وتصحيح أخطائها.

ولا يفوتنا في هذا المقام أن ننحني إجلالا وإكبارا لجميع الأساتذة الأفاضل الذين تتلمذنا على أيديهم في مختلف الأطوار التعليمية، وخالص الشكر إلى أسرة كلية العلوم الاجتماعية بجامعة الجزائر 02، على حسن أدائهم وقيامهم على شؤوننا البيداغوجية والإدارية.

كما أشكر كل من ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل، وإلى كل من لم يبخل علي بنصيحته وأفكاره وتشجيعه.

جمعي محمد

## الإهداء

إلى الوالدين الكريمين.

إلى زوجتي وأبنائي الأعزاء ( إياد ولينة).

إلى إخوتي وأخواتي كل باسمه وكل الأهل والاقارب.

إلى كل أصدقائي من قريب او بعيد.

إلى كل طالب علم.

# الفهرس

الصفحة

العنوان

أ.....مقدمة

## الباب الأول: الإطار النظري

### الفصل الأول: الإطار المنهجي للبحث

- أولاً: الإشكالية.....3
- ثانياً: الفرضيات.....7
- ثالثاً: تحديد المفاهيم والمصطلحات.....8
- رابعاً: أهداف وأسباب اختيار البحث.....11
- خامساً: المنهجية والتقنيات المتبعة في البحث.....13
- 1- منهج البحث.....13
- 2- تقنيات البحث.....14
- 3- تقنيات تحليل البيانات.....16
- 4- مجالات البحث.....16
- 5- صعوبات البحث.....19
- سادساً: الدراسات السابقة.....20

### الفصل الثاني: الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

- تمهيد.....37
- المبحث الأول: أهم الامراض المنتشرة في المجتمعات وعوامل ظهورها.....38
- أولاً: أهم امراض المزمنة المنتشرة والوفيات الناجمة عنها.....40
- 1-مرض السكري.....40
- 2-الضغط الدموي.....47
- 3-مرض الربو.....50
- 4-مرض القلب.....52
- 5-أمراض الكلى.....53

54.....	6-السرطان
58.....	ثانيا: العوامل المرتبطة بظهور الامراض المزمنة
59.....	1-السمنة وأثرها في انتشار الامراض المزمنة
60.....	2-الوراثة ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة
61.....	3-التغير في نمط التغذية وقلة النشاط البدني ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة
64.....	4-الضغوطات الاجتماعية
64.....	5-عوامل أخرى متفرقة تسبب الامراض المزمنة
66.....	<b>المبحث الثاني: واقع الامراض المزمنة في الجزائر</b>
66.....	أولا: الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري وعوامل ظهورها حسب التحقيقات سنة (2002 PAFAM)، (2012 MICS4)، (2006 MICS3)
66.....	1- الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري
68.....	2- العوامل السوسيو ديموغرافية وأثرها على الإصابة بالأمراض المزمنة
76.....	ثانيا: واقع الإصابة بالامراض المزمنة حاليا في الجزائر
78.....	<b>خلاصة</b>

### **الفصل الثالث: العوامل المؤثرة في السلوك الانجابي والصحة الإنجابية**

80.....	<b>تمهيد</b>
81.....	<b>المبحث الأول: السلوك الانجابي والعوامل المؤثرة فيه</b>
81.....	أولا: تطور الخصوبة في الجزائر
84.....	ثانيا: السلوك الانجابي والعوامل المؤثرة فيه
84.....	1-العوامل المباشرة
90.....	2-العوامل غير المباشرة
94.....	3-العوامل الصحية
98.....	<b>المبحث الثاني: انعكاسات الامراض المزمنة على الصحة الإنجابية والاسرة</b>
98.....	أولا: انعكاسات الامراض المزمنة على الصحة الإنجابية
98.....	1-تأثير داء السكري
103.....	2-تأثير مرض الربو

104.....	3-تأثير الضغط الدموي.....
106.....	4-تأثير مرض القلب على الحمل.....
107.....	5-تأثير السمنة.....
109.....	6-سرطان الثدي.....
110.....	ثانيا: انعكاسات الامراض المزمنة على الاسرة والمجتمعات.....
110.....	1-تأثير المرض المزمن على المريض.....
110.....	2-اثار المرض المزمن على العلاقات الزوجية.....
112.....	3-تأثير الامراض المزمنة اجتماعيا على الفرد.....
112.....	4-تأثير المرض المزمن على الفرد اقتصاديا.....
113.....	5- تأثير الامراض المزمنة على المجتمعات.....
114.....	خلاصة.....

## **الفصل الرابع: متطلبات الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة.**

116.....	تمهيد.....
117.....	المبحث الأول: الرعاية اثناء الحمل وأهميتها للنساء المصابين بأمراض المزمنة.....
117.....	أولا: أهمية الرعاية الصحية اثناء الحمل والانجاب.....
117.....	1- التغيرات الطبيعية والمشاكل التي تحدث اثناء الحمل.....
119.....	2- مضاعفات الحمل والامراض المرتبطة بالإنجاب.....
122.....	3- الرعاية اثناء الحمل واهميتها.....
130.....	ثانيا: موقف الشريعة والقانون الجزائري في الإجهاض للنساء المصابين بأمراض مزمنة.....
130.....	1- تعريف الإجهاض.....
131.....	2- موقف الشريعة الإسلامية في الإجهاض العلاجي.....
135.....	3- موقف المشرع الجزائري في اباحة الإجهاض لدواعي طبية.....
137.....	المبحث الثاني: واقع الرعاية الصحية للنساء الحوامل في العالم ووفياتهن.....
137.....	أولا: الوضع الصحي للحوامل والوفيات الناجمة عنها.....
138.....	1- وفيات الأمهات في العالم.....

141.....	2- واقع خدمات الرعاية الصحية اثناء الحمل في العالم.....
143 .....	ثانيا: صحة الامهات في الجزائر ومجهودات الدولة في خفض وفياتهن.....
151.....	خلاصة.....

## الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة

152.....	الفصل الأول: خصائص العينة.....
169.....	الفصل الثاني: تحليل الفرضية الأولى.....
204.....	الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية.....
239.....	الفصل الرابع: تحليل الفرضية الثالثة.....
262.....	الخاتمة.....
268.....	قائمة المراجع.....

الملاحق

## فهرس جداول الإطار النظري

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يبين نسبة الوفيات في العالم بسبب الأمراض المزمنة لسنة 2010	39
02	يوضح الأشخاص المصابين بمرض السكري لفئة (20-79 سنة) في العالم	44
03	يبين معدل الإصابة بالداء السكري وعدد المصابين في العالم	45
04	يمثل العشرة الدول الأوائل بعدد المصابين في العالم بداء السكري لسنة 2017	46
05	يبين عدد الوفيات حسب العمر لكل 100000 ساكن عند البالغين أكثر من 20 سنة.	47
06	يوضح تقديرات خطر الإصابة بسرطان الثدي بالنسبة للعمر عند النساء	56
07	يوضح أنواع السرطان الأكثر شيوعا للوفيات في العالم	58
08	يبين نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب التحقيقات الوطنية	67
09	يبين نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب نوع المرض حسب التحقيقات الوطنية.	67
10	حسب متغير الإقامة يبين انتشار الامراض المزمنة بين التحقيقات	68
11	يبين أنواع الإصابة بالأمراض المزمنة بين التحقيقات حسب متغير الإقامة	69
12	يبين الإصابة بالمرض المزمن حسب متغير العمر للتحقيقات السكانية	70
13	يبين الإصابة بالأمراض المزمنة حسب متغير الجنس من خلال التحقيقات	71
14	توزيع الامراض المزمنة من خلال التحقيقات حسب متغير الجنس	71
15	يبين توزيع الإصابة بالمرض حسب المستوى التعليمي لسنة 2012-2013	73
16	يبين توزيع الإصابة بالمرض المزمن حسب مؤشر الثروة لسنة 2012-2013	74
17	يبين معدل الإصابة بالسكري بالجزائر للفئة العمرية 20-79 سنة	75
18	يوضح نسبة الإصابة بالسكري في الجزائر لسنة 2016 وعوامل الخطر المرتبطة به	76
19	يوضح تطور متوسط سن الانجاب في الجزائر	81

82	تطور الخصوبة حسب فئة السن للنساء في الجزائر للفترة 1990-2018	20
83	المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر للفترة من 1990-2018	21
84	تطور معدلات الولادات في الجزائر للفترة من 1970-2018	22
85	تطور السن الأول للزواج حسب الجنس في الجزائر	23
86	معدلات الزواج ومعدلات الطلاق في الجزائر للفترة من 2000-2018	24
88	تطور استعمال وسائل تنظيم الاسرة حسب العمر في المجتمع الجزائري	25
89	معدل المواليد الاموات في الجزائر للفترة 2006-2018	26
93	تطور معدلات البطالة في الجزائر	27
124	عدد الزيارات اثناء الحمل حسب توصيات منظمة الصحة العالمية	28
138	يبين حالات الحمل في العالم النامي	29
140	يبين معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي سنة 2015 في العالم	30
145	تطور الكوادر الطبية في الجزائر منذ الاستقلال الى غاية 2010	31
146	تطور الهياكل الصحية في الجزائر منذ الاستقلال الى غاية 2010	32
146	تطور المتابعة الطبية للنساء الحوامل في الجزائر	33
147	تطور معدلات وفيات الأمهات في الجزائر من سنة 1992- 2017	34

## فهرس جداول الإطار الميداني

الصفحة	العنوان	الرقم
153	توزيع المبحوثات حسب السن الحالي و سن الزواج	01
155	توزيع المبحوثات حسب سن الإصابة بالمرض و سن الانجاب مع المرض المزمن	02
156	توزيع المبحوثات حسب مدة الحياة الزوجية قبل الإصابة بالمرض المزمن وبعده	03
157	توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال الكلي وعدد الأطفال بعد الإصابة	04
158	توزيع المبحوثات حسب عدد وفيات الأطفال قبل وبعد المرض	05
159	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي للمبحوثات وازواجهن.	06
160	توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية للنساء المبحوثات و مكان اقامتهن	07
161	توزيع المبحوثات حسب حالة العلاقة الزوجية بعد المرض	08
161	توزيع للمبحوثات حسب الدخل الشهري لأسرهن	09
162	توزيع المبحوثات حسب الحالة الصحية للنساء المبحوثات حسب نوع المرض ومضاعفاته	10
163	توزيع المبحوثات حسب مكان متابعة المرض المزمن.	11
164	توزيع المبحوثات حسب الحالة الصحية حسب استعمال وسائل منع الحمل والمدة المتوسطة بين ولادتين	12
165	توزيع المبحوثات حسب عدد مرات الكشف الطبي خلال وبعد الحمل الاخير	13
166	توزيع المبحوثات حسب الرغبة في إنجاب طفل اخر	14
170	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة ومدى تعرضها للحمل بعد المرض.	15
174	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة بعدد وفيات الأطفال قبل وبعد المرض	16
177	العلاقة بين المستوى التعليمي والحالة المهنية ودخل الاسرة بمدى تعرضهن للإجهاض	17
180	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب عدد الزيارات للنساء قبل الولادة	18

183	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب عدد الفحوصات اثناء النفاس	19
186	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة بمدى استعمال وسائل منع الحمل	20
189	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب الغرض من استعمال وسائل منع الحمل	21
192	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين	22
195	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب العدد المثالي المرغوب في انجابه	23
197	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة برغبتها في المزيد من الانجاب	24
199	العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة بالسن عند الانجاب بعد المرض	25
205	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد الحمل بعد المرض	26
207	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل الإصابة بمدى التعرض للإجهادات	27
208	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد وفيات الاطفال بعد المرض	28
210	العلاقة بين مدة الزواج قبل المرض بمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين	29
212	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض مع الرغبة في المزيد من الانجاب بعد المرض.	30
214	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد مرات الكشف الطبي اثناء الحمل	31
215	العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد مرات الكشف اثناء فترة النفاس	32
217	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى التعرض للحمل بعد الإصابة	33
218	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى التعرض للإجهاد بعد المرض	34
220	العلاقة بين عدد الأطفال الاحياء قبل الإصابة بعدد وفيات الأطفال بعد الإصابة بالمرض	35
222	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بعدد مرات الفحوصات للحمل بعد المرض	36

223	العلاقة بين عدد الأطفال قبل المرض بعدد الزيارات للطبيب بعد الولادة	37
225	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين بعد المرض	38
227	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى استعمال وسائل منع الحمل والغرض من استعمالها	39
229	العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بالرغبة في إنجاب طفل آخر	40
231	العلاقة بين عدد الاطفال قبل الاصابة بالعدد المثالي من الأطفال في نظر المبحوثات	41
232	العلاقة بين سن الانجاب بعد المرض بعدد الحمل بعد المرض	42
234	العلاقة بين السن عند الانجاب بعد المرض بعدد الاجهازات بعد المرض	43
240	تأثير العلاقة بين الزوجين على عدد الحمل بعد المرض	44
241	العلاقة بين موقف الزوج من الانجاب وعدد الحمل بعد المرض	45
243	تأثير مناقشة قرارات الانجاب بين الزوجين على الاجهاض	46
244	العلاقة الزوجية بعد المرض وعدد مرات الاجهاض	47
246	العلاقة الزوجية بعد المرض ووفيات الأطفال قبل وبعد المرض	48
247	العلاقة الزوجية مع عدد مرات الكشف اثناء الحمل	49
248	العلاقة بين مرافقة الزوج لزوجته لدى الطبيب وعدد الزيارات قبل الولادة	50
250	العلاقة بين مرافقة الزوج لزوجته لدى الطبيب وعدد الزيارات بعد الولادة	51
251	علاقة موقف الزوج من الانجاب ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين	52
253	تأثير مناقشة الانجاب بين الزوجين ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين	53
254	العلاقة بين مناقشة الانجاب بين الزوجين وعدد الزيارات الطبية بعد الولادة	54
255	علاقة موقف الزوج من الانجاب وعدد الزيارات الطبية في فترة النفاس	55
256	العلاقة بين موقف الزوج من الانجاب واستعمال وسائل منع الحمل والهدف منها	56
257	علاقة اعتناء الزوج بالزوجة بعد المرض والزيارات الطبية في فترة النفاس	57

## فهرس الاشكال البيانية للإطار النظري

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
148	شكل بياني رقم (01) يوضح تطور معدلات الوفيات في الجزائر من سنة 1992-2017	01
<b>فهرس الاشكال البيانية للجانب الميداني</b>		
154	مضلع تكراري يوضح توزيع افراد العينة حسب السن الحالي	01
154	مدرج تكراري يبين توزيع المبحوثات حسب سن الزواج	02
156	مضلع تكراري يوضح السن عند الاصابة بالمرض	03
160	شكل بياني يوضح المستوى التعليمي للمبحوثات	04
160	شكل بياني يوضح المستوى التعليمي للأزواج	05
163	دائرة نسبية توضح نوع الاصابة بالمرض المزمن للمبحوثات	06
164	دائرة نسبية توضح مكان متابعة المبحوثات للمرض المزمن	07
166	يوضح الرغبة في إنجاب طفل اخر	08

---

# مقدمة

---

## مقدمة:

يعتبر الزواج والإنجاب حدثين هامين في حياة الإنسان إذ يؤديا إلى الحفاظ على النوع البشري واستمراره، لذا شجع الإسلام عليهما، حيث قال الله تعالى في محكم تنزيله "ولقد أرسلنا رسلا من قبلك وجعلنا لهم أزواجا وذرية" سورة الرعد الآية 38، و لقوله صلى الله عليه وسلم "يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، فإنه اغض للبصر وأحصن للفرج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم، فإنه له وجاء"<sup>1</sup>.

ومع أن الإنجاب وظيفه فطرية اوجدها الله تعالى في كل الكائنات الحية، إلا أنه أعطا للإنسان نوع من القدرة في التحكم في هذه الوظيفة البيولوجية للحفاظ على النوع البشري والتكاثر الذي يحث عليه الدين الإسلامي بما يتلاءم مع ظروفه الاجتماعية والصحية، فالإنجاب مرغوب فيه ويتحقق بعد الزواج و في إطار منظم يحفظ صحة الأم والطفل و هذا ما يزيد من توطيد العلاقة الزوجية.

ولا يزال الإنجاب العنصر الأهم في المحافظة على استمرار الأسرة واستقرارها، خاصة المجتمعات المتسمة بالبساطة، التي ترتبط فيها مكانة المرأة بعدد الأبناء الذين تتجهم ونوعيتهم من حيث الجنس والعافية دون مراعاة لخطورة الإنجاب على صحتها، ومدى قدرتها الفسيولوجية على ذلك.

ورغم ما شهده العصر الحالي من تطورات في المجالات العلمية والاجتماعية والثقافية، وما نتج عنها من تحسن في الخدمات الصحية ووفرة في وسائل العيش و الرفاهية، كان من المفترض أن تيسر أمور العيش. إلا أن الحياة أصبحت أكثر تعقيدا مما كانت عليه في الماضي، خاصة بالنسبة للمرأة التي باتت تتعرض إلى ضغوطات وأعباء إضافية، فإلى جانب ما تفرضه عليها طبيعتها البيولوجية من أمومة، وما تلزمها به التقاليد من الأشغال المنزلية، أتيج لها فرصة العمل المأجور خارج المنزل بقوة ، هذا الأخير الذي جعلها تتمتع من جهة بحرية اكبر واستقلالية في أسرتها، الأمر الذي انعكس على حجم الأسرة بانخفاض عدد الأبناء فيها، إلا انه من جهة أخرى أدى إلى صعوبة التوفيق أحيانا بين العمل والمنزل،

<sup>1</sup> - ابي عبد الله محمد بن إسماعيل البخاري، صحيح البخاري، كتاب الصوم، باب الصوم لمن خاف على نفسه، رقم

الحديث 1905، دار ابن كثير، دمشق ، بيروت، ط1، 2002، ص 459.

وتزايد المشاكل الزوجية كل هذه التغيرات التي حدثت انعكست على تفضيلات المرأة لاحتياجاتها.

وموازاة مع هذه التغيرات ارتفعت نسبة الإصابة بين النساء في مختلف الفئات العمرية بالأمراض المزمنة، حيث يصيب مرض السكري نحو 8.4% من النساء في الفئة العمرية من 20-79 سنة في العالم<sup>1</sup>، وتقدر نسبة الأشخاص فوق 25 سنة المصابين بالضغط الدموي بحوالي 40%<sup>2</sup>.

علما أن هذه الأمراض تؤثر بصورة مباشرة على مسار الحمل والإنجاب، وقد اعتبر الأطباء مشكلة سرعة انتشار الأمراض المزمنة خطرا يهدد الصحة العامة، خاصة عند النساء في سن الإنجاب، وأثناء فترة الحمل والولادة، بسبب ما ينتج عنه من مشاكل صحية للام والجنين من النزيف والإجهاض وانخفاض وزن الرضيع و تعقد المرض في فترة النفاس، وهذا ما يجعلهن ومواليدهن عرضة للوفاة المبكرة والمرض الطويل.

ووعيا من الدول بأهمية توفير الصحة الجيدة للنساء والأطفال بما في ذلك الصحة الإنجابية التي تعتبر أساسا هاما لقياس مدى تطور المجتمعات على المدى الطويل، وقياس كفاءة النظم والسياسات الصحية المطبقة فيها، استثمرت في الأبحاث والدراسات في مجال الرعاية الصحية وصحة الأمومة ما أدى إلى التحكم في معظم حالات الخطورة المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها على المستوى العالمي، كل هذه التدابير أدت إلى التراجع في مستويات وفيات الأمومة عبر العالم.

إلا أن ما يؤسف له، أن هذا الانخفاض لم يكن عام، إذ لا تزال بعض الدول النامية تشهد ارتفاعا، إذ تسجل منظمة الصحة العالمية وفاة 830 امرأة يوميا نتيجة مضاعفات الحمل والولادة، يقع 99% منها في العالم النامي، إذ ترتفع المعدلات في هذا الجزء من العالم لتتراوح بين 50 الى 900 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية بينما تنخفض بكثير في الدول المتقدمة لتتراوح بين 5 و 15 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - الاتحاد الدولي لمرضى السكري، أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري، الطبعة الثامنة، 2017، ص 9.

<sup>2</sup> - منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، يوم الصحة العالمي 2013، جنيف، سنة 2013، ص 10.

<sup>3</sup> - منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، صندوق الأمم المتحدة، مجموعة البنك الدولي، الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات في الفترة بين 1990-2015، جنيف، سنة 2015 ص 5.

ويعكس هذا التفاوت الموجود معدلات الوفيات، التفاوت في التنمية بين الدول المتقدمة والدول النامية والسياسات المتبعة في مجال الرعاية الصحية والصحة الإنجابية وتوفر الهياكل والمنشآت الصحية والكوادر المؤهلة الذي ينعكس بالإيجاب على صحة الأمهات وخفض معدلات الوفيات أثناء الحمل والولادة، خاصة عند الفئات النساء المهددات بالخطر على غرار المصابات بالأمراض المزمنة في البقع الفقيرة من هذا العالم.

ومن اجل توفير الحماية والرعاية للام والطفل اثناء الحمل والولادة وخفض معدلات الوفيات بينهم، اهتمت جل دول العالم الثالث مؤخرا تنفيذًا للاتفاقيات الدولية بتوفير الخدمات الأساسية وحثت النساء على خفض عدد الحمل التي تتعرض لها انطلاقًا من وضعها الصحي، ومراقبة حملهن وضرورة الكشف المبكر على أي مضاعفات خلال الحمل، كما تم التشديد بذلك على النساء المصابات بأمراض مزمنة، إذ توصي منظمة الصحة العالمية بأن تتجاوز عدد مرات المراقبة ثمانية خلال الحمل وأربعة بعد الإنجاب، تقاديا للمضاعفات المحتملة.

وبما أن الأمراض المزمنة واحدة من العوامل المؤثرة بشدة على السلوك الإنجابي للمرأة، بما تفرضه من رعاية صحية إضافية وسلوك إنجابي منظم. نجد العديد من الدراسات على المستوى العالمي تناولت الموضوع بهدف الوصول إلى أمومة آمنة وخفض نسبة وفيات الأمهات، ومن بينها دراسة موسومي جوجوي سنة 2013، تحت عنوان: "الامراض المزمنة اثناء الحمل والولادة بالهند" وقد عالج فيها سرعة انتشار الأمراض المزمنة التي باتت خطرا يهدد الصحة العامة خاصة النساء اثناء الحمل والولادة، وهدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الخدمات التي قدمت للأسر التي تعيش في المناطق الفقيرة ودرجة الاستجابة لتلك الخدمات الصحية.

الى جانب دراسة شارميلا تشاترجي وآخرون تحت عنوان: "انتشار الامراض المزمنة اثناء الحمل وتكلفة الرعاية الصحية والاثار المترتبة عنها " باتلاننا، جورجيا، الولايات المتحدة الامريكية"، استنادا الى احصائيات سنة 2004، هدف هذه الدراسة هو وصف انتشار المرض المزمّن اثناء الحمل والعوامل التي تساعد في تلقي الرعاية الصحية المستمرة وأهمية هذه الرعاية قبل الحمل و اثنائه في تحسين صحة الأمهات ونتائج الحمل والولادة.

وإلى جانب هذه الدراسات العالمية نجد دراسات وطنية اهتمت بالسلوك الانجابي للمرأة ومتطلباته واثرت التغييرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمرأة والاسرة عليه دون التعمق في تأثير الامراض المزمنة عليه، منها دراسة شريف آسيا تحت عنوان "واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها" ودراسة عميرة جويده بعنوان "المشروع الانجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على أزواجهن 5-10 سنوات" ودراسة كواش الزهرة "الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال".

والى جانب هذه الدراسات نجد دراسة الباحثة حسني خيرة: بعنوان السلوك الإنجابي عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع الضغط الدموي ) سنة 2011 التي هدفت من خلالها إلى الكشف عن تأثير تأخر سن الزواج وعدم إنجاب العدد والنوع المطلوب من الأبناء والمستوى المعيشي والوعي بمخاطر الحمل والولادة على الإقبال على الحمل، وبهذا فان هذه الدراسة تتوافق مع دراستنا في بعض المحاور المتعلقة بعدد الاحمال بعد المرض، والرغبة في الانجاب من عدمها، ومدى تأثير بعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية على الاقبال على الحمل.

أما ما نسعى الى الوصول اليه في دراستنا فهو معرفة درجة صحية السلوك الإنجابي المنتهج عند المرأة المصابة بالأمراض مزمنة بكل انواعها في الجزائر، خاصة في المناطق الداخلية، من خلال دراسة مراحل سير الحمل والوضع ومرحلة النفاس من خلال معالجة مدى حصولهن على الخدمات الموصي بها سواء أثناء الحمل وبعد الولادة من فحوصات إضافية ومكان إجرائها ومدى المباعدة بين الولادات التي تعتبر عنصر أساسي في حماية صحة الأمهات والرضع، وحريرتهن في اختيار توقيت الحمل من عدمه ومدى تعرضهن للمضاعفات الصحية من نزيف وإسقاط أو إجهاض أو وفيات أجنة ورضع وأطفال، ودرجة تأثير العوامل الاجتماعية والديمغرافية المحيطة بهن وطبيعة العلاقة الزوجية ومدى تأثرها بهذا المرض ودور الزوج في تشجيع زوجته المريضة لأجل ضمان حمل سليم على سير الحمل والرعاية خلاله و بعده.

كما نهدف من خلال هذه الرسالة الى تقييم واقع الخدمات الصحية المقدمة الى هذه الفئة، واهمية ضمان حصولهن على الخدمات العالية الجودة لأن هذه الفئة معرضة للخطر

أثناء الحمل والإنجاب أكثر من غيرهن ومعرضات لأمراض و أوبئة أخرى تزيد من معاناتهن أكثر مثل الجائحة الأخيرة لسنة 2020 المعروف (بكورونا covid19) التي تؤثر على أصحاب الأمراض المزمنة والحوامل بدرجة عالية.

ومن كل ما سبق نجد أن حدث الإنجاب من المواضيع الديموغرافية الهامة التي لازالت تحتاج إلى تعمق أكثر من اجل فهم العوامل المعقدة المؤثرة فيه، فرغم أن أغلب الدول تعتبر أن الإنجاب وتنظيم الأسرة حق من حقوق الأفراد التي تدخل في التمتع بحقوق الصحة الإنجابية، إلا أن العادات والتقاليد والدين والسياسات الاقتصادية والاجتماعية للدول، كانت و لا زالت تلعب الدور الأهم في هذا المجال.

وقد تم تقسيم البحث الى بابين الأول للنظري والآخر للجانب التطبيقي

**الباب الأول** يتعلق بالإطار النظري للدراسة ويتضمن أربعة فصول وهي:

- **الفصل الأول:** وتم التطرق فيه إلى الإشكالية والفرضيات المصاغة وتحديد المفاهيم ومصطلحات البحث وكذلك أهمية واهداف الدراسة وتحديد المناهج والتقنيات المتبعة ومجالاتها كما تم التطرق الى بعض الدراسات السابقة للموضوع.

- **الفصل الثاني:** تناول الأمراض المزمنة الشائعة وعوامل ظهورها في المجتمعات بصفة عامة ونسب الإصابة بها في العالم والعالم العربي، لنعطي صورة شاملة على مدى سرعة إصابة المجتمعات بها والاطلاع على ما يحدث في العالم من تهديد للصحة العامة، ثم تطرقنا إلى المسوح الإحصائية في الجزائر لسنوات 2002 و 2006 و 2013 وما تناولته في مجال الامراض المزمنة في الجزائر ونسب وعوامل الإصابة بها، بالإضافة إلى واقع الامراض حاليا في الجزائر وسرعة الإصابة في المجتمع الجزائري.

- **الفصل الثالث:** وفيه تطرقنا الى العوامل المؤثرة في السلوك الانجابي والصحة الإنجابية حيث تطرقنا الى تطور السلوك الانجابي في الجزائر والعوامل المؤثرة فيه، ثم انعكاسات الامراض المزمنة على الاسرة والمجتمعات وعلى صحة الام والطفل.

- **الفصل الرابع:** تناول هذا الفصل متطلبات الرعاية الصحية للنساء المصابين بأمراض مزمنة واهميتها اثناء الحمل والإنجاب بالإضافة إلى موقف القانون والشريعة في الإجهاض العلاجي للنساء المصابين بأمراض مزمنة، وفي الجزء الثاني للفصل تناولنا وفيات الأمهات

في العالم واهم أسبابها وفي الجزائر خاصة ومجهودات الدولة في حماية صحة الام والطفل للحد من هذه الوفيات.

**الباب الثاني:** تناولنا فيه تحليل نتائج الدراسة الميدانية وقد احتوى كذلك على أربعة فصول وهي:

- **الفصل الأول:** تناولنا فيه خصائص العينة الديموغرافية والاجتماعية والصحية في جداول بسيطة لتوضيح توزيع العينة حسب المقاييس الوصفية وإضافة بعض الرسوم البيانية.

- **الفصل الثاني:** خصص لمعالجة الفرضية الأولى التي مفادها ارتفاع المكانة الاجتماعية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة يؤثر ايجابا على سلوكها الإيجابي ، وتم ختم هذا الفصل بأهم النتائج المتحصل عليها.

**الفصل الثالث:** خصص هذا الفصل تحليل الفرضية الثانية التي مفادها " كلما تأخر سن المرأة عند أول إنجاب وقصرت المدة بين زواجها وإصابتها بالمرض وقل عدد اطفالها قبل الإصابة انتهجت سلوكا إيجابيا غير صحيا"، وتم ختم هذا الفصل بأهم النتائج المتحصل عليها.

- **الفصل الرابع:** تطرقنا فيه الى تحليل الفرضية الثالثة التي مفادها" كلما تحسنت العلاقة بين الزوجين بعد المرض انتهجت المرأة سلوكا جيدا في اتخاذ قرار الحمل والانجاب" و تم ختمه بأهم النتائج المتحصل عليها.

وفي الأخير ختمنا هذه الدراسة بخاتمة عامة للدراسة أدرجنا فيها أهم النتائج المتوصل اليها من البحث الميداني وبعض التوصيات التي رأينا أنها هامة.

---

# الباب الأول

---

---

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي للبحث

---

أولاً: الإشكالية

ثانياً: الفرضيات

ثالثاً: تحديد المفاهيم والمصطلحات

رابعاً: أهداف وأسباب اختيار الموضوع

خامساً: المنهجية والتقنيات المتبعة في البحث

1- منهج البحث

2- تقنيات البحث

3- تقنيات تحليل البيانات

4- مجالات البحث

5- صعوبات البحث

سادساً: الدراسات السابقة

## أولاً: الإشكالية

يعتبر المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 نقطة تحول في مسار المساعدة بشأن خفض معدلات الخصوبة في العالم وتحسين صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة، حيث تم الوصول إلى اتفاق في الآراء لتنظيم الأسرة وتباعد الولادات، وبمرور الوقت اتسع نطاق هذا المؤتمر ليشمل البرنامج العالمي الجديد للصحة الجنسية والإنجابية وتمكين المرأة، حيث ابتداء من سنة 2015 اعتمدت أكثر من 70% من الدول سياسات وتدابير للحد من عدد وفيات المواليد الجدد والأمهات، وتوسيع نطاق التغطية الأساسية للرعاية السابقة واللاحقة للولادة بالإضافة إلى سياسات التوسيع في توظيف القابلات الماهرات<sup>1</sup>.

وموازاة مع هذا يشهد العالم انخفاضاً ضخماً وغير مسبوق في معدلات الخصوبة، إذ تراجع مؤشرها التركيبي بين سنتي 1969 و 2019 من 4.8 مولود لكل امرأة إلى 2.5 طفل لكل امرأة، ومن المتوقع أن ينخفض إلى 2.4 طفل سنة 2030 ثم إلى 2.2 طفل سنة 2050، وتتفاوت هذه المعدلات حسب الأقاليم وحسب الدول المتطورة والنامية والأكثر تطوراً، وتبقى الدول الإفريقية المناطق التي تتمتع بخصوبة عالية إذ تصل إلى 5 أطفال لكل امرأة، لكن من المتوقع أن تتراجع بدورها إلى 3.9 طفل سنة 2030 وإلى 3.1 بحلول سنة 2050<sup>2</sup>.

وكان وراء هذه التحولات في الخصوبة التحسن في المجالات الصحية و الاجتماعية والاقتصادية للسكان. فتحسن الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأطفال، عن طريق التلقيح ضد الأمراض البوائية، كان لها الأثر الكبير في تراجع الوفيات بين الأطفال والرضع ما شجع على استعمال وسائل منع الحمل بقوة في العالم إذ ارتفعت نسبة استعمالها سنة 2019 إلى 58%، بعدما كانت لا تتعدى 24% سنة 1969، هذه الأخيرة التي أثرت بشكل مباشر على معدلات الخصوبة الكلية، كما أن ارتفاع مستويات التعليم بين النساء والتحولات في شكل العمل وطبيعته من خلال انتقاله من النمط الأسري إلى القطاع العام والخاص وتحسن

1- صندوق الأمم المتحدة للسكان، مهمة تنتظر الإنجاز، حالة سكان العالم 2019، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك 2019، ص 104.

2- الاتحاد الإفريقي، تقرير الحالة بشأن صحة الأمهات حديثي الولادة والأطفال المراهقين لسنة 2019، الدورة الثالثة للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات، اديس ابابا، إثيوبيا، يوليو 2019، ص 84.

مكانة المرأة داخل الأسرة، كل هذه التحولات أخرت سن الزواج الأول ورفعت متوسط سن الإنجاب الأول لديهن، ودفعت بالكثير من النساء الى تأجيل الحمل والإنجاب وبالتالي ظهر نمط سلوك إنجابي جديد<sup>1</sup>، كل هذه المستجدات أثرت إيجابا على صحة المرأة و إقبالها على التخطيط السليم للحمل والإنجاب.

والجزائر على غرار باقي دول العالم، أصبحت الأسر فيها اقل إنجابا مقارنة بمرحلة السبعينات والثمانينات حيث أن اغلب العائلات تفضل إنجاب اقل من 3 أطفال، فبنتبع المسار الإيجابي للمرأة نجد أن المؤشر التركيبي للخصوبة لديها انخفض من 7.4 مولود سنة 1970 إلى 4.5 سنة 1990 ثم إلى 2.4 سنة 2000 ثم شهد ارتفاعا تدريجيا طفيفا ليصل الى 3.0 سنة 2018.<sup>2</sup>

وقد سبقت هذه التحولات في مجال الخصوبة تغيرات ثقافية و اجتماعية مست المرأة بشكل خاص فنسب الأمية انخفضت كثيرا بين النساء عما كانت عليه في الماضي، ففي إحصاء 1966 قدرت ب 85.4% و تراجعت سنة 1998 الى 40.27%، ثم الى 31.6 % سنة 2006، وارتفعت نسبة التعليم بين الإناث في سن دون 15 سنة من 36% سنة 1966 إلى 91.67% سنة 2008<sup>3</sup>، كما اقتحمت المرأة في الآونة الأخيرة سوق العمل المأجور بشقيه الرسمي و غير الرسمي بقوة حيث بلغت 18.92% سنة 2016<sup>4</sup>، كل هذه المستجدات عززت من مكانتها وأهلتها للمساهمة في اتخاذ بعض القرارات سواء داخل عائلتها الكبيرة أو أسرتها الصغيرة، اذ باتت لها حرية أكبر مقارنة بالماضي، في الموافقة على زواجها و تحديد السن و الشخص المناسب لذلك، بهدف بناء اسر مستقرة، كما ساهم هذا التغير في ارتفاع نسبة استعمال وسائل منع الحمل الى اكثر من 57%<sup>5</sup>، كل هذه العوامل انعكست إيجابا على صحتهم الإنجابية.

إضافة إلى العوامل السابقة الذكر يجب التنويه إلى مجهودات الدولة في مجال تحسين الرعاية الصحية الإنجابية من خلال تبني العديد من البرامج والسياسيات الصحية كبرنامج

1- صندوق الأمم المتحدة للسكان، مهمة تنتظر الإنجاز، حالة سكان العالم 2019، مرجع سابق، ص 123.

<sup>2</sup> -Office nationale des statistique: Démographie algérienne 2018.Donne statistique، N 853, Algérie, 2018, p6.

3- Office national des statistiques, Annuaire statistique de l'Algérie: Résultats 2008-2010, n°28

<sup>4</sup>- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم 48، الجزائر، 2018، ص 18.

<sup>5</sup> - Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICS4, Algérie, 2013 p 235.

تباعد الولادات وتحسين نوعية الخدمات المقدمة للنساء في سن الإنجاب لخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع والأمهات، هذه الأخيرة التي شهدت انخفاضا واضحا، فبعدما كانت تتجاوز 117.4 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 1999 انخفضت إلى 99.5 وفاة سنة 2004 ثم إلى 73.9 حالة وفاة سنة 2011 لينخفض أكثر إلى 60.3 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2014<sup>1</sup>، مع وجود تفاوت بين مناطق الوطن حيث ترتفع في الجنوب مقارنة بشمال، ومع هذا فهي تبقى مرتفعة مقارنة بالدول المتقدمة وبعض البلدان المجاورة مثل تونس والمغرب، مما يفرض بذل المزيد من الجهود في هذا المجال. خاصة وأن التحقيقات الصحية تبين أن الأمراض المزمنة لازالت من الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في الجزائر باتت تعرف اضطرابا في الارتفاع، وهي تمس جميع الفئات العمرية بدون استثناء.

ولكن رغم هذه التغيرات الإيجابية التي نالتها المرأة سواء من الناحية الاجتماعية أو الصحية، إلا أن حدث الانجاب داخل الأسرة الجزائرية لا يزال يعتبر شرطا أساسيا لاستقرار الزواج و استمراره، لذا نجد المرأة تسعى إلى إبراز قدرتها البيولوجية على الإنجاب بعد الزواج مباشرة لإبعاد شبح العقم عنها، ثم تتعزز مكانتها داخل أسرتها بنوع الجنين الذي تتجبه و تلبية العدد المرغوب فيه، وحالته الصحية، هذا الأمر الذي قد يكون عادي بالنسبة للمرأة في وضع صحي جيد، باعتبار أن مهمة الإنجاب منوطة بها، وقد يكون مؤدي للوفاة بالنسبة لبعض النساء و في وضع صحي آخر، على غرار المصابات بأمراض مزمنة، هذه الأخيرة التي باتت تشهد ارتفاعا مطردا في الجزائر، وهي تمس جميع الفئات العمرية بدون استثناء، على غرار الضغط الدموي والسكري والأمراض القلبية، إذ ارتفعت نسبة المصابين بمرض مزمن على الأقل من 12.04% سنة 2002 إلى 14.2% سنة 2012، وقدرت نسبة المصابين في الفئة العمرية 25-49 سنة بـ 21% وهي أكثر ارتفاعا بين النساء مقارنة بالرجال، إذ تقدر بينهن بـ 17.3% مقابل 11.1% بين الرجال، ويحتل الضغط الدموي و السكري الصدارة بنسبة 5.4% و 2.89% على التوالي، كما تشهد الأمراض السرطانية

<sup>1</sup> – Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière d'Algérie / Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé , Plan National De Réduction De La Mortalité Maternelle 2015 – 2019, Alger, 2015, p12.

بدورها ارتفاعا خطيرا، و ترتفع عند الأشخاص بدون مستوى تعليمي الى 34.4% مقابل 5.3% لأصحاب التعليم العالي، و هذا ما يزيد في حجم المعضلة<sup>1</sup>.

وما يزيد في سوء وضع الامهات المصابات بأمراض مزمنة، الحمل غير المخطط، و تدني مستوى الخدمات الصحية الموفرة لهم، فتعقيدات الولادة للمصابات بمرض مزمن اكثر بحوالي 96% مقارنة بالنساء دون مرض، كما انهن اكثر تعرضا للمضاعفات الصحية كالنزيف المهلي حيث 50% منهن يتطور مرضهن و تزيد مضاعفاته و تعقيداته اكثر اثناء الحمل والولادة مثل حصول التشنجات والحمى الذي له عواقب وخيمة على صحة الام والجنين من خلال التعرض للإجهاض و وفاة الجنين داخل الرحم والولادة قبل الأوان أو وفاة الام، كما أن الأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من تشوهات خلقية أكثر بين النساء مصابات بمرض مزمن أثناء الحمل. كما بينت الدراسات أن 33.4% من الأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من انخفاض في الوزن عند الولادة هم لأمهات مصابات بأمراض مزمنة مقابل 26.4% عند النساء الأصحاء، و لعل مشكلة سرعة زيادة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة بين النساء رهنا، باتت تشكل خطرا يهدد الصحة العامة خاصة عند النساء الحوامل حيث اصبح عرضة للوفاة المبكرة المرتبطة بمرحلة الحمل و الولادة و النفاس<sup>2</sup>.

وهذا ما جعل منظمة الصحة العالمية توصي بأهمية توفير الرعاية الكافية لهذه الفئة اثناء الحمل و الوضع و النفاس، لتفادي الانعكاسات السلبية على الأم و الوليد، وتوصي برفع عدد الزيارات الطبية أثناء الحمل إلى حوالي 8 زيارات و اربعة بعد الوضع، والتوعية بأهمية الرعاية بعد الإجهاض والعمل على زيادة فرص تمكين كل الأمهات والنساء الحوامل من خدمات الرعاية الصحية والإنجابية، كما توصي النساء المصابات بأمراض مزمنة تقادي الحمل في سن صغيرة جدا او بعد سن 35 سنة، لتفادي الولادات العسرة و تعقد الامراض مزمنة و تفاقمها، وأهمية ان يتجاوز الفاصل بين ولادة و اخرى ثلاث سنوات على الأقل، والامتناع عن الحمل نهائيا اذا كان يمثل خطورة على صحتهن.

ومن خلال ما سبق جاءت هذه الدراسة التي تركز على محاولة تفسير السلوك الانجابي لدى الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر، شاملة عملية سير الحمل

<sup>1</sup> - Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Op.cit., p 235.

<sup>2</sup> Gogoi M, Unisa S. Chronic diseases during pregnancy and Birth outcome, A study based on tertiary hospital of Mumbai. WomenHealth Open J, India, 2017,p2.

## الفصل الأول الإطار المنهجي للبحث

والانجاب و مرحلة النفاس و مدى الحصول على متطلبات الرعاية الصحية لتجنب حدوث مشاكل اثناء الحمل والولادة و ما بعدها. إذ أن هناك عوامل أخرى اضافة الى الامراض المزمنة، لا تقل أهمية في التأثير على خصوبة المرأة مهما كان وضعها الصحي، مثل كالعمر عند أول زواج والإنجاب، والحالة الاجتماعية والاقتصادية وطبيعة العلاقة الزوجية التي تعيش فيها.

فالزوجة المصابة بالمرض المزمن قد تتخذ مسار إنجابي خاص بها حسب الظروف المحيطة بها، ومن هنا كان التساؤل العام للدراسة الذي يتمحور في ما يلي: ما مدى تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية على السلوك الإنجابي للمرأة المصابة بالمرض المزمن؟ والذي نسعى لمعالجته من خلال طرح الاستفهامات التالية:

- ما مدى تأثير المكانة الاجتماعية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة على مسارها الإنجابي؟
- إلى أي مدى تؤثر العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الإنجاب بعد المرض ومدة الزواج وعدد الأطفال المنجبين قبل المرض على السلوك الإنجابي للمصابات بالأمراض المزمنة؟
- إلى أي حد تؤثر طبيعة العلاقة الزوجية بعد المرض في توجيه المسار الإنجابي للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة؟

### ثانيا: الفرضيات

#### الفرضية الأولى:

- ارتفاع المكانة الاجتماعية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة يؤثر ايجابا على سلوكها الإنجابي.

#### الفرضية الثانية:

- كلما ارتفعت مدة الزواج وعدد الاطفال قبل الإصابة وانخفض السن عند الانجاب بعد المرض كلما انتهجت المرأة سلوكا انجابيا صحيا

#### الفرضية الثالثة:

- كلما تحسنت العلاقة بين الزوجين بعد المرض انتهجت المرأة سلوكا صحيا في اتخاذ قرار الحمل والانجاب.

## ثالثا: تحديد المفاهيم والمصطلحات

يتضمن هذا البحث جملة من المصطلحات والمفاهيم العلمية، لابد من تحديدها لتمييزها عن بعضها وهي كالآتي:

**1- المرض :** هناك تصنيفات عديدة للمرض وأهمها التصنيف الدولي الذي وضعته منظمة الصحة العالمية للأمراض والمشاكل الصحية المتصلة بها، وهو نظام ترتيب وتصنيف الأمراض في مجموعات، وقد اخذ هذا التعريف معيارين أساسيين الأول يعتمد على موقع المرض في الجسم والآخر مبني على طبيعة المرض ومنشئه، ونجد هذه التصنيفات في خمس مجالات واسعة النطاق وهي " الأمراض القابلة للانتقال بالعدوى والأمراض الأساسية العامة (أمراض الدم، أمراض الايض كمرض السكر، وأمراض السرطان، والاضطرابات العقلية) والأمراض التي تصيب أعضاء أو أجهزة الجسم بعينها (القلبي الوعائي، الهضمي...) الأمراض المرتبطة بالحمل والولادة والنمو، والأمراض الناشئة عن الإصابات والسموم"<sup>1</sup> ويخضع هذا التصنيف من قبل منظمة الصحة العالمية للمراجعة كل عشرة سنوات.

كما صنفت منظمة الصحة العالمية الأمراض إلى أمراض سارية وأمراض غير سارية أي أمراض معدية وأخرى غير معدية والمعروفة بالأمراض المزمنة وستقتصر دراستنا على هذا الصنف حيث أن هذه الأمراض لا تنتقل بين البشر وتدوم طويلا وتتطور ببطيء عموما على مدار فترة طويلة نسبيا، وهي تضم أربع مجموعات رئيسية: أمراض القلب والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي وداء السكري<sup>2</sup>.

ويعرف المرض بناء على التصنيفات السابقة أنه ظاهرة بيولوجية واجتماعية في وقت واحد حيث يصيب الإنسان وتجعله عاجزا عن القيام بأدواره الطبيعية في حياته اليومية، كما أن المرض يكون مستمرا ومزمن لفترة طويلة مما يسبب له مضاعفات وتدهور في صحته وقد يصل به الى حالة الوفاة، مما يستوجب العناية والسعي الجدي المبكر بهذه الأشخاص قبل تفاقم الأزمة وتظافر الجهود للجهات المعنية والمجتمع والأسرة، كما تمثل هذه الأمراض

1- رودولفو ساراتشي، علم الأوبئة، ترجمة أسامة فاروق حسن، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، القاهرة، مصر، ط1، 2015، ص26.

2- منظمة الصحة العالمية، الامراض المزمنة، موقع [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/ar/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/ar/) اطلع عليه يوم 07-11-2017 ، على الساعة 10:00.

خطرا على السلوك الإيجابي للزوجة المصابة وذلك سواء في حياتها الاسرية والزوجية أو عند اتخاذها لقرار الحمل وأثناء الولادة.

ونجد في الجزائر تصنيف لهذه الأمراض حسب درجة الإصابة بها ويأتي الضغط الدموي في المرتبة الأولى ويليهما السكري ثم الربو ثم أمراض القلب وأخيرا السرطان وأنوعه المختلفة<sup>1</sup>.

**3- الصحة الإيجابية :** جاء في تعريف الصحة الإيجابية المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994 كالتالي: "الصحة الإيجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض والاعاقة"، فمفهوم الصحة الإيجابية يشمل التمتع بالحياة الجنسية المأمونة والقدرة على الإنجاب واتخاذ قرار الإنجاب وموعده، وأساليب تنظيم الأسرة المأمونة والمرضية، اذن فيتسع نطاقها ليشمل فترة ما قبل سن الإنجاب وفترة ما بعد الإنجاب وترتبط ارتباط وثيقا بعوامل إجتماعية وثقافية وبأدوار الجنسين في الحياة وباحترام وحماية حقوق الانسان<sup>2</sup>.

**4- السلوك الانجابي:** يعرف السلوك بانه " نشاط قد يكون جسمي أو عقلي أو اجتماعي أو انفعالي يصدر من الكائن الحي نتيجة لعلاقات ديناميكية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به، وهو خاصية أولية من الكائن الحي فهو استجابة لمثيرات معينة وهو يندرج بين البساطة والتعقيد ويوجد نوعان هما السلوك الانعكاسي: وهو أبسطها حيث يحدث من ردة فعل الفرد حيث لا يحتاج الى استخدام المراكز العقلية في الجسم ومعظمه وراثي ولا ارادي وغير اجتماعي مثل ردة فعل عند التعرض للأذى، والسلوك الاجتماعي: وهو أعقد أنواع السلوك وهو يتضمن "علاقة فردية أو اجتماعية وعلاقات مع البيئة الاجتماعية، وهو يحتاج الى استخدام العقل وهو سلوك ارادي ومحدد اجتماعيا وينشأ عن طريق التنشئة البيئية"<sup>3</sup>.

كما أن الصحة والسلوك (صحة الناس وسلوك الناس) بينهما ارتباط وثيق متبادل واي تغيير في أحدهما ينعكس على الآخر<sup>4</sup>.

1 -Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Op.cit, p 233.

2- منظمة الصحة العالمية، الصحة الإيجابية، تقرير الأمانة العامة، جنيف، افريل 2004، ص ص4، 5.

3- محمد بشير الشريم، الثقافة الصحية، مطبعة السفير، عمان، الأردن، 2012، ص ص 31- 32.

4- نفس المرجع، ص 19.

ويعرف السلوك الإنجابي أنه طريقة ممارسة الإنجاب من حيث التوقيت والظروف والعمر، فالإنجاب يعتبر وظيفة طبيعية الا انه يتضمن درجة من المخاطر على الصحة، فتكون في بعض الأحيان اقل خطورة وأحيانا عالية الخطورة خاصة على الحامل أو الحمل أو الجنين او المولود<sup>1</sup>.

اذن هو فعل أو حدث صادر من طرف الزوجين باتخاذ قرار إنجاب طفل جديد أو عدم إنجابيه وهذا بتأثير عوامل عدة منها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والصحية، أي انه تدفع بالزوجين الى تبني مواقف ورغبة في الانجاب وتنظيم الاسرة.

**التعريف الاجرائي:** تم تحديد السلوك الانجابي لدى الزوجة المصابة بأمراض مزمنة في بحثنا هذا على عدد الحمل التي تعرضت لها بعد اكتشافها للمرض ونتيجة الحمل بالإضافة الى السن عند الانجاب ومتوسط المدة الفاصلة بين الحمل واستعمال وسائل منع الحمل، بالإضافة إلى مدى تعرضها إلى الاجهاضات ووفيات الأطفال التي تؤثر على الانجاب، ويتمثل أيضا في مدى اتباع الزوجة لسلوك صحي اثناء الحمل وبعده بإجراء الفحوصات اللازمة لتفادي المضاعفات والمشاكل التي تحدث غالبا قبل وبعد الولادة، كما أضفنا بعض المتغيرات التي تؤثر على السلوك الإنجابي وهي العلاقة الزوجية بعد المرض ودور الزوج الذي يساعد المرأة اجتيازها مراحل الحمل الولادة والنفاس، ومدى قدرتها على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها.

**5- المكانة الاجتماعية:** تمثل المكانة الاجتماعية في هذا البحث بالمستوى التعليمي والمهنة للزوجة ودخل الزوجين معا الذي يمثل ما يحصل عليه الزوجين من دخل ويبين مستوى المعيشي للأسرة ومدى رفاهيتها.

**6- العلاقة الزوجية:** وقد تم تقسيم هذا المفهوم الى علاقة جيدة وعلاقة سيئة.

**6-1- العلاقة الزوجية الجيدة:** وهي العلاقة التي تقوم على التوافق الجيد بين الزوجين وشعورهم بالسعادة والحب بينهما وحل المشاكل بصورة معقولة.

**6-2- العلاقة الزوجية السيئة:** وهي العلاقة التي تتجم عن نقص في اشباع حاجات أحد الزوجين وغياب السعادة الزوجية بينهما ونقص في الاهتمام فيشعر أحدهما بعدم رضا عن الآخر، وتظهر الخلافات والمشاكل الزوجية وتزداد بسبب المشكلات الاقتصادية أو الصحية

1- أحمد عبد القاهر، الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة، اليمن، دون ذكر سنة، ص 65.

أو ضغوط خارجية وبالتالي تضعف العلاقة الزوجية وقد تؤدي الى الطلاق أو رغبة في ذلك<sup>1</sup>.

**التعريف الإجرائي للعلاقة الزوجية:** ويشمل هذا المفهوم علاقة الزوجة بزوجها بعد مرضها ومدى تأثيرها خاصة فيما يخص موقف الزوج من إصابتها بالمرض المزمن، كذلك درجة التفاهم والنقاش حول عدد الأطفال المنجبين والرغبة في المزيد من الانجاب والاتفاق حول مسائل تنظيم الاسرة ومرافقة الزوج لزوجته عند الطبيب لإجراء الفحوصات الطبية والتحليل.

#### 7- العوامل الديموغرافية: وتضم المفاهيم التالية :

**7-1- مدة الزواج قبل المرض:** تعبر مدة الزواج عن الفترة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال وتسمى بمدة الاقتران، وهي تؤثر على عدد الأطفال المنجبين في فترة الخصوبة من (15-49)، فكلما طالت مدة الزواج زاد عدد الأطفال فالعلاقة طردية بينهما، ونقصد بمدة الحياة الزوجية في دراستنا هي المدة التي تقضيها الزوجة مع زوجها قبل الإصابة بالمرض المزمن.

**7-2- عدد الأطفال قبل الإصابة:** وهو عدد الأطفال المنجب من قبل المبحوثات قبل اصابتها بالمرض المزمن.

**7-3- السن عند الحمل والإنجاب بعد المرض:** وهو سن المبحوثات عند حملها وانجابها طفل بعد اصابتها بالمرض المزمن.

#### رابعاً: أهداف وأسباب اختيار الموضوع

من بين المبررات التخصص العلمي والرغبة في التوسع في إحدى المواضيع السابقة التي لم تتطرق لكافة الجوانب، أو البحث في موضوع جديد لم يدرس من قبل، وهذه الدراسة التي نقوم بها والتي تهدف الى معرفة "أثر العوامل السوسيو ديموغرافية على السلوك الإنجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة"، هو راجع لعدة عوامل منها التطورات التي شهدتها الخصوبة في الجزائر وربطها بتأثير الأمراض المزمنة فقد اقتصر أغلب الدراسات بمواضيع إما السلوك الإنجابي والخصوبة فقط أو الأمراض المزمنة كل على حدا وعدم التطرق لتأثير الأمراض المزمنة على السلوك الإنجابي وعلى تنظيم الأسرة بشكل مباشر وعلى صحة الأم والطفل.

<sup>1</sup>- قدور نوبيات ، العلاقة الزوجية المنكدة واثارها على الصحة النفسية للزوجين والابناء، مقال بمجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد الثامن، الجزائر ، جوان 2012 ، ص ص 221،220.

ومن بين أسباب اختيار الموضوع كذلك قلة الدراسات المعالجة لمشكلة الأمراض المزمنة كالضغط الدموي وداء السكري وأمراض القلب في المجتمعات العربية عامة والمجتمع الجزائري خاصة التي تؤثر في السلوك الإيجابي، فهذه الدراسة من الدراسات القليلة على حد علم الباحث التي تسعى إلى تغطية العجز الحاصل في الدراسات السابقة التي تناولت موضوع العوامل المؤثرة في السلوك الإيجابي لدى الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة، وكذلك لمعرفة جانب هام من جوانب السلوك الديموغرافي وهو الرغبات والنوايا الإيجابية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة بالإضافة إلى ذلك معرفة العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في السلوك الإيجابي لدى الزوجات المصابات بالأمراض المزمنة .

كذلك من أهمية وأهداف التي تسعى إليها هذه الدراسة:

- التطلع من خلال المسوح الثلاث الإحصائية الأخيرة لسنوات 2002، 2006، 2013 على مدى تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية على الإصابة بالأمراض المزمنة ومحاولة ربط تأثير هذه الامراض بالصحة الإيجابية.

- توصيات منظمة الصحة العالمية وبرامجها التي تهدف الى الحفاظ على الصحة الانجابية من خلال تدابير وقائية للحد من وفيات النساء خاصة مع الامراض المزمنة التي تشهد ارتفاعا ملحوظا .

-قلة الدراسات في هذا الموضوع ومحاولة توفير مرجع متخصص للباحثين الاجتماعيين في مجال الديموغرافيا والصحة

تحديد المتغيرات الأكثر أهمية في التأثير على السلوك الإيجابي.

- التعرف على مستويات النوايا والرغبات الإيجابية لدى الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة.

- تحديد مدى سرعة انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر.

- التعرف على نجاح العلاقة الزوجية للنساء المصابين بالأمراض المزمنة.

خامسا: المنهجية والتقنيات المتبعة في البحث

1- منهج البحث:

تختلف الطرق العلمية ووسائل الكشف عن الحقيقة باختلاف المواضيع المدروسة والاهداف التي يسعا اليها الباحث، لذلك يتطلب على الباحث استخدام منهج معين او عدة مناهج في نفس الدراسة وخاصة في العلوم الاجتماعية التي تتطلب معرفة أسباب الظواهر الاجتماعية وتفسيرها، والمنهج أي كان نوعه "هو الطريقة التي يسلكها الباحث انطلاقا من مجموعة من القواعد العامة في دراسته للمشكلة، للوصول الى نتيجة معينة او اكتشاف حقيقة"<sup>1</sup>، فالمنهج هو الطريقة التي يستعين بها الباحث بقواعدها واسسها المنهجية لتفسير الوقائع او معطيات الظاهرة المدروسة بمعنى أن المنهج هو الطريقة أو خطة يرسمها الباحث لحل مشكلة البحث.

يتبع الباحث في دراسته لتفسير ظاهرة معينة بتشخيص أسبابها ووصفها وصفا دقيقا أي أنه يسمح له بدراسة طرق السلوك الإنساني وتفكيره، وعليه نظرا لطبيعة موضوع هذه الدراسة التي تتطلب البحث في عمق وخبايا ظاهرة الأمراض العصرية المزمنة كما وكيفا وما هي تأثيراتها على السلوك الإيجابي للزوجة وعلى الحياة الزوجية فقد تم الاعتماد على المناهج التالية التي تتناسب مع طبيعة الدراسة والأهداف المراد الوصول إليها.

أ- المنهج الكمي:

نههدف من خلاله الى إعطاء وصفا رقميا للظاهرة المدروسة وحجمها بالإضافة الى اختبار الفرضيات من خلال حساب معاملات الارتباط المتمثلة في معامل التوافق ومعامل الكيدو لبيرسون ... وهذا بعد عملية جمع البيانات ورصدها من الدراسة الميدانية ثم تحليل النتائج الخام لفهم وتفسير الظواهر العلمية تفسيريا صحيحا.

اذن " المنهج الاحصائي يختص بالطرق العلمية لجمع وتنظيم وتلخيص وتقديم وتحليل البيانات فضلا عن استخلاص نتائج صائبة وعمل تقارير مناسبة"<sup>2</sup>، وهذا التحليل الاحصائي

1- عمار بوحوش ومحمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية 1999، الجزائر، ص 102.

2- عبد الفتاح محمد العيسوي وعبد الرحمان محمد العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الراتب الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1996-1997، ص 292.

هو الذي يعطي نتائج أوضح كحساب المتوسطات والارتباطات لفهم أكثر العوامل الأساسية التي تؤثر على الظاهرة أو الوصول الى فكرة او قانون يفسرها.

### ب- المنهج الوصفي:

استعملناه لوصف الظاهرة قيد الدراسة من الجوانب الاجتماعية والسلوكية وجمع اوصاف ومعلومات دقيقة عن الظاهرة كما هي في الواقع، ويلجأ اليه الباحث للوصف الدقيق والتعبير عن الظاهرة ومسببات حدوثها بناء على توفر معرفة سابقة من خلال بحوث استطلاعية او وصفية سبق ان أجريت عليها ومحاولة البحث عن معلومات أخرى أكثر دقة وتفصيل عنها تفيد في فهم أكثر وأفضل للظاهرة المدروسة.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه " طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية أو سكان معينين"<sup>1</sup>.

وقد استعنا بهذا المنهج بوصف خصائص العينة من مختلف النواحي الديموغرافية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، بالإضافة إلى ما صرحن به من معاناتهن من المرض ومضاعفاته والظروف المعيشية القاسية ومعاملة الزوج لهن بعد إصابتهن بالمرض.

### 2- تقنيات البحث:

تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات والتقنيات لجمع وتحليل المادة العلمية الميدانية والتي تتماشى مع هدف البحث المرجو من هذه الدراسة وهو التعرف على تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية على السلوك الإنجابي للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة.

لذلك وجب مراعاة أداة دقيقة منتظمة ومناسبة تمكنا من قياس هذا السلوك والحصول على المعلومة واكتشاف الحقيقة، وهي مرحلة هامة وأولية في مراحل البحث العلمي ومرتبطة بالهدف المقصود والمنهج المستخدم في البحث، وتعرف الأداة أنها " الوسيلة المستخدمة في جمع البيانات أو تصنيفها وجدولتها"<sup>2</sup>، وقد استخدمنا الاستمارة مع المرضى بالإضافة الى تقنية المقابلة مع بعض الأطباء، وذلك لغرض اثراء البحث.

وتعتبر الاستمارة من أنسب أدوات جمع البيانات والتي تتماشى مع المنهج الكمي والوصفي، وتعرف استمارة البحث بانها " مجموعة من الأسئلة التي توجه وتملى على الافراد

1- عمار بوحوش ومحمود الذنبيات، مرجع سابق، ص ص 138، 139.

2- علي معمر عبد المومن، البحث في العلوم الاجتماعية، دار الكتاب الوطنية، بنغازي، ليبيا، 2008، ط1، ص 202.

للإجابة عليها من قبل المقابل في موقف المواجهة الشخصية المباشرة<sup>1</sup>، كما تعرف استمارة المقابلة من طرف الباحث "موريس أنجرس" Maurice Angers " بأنها " قائمة تضم مجموعة من الأسئلة مبنية على طريقة عرض شفوي محدد من طرف الباحث، وتسجل الإجابات بصورة مباشرة في الاستمارة، الأمر الذي يتطلب مدة زمنية طويلة، والانتقال من سؤال إلى سؤال آخر يكون بتدخل الباحث<sup>2</sup>، وقد تضمنت استمارة المقابلة في بحثنا مجموعة من الأسئلة متنوعة وكانت أغلبها أسئلة مغلقة مراعاة للوضع الصحي للمبحوثات والقليل منها أسئلة مفتوحة تساعد في التحليل السوسولوجي خاصة المتعلقة بالحياة الزوجية بعد الإصابة بالمرض ومعاناة الزوجة، كما تضمنت جزء مفتوح في آخر الاستمارة مخصص لبعض الملاحظات حول المبحوثة وإعطاء وصف لحالتها الاجتماعية والصحية، وتضمنت الاستمارة 44 سؤالاً موزعة على محاور كما يلي<sup>3</sup>:

- **المحور الأول:** البيانات الشخصية والاجتماعية للمبحوثة.
  - **المحور الثاني:** أسئلة حول الاسرة وتأثر العلاقة الزوجية بعد المرض منها الذي يرتبط مباشرة بمؤشرات الفرضية ومنها لغرض التحليل وفهم حالة الزوجة مع زوجها.
  - **المحور الثالث:** أسئلة متعلقة بالحالة الصحية (نوع المرض، حالة الحمل والولادة ومضاعفاته، الإجهاض، المتابعة الصحية، وفيات الاطفال ...).
  - **المحور الرابع:** السلوك الانجابي قبل وبعد المرض، تنظيم النسل.... الخ.
- بالإضافة الى ذلك فقد أجريت المقابلة مع عدد من الأطباء المتخصصين في امراض النساء والامراض المزمنة، وكان الهدف من إجراء تقنية المقابلة معهم، هو معرفة كيفية تأثير الامراض المزمنة على الحمل والولادة والمرأة والمضاعفات التي قد تسببها هذه الأمراض المزمنة، وكيفية التعامل مع المرض والنصائح والتوجيهات التي يقدمها الطبيب لمرضاه. وقد تم الاستعانة بهذه المقابلات كتقنية ثانوية تدعم هدف الدراسة الكمية المتعلقة بتحليل المعطيات لاستمارة المقابلة السالفة الذكر.

1- علي معمر عبد المومن، مرجع سابق، ص 205.

2 - Maurice Angers, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, CASBAH, Alger, 2015, p286.

3- انظر الملحق رقم 01.

## 3- تقنيات تحليل البيانات:

تطلبت الدراسة بعد جمع المعلومات والبيانات الضرورية من الميدان استخدام مجموعة من الأدوات للقياس والتحليل، فلا يقتصر البحث فقط على التنسيق والتصنيف وإنما يجب التحليل ومعرفة النتائج وذلك من خلال مجموعة من الإجراءات المناسبة لذلك وهذا ما يتناسب مع المناهج المستخدمة في البحث الميداني ومنها المنهج الكمي، وتعتبر خطوة مهمة في البحث العلمي ولا تقل أهمية عن سابقتها وتأتي كمرحلة لإبراز وتوضيح الاستنتاجات والمتغيرات المترابطة فيما بينها، والتأكد من وجود علاقات فيما بينها ومدى قابليتها للقياس. وبعد استكمال وملء الاستمارات وتفرغها في جداول تم حساب بعض المقاييس الإحصائية وهي النسب المئوية، والتي تساعد في اخذ فكرة مبدئية وسريعة عن الظاهرة المدروسة، وحساب بعض مقاييس النزعة المركزية مثل المتوسطات الحسابية، المنوال والوسيط وبعض مقاييس التشتت، ودعمناها بالأشكال البيانية المناسبة لها، بالإضافة الى حساب مقاييس الإحصاء الاستدلالي مثل معاملات الارتباط لمعرفة وقياس حجم العلاقة بين المتغيرات ومدى تأثير المتغير المستقل على التابع والخاص بفرضيات الدراسة للتأكد من صحتها أو نفيها، بالإضافة إلى حساب معامل التوافق ومعامل الاقتران واختبار كاي مربع، وأغلب هذه العمليات تمت بالاستعانة ببرنامج spss22.

## 4- مجالات البحث:

أ- **المجال الجغرافي:** تم اجراء بحثنا الميداني بولايتي بسكرة والمسيلة بتوزيع الاستبيان داخل بعض مؤسسات مراكز حماية الامومة والطفولة في المستشفيات العمومية بالإضافة الى عيادات أطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد وأطباء المختصين في الأمراض المزمنة ببعض المناطق التابعة للولايات وهي:

## • ولاية بسكرة

- مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية سيدي خالد.
- عيادة طبية متخصصة في امراض النساء والتوليد ببلدية سيدي خالد.
- مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية أولاد جلال.
- مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية بسكرة.
- مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية الشعبية.

\* الموقع الجغرافي لولاية بسكرة تقع ولاية بسكرة في الناحية الجنوبية الشرقية للبلاد تحت سفوح كتلة جبال الاوراس التي تفصل طبيعيا بين الشمال والجنوب وتقع على بعد 400 كلم جنوب شرق العاصمة يحدها شمالا ولاية باتنة ومن الشمال الغربي ولاية المسيلة، وولاية خنشلة من الشمال الشرقي، وولاية الجلفة من الجنوب الغربي، وولاية الوادي من الجنوب الشرقي، وولاية ورقلة من الجنوب (انظر الملحق 02)، وتتكون ولاية بسكرة من 12 دائرة و33 بلدية منها 07 بلديات حضرية و26 بلدية ذات طابع ريفي كما قدر عدد سكانها سنة 2008 ب730134 نسمة ، كما أعطت تقديرات السكان الى غاية 2015/12/31 بحوالي 869215 نسمة بكثافة سكانية 40 نسمة في كلم<sup>1,2</sup>.

### • ولاية المسيلة

- مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية المسيلة.
  - مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية سيدي عيسى.
  - مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية بوسعادة.
  - مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات بين سرور.
  - مركز حماية الامومة والطفولة بالعيادة المتعددة الخدمات ببلدية المعاضيد.
  - مركز الضمان الاجتماعي للأجراء مصلحة الامراض المزمنة بالمسيلة CASNOS.
- \* الموقع الجغرافي لولاية المسيلة يعتبر موقع ولاية المسيلة وسط الشمال الجزائري بحوالي 250 كلم جنوب شرق الجزائر العاصمة، وتعتبر همزة وصل بين الشمال والجنوب وبين الشرق والغرب، تحدها ولاية برج بوعرييج شمالا، وولاية سطيف من الشمال الشرقي، ولاية البويرة من الشمال الغربي، وولاية بسكرة من الجنوب الشرقي، وولاية الجلفة من الجنوب الغربي، وولاية باتنة من الشرق وولاية المدية من الغرب (انظر الملحق 02). وتتكون ولاية المسيلة من 15 دائرة و47 بلدية منها 14 بلدية حضرية و33 بلدية ذات طابع ريفي كما قدر عدد سكانها سنة 2008 ب 990591 نسمة كما يقرب سكانها حاليا الى 1200669 نسمة بكثافة سكانية تجاوز 66 نسمة في كلم<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>- الموقع الرسمي لولاية بسكرة. <http://wilayabiskra.dz/>

<sup>2</sup>- الموقع الرسمي لولاية المسيلة. <http://wilaya-msila.dz/>

ب- **المجال الزمني:** بعد الانتهاء من أعداد إستمارة المقابلة قمنا بعرضها على مجموعة من المحكمين الأساتذة في التخصص (أنظر الملحق رقم 03) لإبداء رأيهم فيها، وبعد ارجاعها لنا قمنا ببعض التعديلات الطفيفة بناء على أبدوه من ملاحظات تخدم موضوع بحثنا. وبعدها قمنا بدراسة استطلاعية لعينة مكونة من حوالي 12 امرأة وذلك لاختبار الأداة ومدى وملاءمتها وفي اكتشاف بعض الأسئلة التي قد تكون غامضة او يصعب فهمها من طرف المبحوثات وتم ذلك في شهر سبتمبر 2018.

وبعد اجراء تعديلات طفيفة على استمارة البحث توجهنا الى تنفيذ هذا الاستبيان خلال الفترة من شهر نوفمبر 2018 الى غاية شهر مارس 2019 بوتيرة متذبذبة ومتقطعة وقد واجهتنا صعوبات تمثلت في طابع المناطق الداخلية وطابع البحث الذي يخص النساء والاسئلة الموجودة فيه حيث استعنا بأطباء نساء وممرضات لمأ هذه الاستثمارات في العيادات وموظفات بمركز الضمان الاجتماعي لغير الإجراء CSNOAS.

### ج- المجال البشري وعينة البحث:

تعتبر هذه الدراسة من المواضيع الصعبة والمعقدة لما يتطلبه دراسة السلوك الإنساني ومختلف العوامل المؤثرة فيه من صعوبة قياسه حيث يتطلب المتابعة الدقيقة للمرضى والعيش معهم ومعرفة الظروف الاجتماعية والديموغرافية التي تؤثر على السلوك الانجابي، ولصعوبة هذه الإجراءات اكتفينا بإجراء استمارة المقابلة مع فئة معينة من النساء في سن 15-49 سنة، وبما أن طبيعة الموضوع لا يمكن حصره ولا يوجد اطار للمعاينة في الجزائر لجأنا الى طريقة المعاينة الإحصائية بتحديد مجتمع البحث حيث أن طريقة المعاينة هي أحسن الأساليب لاختيار مفردات العينة وجمع البيانات في حالة المجتمع الإحصائي الكبير الحجم، والعينة هي "مجموعة الوحدات أو العناصر التي يتم استخراجها من مجتمع البحث الأصلي والتي يتم عليها الاختبار أو التحقق من فرضيات الدراسة"<sup>1</sup> ونظرا لذلك فقد اخترنا طريقة العينة غير العشوائية وهي العينة العمدية أو القصدية والتي تتناسب مع اهداف الدراسة وأغراضها المحددة سابقا، كما أن العينة القصدية يتم اللجوء اليها عندما لا يتوفر لدينا مجتمع البحث ولا يمكن اختياره بطريقة عشوائية<sup>2</sup>.

1- سعيد سبعون، الدليل المنهجي في اعداد المذكرات، دار القصة للنشر، الجزائر، 2012، ط2، ص 135.

<sup>2</sup> -Maurice Angers ,op.cit, P 276.

وقد تم ضبط مجموعة من الشروط الواجب توفرها في كل امرأة حتى تتدرج ضمن مجتمع البحث وأهدافه، وتمثلت هذه الشروط في:

- أن تكون متزوجة زواجا شرعيا ومن فئة عمرية محددة هي بين 15-49 سنة..
  - أن تكون مصابة بمرض مزمن واحد على الأقل وثبت عليهم الإصابة بالمرض اثناء اجراء التحاليل الطبية.
  - أن تكون المرأة قد تعرضت للحمل بعد اصابتها بمرض مزمن.
- وقد تمكنا من ملأ 139 استمارة بصعوبة وتم إلغاء 09 استمارات لأنها لم تكن تحتوي على الشروط التي وضعناها في البحث.

#### 5- صعوبات البحث:

لا يخلو أي بحث علمي من الصعوبات حيث قبل اعداد هذه الرسالة واجهتنا البعض منها وتم التنقل الى بعض المكتبات الوطنية والدولية للاستعانة بالكتب والمراجع التي قد تفيدنا في اعداد الاطار النظري لربط المتغيرات السوسيو ديموغرافية بالأمراض المزمنة، إلا اننا واجهنا صعوبات في الحصول على المراجع المتعلقة بالموضوع خاصة التي تربط الامراض المزمنة بالسلوك الإنجابي، فهي قد تكون شبه منعدمة إلا القليل منها، فوجدنا مواضيع ورسائل تتناول السلوك الانجابي لوحده وبعض الكتب والدراسات التي تتناول الأمراض المزمنة على حدى وتقرب الى الجانب الطبي أكثر منها الاجتماعي.

وفي إطار الزيارات والتنقلات من أجل الرسالة داخل الوطن وخارجه قمنا أولا بزيارات الى بعض المكتبات الوطنية كمكتبة جامعة الجزائر 02 ومكتبة الديوان الوطني للمطبوعات الجامعية وطبعات المعرض الدولي للكتاب لسنة 2016-2017-2018 ، بالإضافة الى تنقلنا الى وزارة الصحة والسكان بالجزائر العاصمة التي امتعت عن تقديم احصائيات عن وفيات الأمهات حسب المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية وذلك بحجة أن المعطيات سرية، مما دفعنا بجمع المعطيات من مصادرها الثانوية والقنوات الفضائية.

كما تنقلنا الى خارج الوطن وهذا لزيارة بعض المكتبات الدولية كالمكتبة الوطنية بتونس العاصمة ومكتبة علم الاجتماع والديموغرافيا بجامعة تونس بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية سنة 2017، كما تمت زيارة المركز الديموغرافي (CDC) بالقاهرة ومكتبة جامعة الإسكندرية العالمية ومكتبة جامعة القاهرة كلية الآداب وكلية الاقتصاد كما زرنا مكتبة معهد

البحوث والدراسات السكانية بالقاهرة وهذا في سنة 2018... الخ والتي استفدنا منها ببعض المراجع لإثراء الموضوع.

كل هذه الصعوبات لم تكن عائقا لنا بل كانت دافعا للاستمرار والبحث عن المعلومات للوصول الى نتائج افضل حول الموضوع.

## سادسا: الدراسات السابقة

### 1- المسوح الوطنية:

كان الهدف من إقامة هذه المسوح في الجزائر هو التعرف على مستويات الرعاية الصحية للام والطفل والشباب بتوجيه عدة أسئلة تم من خلالها تقييم الوضع الصحي، وفي دراستنا اهتمنا بثلاث مسوح الأخيرة خاصة الجزء الذي يرتبط بدراستنا المتعلق بالإنجاب والامراض المزمنة وهي:

### أ- المسح الجزائري لصحة الاسرة 2002:

تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأسرة من طرف الديوان الوطني للإحصاء وبمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهذا طبقا للاتفاق المبرم من قبل إدارة مشروع الجامعة العربية لصحة الأسرة وبدعم ومشاركة كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ، والاتحاد الدولي لتنظيم الاسرة والمنظمة الاسلامية للعلوم الطبية، ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الاوبيك للتنمية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا وقسم الإحصاء بالأمم المتحدة، ويندرج هذا المشروع ضمن المشروع العربي لصحة الأم والطفل الذي بادرت به جامعة الدول العربية، وتعد الجزائر البلد الرابع الذي شرع في انجاز مثل هذا المشروع الذي أسندت مهمة تجسيده الى الديوان الوطني للإحصائيات.

ويهدف هذا المسح الى توفير بيانات تفصيلية دقيقة على صحة الأسرة والصحة الإنجابية واتجاهات الشباب لتساعد السلطات الدولية والجزائرية لتقييم ومتابعة السياسات الصحية والاجتماعية والمقارنة بين الدول لتقييم الجهود الواجب بذلها لتعد البرامج الصحية والسكانية المناسبة، كما توفر قاعدة معلومات في مجال الصحة والسكان والظروف العامة المعيشية للسكان.

تناول هذا المسح عدة جوانب تكتسي أهمية بالغة لصحة الاسرة والجزء الذي يتعلق بدراستنا سيتم التطرق اليه بصفة خاصة وهي: الأمراض المزمنة ومجموع الأشخاص المصابين، كذلك فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والخصوبة وتنظيم الاسرة، تفضيلات الانجاب والامراض المتعلقة بالإنجاب.

وقد تم الاستناد على قاعدة السحب المتكونة من جميع الاسر التي تم حصرها اثناء التعداد العام للسكن والسكان سنة 1998، وقد شملت عينة المسح 10200 اسرة بالنسبة للعينة الرئيسية و 20400 اسرة بالنسبة للعينة الموسعة ومن اهم النتائج لهذا المسح<sup>1</sup>:

- حوالي 11.4% من عينة المسح يعانون من مرض واحد مزمن على الأقل
- بلغت الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل الأخير حوالي 81%، وأن أعلى نسبة للواتي قمن بالكشف هن الصغيرات في السن وذوات المستوى الثقافي والاجتماعي المرتفع.
- من بين النساء الحوامل اللواتي تعرضن الى مشاكل صحية حوالي 14.9% تعرضن لآلام في أعلى البطن، 14.4% تورم في الوجه والجسم، 13.8% صداع حاد و 3.2% للصفرة.

- من بين النساء اللواتي لم يقمن بالفحص خلال الحمل سبب عدم وجود مشكلات صحية بنسبة 46% ونسبة 21% بسبب عدم توفر الخدمات وتزيد في الوسط الريفي.

- بلغت الرعاية الصحية بعد الحمل حوالي 30% وكان أغلبهن من ذوات المستوى التعليمي العالي واللواتي يقطن في المناطق الحضرية.

وبلغ عدد سكان الجزائر بتاريخ أكتوبر 2002 حوالي 31033000 نسمة وتمثل نسبة الذكور 50.4% مقابل 49.6% للإناث كما بلغت نسبة النمو الطبيعي 1.53 ونسبة المواليد الخام 30.4%، واحتمال البقاء على قيد الحياة 73.4 سنة.

### ب- المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS 3 سنة 2006

قام بهذا المسح كل من الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ومجموعة من المنظمات الدولية والإقليمية، عن طريق عينة عنقودية شملت كل المستوى الوطني وقد بلغ عدد الأسر التي شملها المسح 29488 أسرة و 47612 امرأة تبلغ من

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة

الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003.

15-49 سنة و 15000 طفل أقل من 5 سنوات، وقد استعمل في هذا المسح ثلاث استمارات تمثلت في استمارة خاصة بالأسرة حول الحالة المعيشية والصحية والديموغرافية للسكان والاستمارة الثانية للنساء في سن الإنجاب، والاستمارة الثالثة خاصة بالطفل أقل من 5 سنوات ومن أهم النتائج التي تخص السلوك الإنجابي للزوجة ونسب انتشار الأمراض المزمنة كالتالي<sup>1</sup>:

اعتمد هذا المسح كذلك على قاعدة المعاينة للتعداد العام للسكن والسكان لسنة 1998 مثل مسح الأسرة لسنة 2002 وذلك لقصر المدة الزمنية الفاصلة بينهما ، كما تم تقسيم البلاد الى أربع مناطق جغرافية تمثل المناطق الصحية للوطن ، كما تم تقسيم المناطق الصحية الى 17 منطقة مع الأخذ بعين الاعتبار عدة معايير، و تمت عملية جمع البيانات لهذا المسح خلال الفترة 25 أفريل 2006 وقد مثل حجم العينة 29478 أسرة موزعة بانتظام حول 17 منطقة وهذا ما يقارب 1734 أسرة في كل منطقة، وكانت نسبة الاستجابة 98.4 % لـ 29008 أسرة ومن بين أهم النتائج.

- 61,4% من النساء في سن الإنجاب (15-49) المتزوجات يستعملن وسيلة لتنظيم الأسرة (منع الحمل) وقت إجراء المسح، كما سجلت أعلى نسبة للاستعمال في غرب البلاد بحوالي 64,9% وأدنى نسبة بجنوب البلاد بحوالي 52,5% وتعتبر الحبوب أكثر وسائل استعمالا مع تفاوت حسب مكان الإقامة 62,5% عند النساء الحضريات و 59,9% عند النساء المقيمت في الريف.

- تطرق المسح إلى الصحة العامة لجميع أفراد الأسرة المصابين بالأمراض المزمنة ونسب انتشارها وتسجيل كل أنواع الأمراض المزمنة التي يعاني منها أفراد كل الأسر ومختلف الأسباب التي أدت إليها، ونجد ارتفاع الضغط الدموي يحتل المرتبة الأولى بمعدل 4,4% وبعده داء السكري بـ 2,1% وأمراض المفاصل 1,7% والربو 1,2% وأخيرا أمراض القلب بنسبة 1,1%.

<sup>1</sup> -Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006, Rapport préliminaire.

- لقد بلغ معدل الخصوبة الكلي (المؤشر التركيبي للخصوبة 2,27) طفلا لكل امرأة، كما بلغ متوسط العمر عند الأمومة 31,02 سنة، كما بلغ أقصى حد للخصوبة حسب السن عند الفئة العمرية (30-34 سنة) مستوى 129,2%.

وقد كانت خصائص المجتمع الجزائري بالنسبة للوسط الحضري 59.5% والوسط الريفي 40.5%، أما نسبة الذكور فكانت 50.5% و49.5% للإناث.

### ج- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS4 سنة 2012-2013.

أجري هذا المسح في الجزائر خلال سنتي 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وبمساهمة وبدعم مالي وتقني من طرف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان وهو برنامج دولي واستكمال للمسوح الإحصائية السابقة في الجزائر على الصعيد الوطني، ويهدف إلى توفير وتحديث معلومات عن حالة الأطفال والنساء في الجزائر لتمكين البلدان من إحراز التقدم والاهداف الإنمائية للألفية المتفق عليها وتم الاعتماد على قاعدة بيانات للمعاينة على التعداد العام للسكان والسكان لسنة 2008.

وقد قدم هذا المسح وقيم النقص في مجال صحة السكان وتوفير قاعدة معطيات ومؤشرات واحصائيات موثوقة وتقييم العجز حسب المجال وتحديد الأولويات، وتخص حالة الاسر المعيشية والحياة الاجتماعية لهم بالإضافة الى معلومات في عدة مجالات وبالأخص المتعلقة بعض الامراض لدى الأطفال وتغذيتهم ووفياتهم، بالإضافة الى ظروف السكن والتعليم والإعاقة، كما تطرق الى خصوبة المرأة والتخطيط العائلي والرعاية السابقة للولادة وبعدها وكذلك الامراض المزمنة والتي هي محور اهتمامنا في هذه الدراسة.

وقد شملت عينة الدراسة 28000 أسرة منها النساء في سن الانجاب والأطفال الأقل من 5 سنوات وشمل المسح 184414 امرأة في سن ما بين 15-49 سنة ، وقد بلغت نسبة الاستجابة حوالي 97% .

ومن أهم النتائج التي تخص الدراسة هي<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> -Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Op.cit.

- 57% من النساء في سن الانجاب (15-49) يستعملن وسائل تنظيم الاسرة وقت اجراء المسح، وتعتبر الوسائل الحديثة اعلى نسبة في الاستعمال حيث قدرت ب 48%، وأعلى نسبة سجلت في الوسط الحضري ب 61% كما سجلت على مستوى الشرق والشمال أعلى معدلات الاستعمال، ونجد أقل نسبة في الجنوب حيث قدرت ب 49% وتختلف النسب حسب فئات الاعمار وحسب مستويات التعليم.
- بلغ معدل الخصوبة الكلي (المؤشر التركيبي للخصوبة) 2,7 طفل لكل امرأة وسجلت أعلى نسبة بالجنوب حيث قدرت ب 3,5.
- بالنسبة الى الامراض المزمنة فقد تطرق المسح للصحة العامة ونسب انتشار هذه الامراض وأهمها أمراض القلب، السكري، وتزيد نسبة الإصابة عند النساء أكثر من الرجال 17%، مقابل 11% وتزيد في الوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي وسجلت أقل نسبة بالجنوب ويحتل الضغط الدموي أعلى نسبة في الانتشار 6% والسكري 3% وبعده أمراض القلب بنسبة 1%.
- يقدر مجموع سكان الجزائر في 01 جانفي 2013 حوالي 37.9 مليون نسمة، حيث يمثل الأطفال الأقل من 5 سنوات 11% بينما الأشخاص الأكثر من 60 سنة يمثلون 8%.

## 2- الدراسات غير المنشورة:

### 1-دراسة الدكتورة عميرة جويذة:

بعنوان " المشروع الانجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على أزواجهن 5-10 سنوات"<sup>1</sup> . وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي للسنة الجامعية 2004-2005.

<sup>1</sup>- جويذة عميرة، المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على أزواجهن 5-10 سنوات، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة الجزائر، الجزائر 2004-2005.

تمت الدراسة على عينة من النساء مر على زواجهن 5-10 سنوات وفق أهداف واعية منها: لكونهن لم تمر مدة طويلة من الزمن منذ زواجهن بذلك يتذكرن آرائهن ومواقفهن اتجاه خصوبتهن قبل زواجهن.

كذلك لان هذه المدة تكن قد استغلين حياتهن الانجابية بما فيه كفاية لمعرفة سلوكياتهن الحقيقية اتجاه خصوبتهن هذا من جهة، ومن جهة أخرى المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية التي وجدت في الجزائر قبل زواجهن بقيت أثناءه.

الازمة الاقتصادية، إعادة الجدولة، اقتصاد السوق، تدهور الوضع الامني ...

وقد تمحورت التساؤلات حول هذه الاهتمامات:

هل يؤدي التغيير في الدور والمكانة الاجتماعية للمرأة الى تغيير مشروعها الإنجابي من الطبيعي الى العصري؟

ماهي محددات التفاعل الخصوبي للأزواج بعد مضي 5-10 سنوات من الزواج؟

هل لطريقة الزواج ومنطقة السكن تأثير على وجود وتطبيق مشروع الإنجاب؟

هل للوضعية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية دور في التأثير على وجود وتطبيق مشروع الإنجاب؟

حاولت الباحثة الإجابة على هذه التساؤلات من خلال اقتراح الفرضيات التالية:

**ف 1:** إن وعي واقتناع المرأة بهذا المشروع الإنجابي يكون أكثر احتمالاً لدى النساء اللواتي تزوجن زواجا عصريا.

**ف 2:** يكون تطبيق المشروع الإنجابي أكثر سهولة عندما تكون المرأة تقطن في أسرة نوية ومنطقة حضرية، وأقل سهولة لما تكون تقيم في أسرة ممتدة ومنطقة ريفية.

**ف 3:** كلما تمكنت المرأة اقتصاديا وتمتعت أسرتها الصغيرة بسعة يد إلا وازداد تمسكها بالمشروع الانجابي.

**ف 4:** إن اقتناع ووعي المرأة بهذا المشروع الإنجابي وارد أكثر كلما ارتفعت مكانتها الاجتماعية.

وقد اعتمدت الباحثة على عينة متكونة من 1259 امرأة متزوجة انجبت على الأقل طفل واحد حي خلال التحقيق وتقيم بإحدى ولايات الوطن، وقد اخذت الباحثة عينة قدرت بنسبة 0.017 من اخر تعداد لسنة 1998 من مجموع النساء المتزوجات في سن الانجاب 15-49 سنة.

- وامتدت فترة توزيع الاستبيان من 23 فيفري 2002 الى غاية 25 اوت 2002.
- وقد توصلت الباحثة الى عدة نتائج، أهمها ما يتعلق بموضوع دراستنا هو:
- كلما تزوجت المرأة في سن صغيرة زادت رغبتها في إنجاب أطفال اقل من 1-2 طفل بنسبة 55.56%، وكلما تزوجت في سن متأخر زادت رغبتها في إنجاب أطفال أكثر من 3-4 اطفال بنسبة 63.16%.
  - كلما طالت مدة الزواج ارتفعت الخصوبة الحقيقية والعكس صحيح وارتفعت عدد وفيات الأطفال، كما ان انتشار الزواج العصري في الجزائر ظهر معه نموذج عصري للخصوبة.
  - مهما اختلفت مناطق الوطن فقد تراوح العدد المرغوب في انجابه من 2-4 أطفال، كما ان اغلب النساء تستعمل وسائل منع الحمل في وقت مبكر خاصة التي تنتمي الى اسر نووية.
  - كذلك من النتائج ان الاسر أصبحت تفضل الحفاظ على مستوى معيشي معين بتخفيض الولادات وتنظيم النسل بإنجاب طفلين في الغالب مهما كان مستوى الدخل للأسرة، وكلما ارتفع الدخل زاد استعمال وسائل منع الحمل الى 96.55%.
  - تبين من خلال الدراسة انه كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية للمرأة (المستوى التعليمي والمهنة) كلما زاد اهتماما بصحتها الإنجابية وصحة أبنائها وتقليل من خصوبتها وهذا عن طريق تنظيم النسل وضرورة ذلك للحفاظ على صحتها، كما انهن يفضلن إنجاب طفلين فقط بنسبة 37.6% عكس المستويات التعليمية المنخفضة التي ترغب في 3 او 4 أطفال.
  - وجود علاقة بين السن واستعمال وسائل منع الحمل فكلما انخفض السن زاد الاستعمال والعكس صحيح.
  - كلما ارتفعت مكانة المرأة الاجتماعية كلما زاد وعيها بتنظيم نسلها والحفاظ على صحتها الإنجابية.
  - يؤدي تشجيع الزوج لزوجته على استعمال وسائل منع الحمل بتطبيق مشروع الانجاب وينجبن عدد قليل ما بين 1-2 أطفال بنسبة 65.27% ولا يرغبن في مواصلة الانجاب مستقبلا ويرغبن في مواصلة استعمال وسائل منع الحمل بنسبة 90.81%.

2-دراسة الدكتوراة اسيا شريف:

تحت عنوان "واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها"<sup>1</sup> وهي دراسة في إطار أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا تحت بجامعة الجزائر 2 للسنة الجامعية 2004-2005.

وكانت هذه الدراسة تهدف الى:

- التطلع من خلال نتائج المسح الجزائري للصحة الأسرة لعام 2002 على مدى تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية (عدد الأطفال المنجبين سابقا، المستوى التعليمي، عمل المرأة...الخ) على صحة الأم.
- محاولة إبراز علاقة العوامل السوسيو ديموغرافية بمتابعة الحمل وما بعده.
- التعرف على الدور الذي تلعبه المرأة أثناء اجتيازها مراحل الحمل والولادة والنفاس، ومدى قدرتها على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها.
- محاولة إبراز نظرة النساء إلى الأمومة من خلال تحليل نتائج دراسة الحالة.
- محاولة فهم أسباب عزوف النساء عن الإقبال على الخدمات الصحية خصوصا أثناء فترة النفاس.

وقد تمحورت الدراسة حول التساؤلات التالية:

- ما هو دور الأبعاد السوسيو ديموغرافية ومدى استخدام الخدمات الصحية أثناء مرحلة الحمل والولادة وما بعدها.
- هل يعود مدى الإقبال على الخدمات الصحية أثناء الحمل والولادة وما بعدها إلى دور المرأة الحامل ومدى قدرتها ومكانتها في أخذ القرار في مرحلة الحمل والولادة والنفاس؟ أو يعود إلى مدى وعيها وإدراكها أهمية المتابعة المنتظمة؟ أو يعود ذلك إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسرة؟ أو إلى العوامل أخرى مرتبطة كل الارتباط بمدى جودة الخدمات الصحية الإيجابية؟

وقد حاولت الباحثة الإجابة عن هذه التساؤلات من خلال اقتراح الفرضيات التالية:

- إقبال الحوامل على الخدمات الصحية غالبا ما يكون مرتبطا بسوابق توليدية أو طبية أكثر من وقائية.

<sup>1</sup>- اسيا شريف، واقع رعاية الامومة وابعادها اثناء الحمل والولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004-2005.

- تؤدي العوامل السوسيو ثقافية دورا ايجابيا في وجود علاقة طردية بين ارتفاع المستوى الصحي للأم وزيادة إدراكها ووعيها ودورها في مواجهة الحمل والولادة والنفاس، حيث أن إقبال النساء على الخدمات الصحية يكون تبعا لمستواهم التعليمي والمعيشي.
- يرتبط إقبال النساء الحوامل على الخدمات الصحية بالسن وعدد الأطفال المنجبين، حيث كلما ارتفع سن الحوامل وعدد الأطفال المنجبين كلما قل الإقبال على الخدمات الصحية أثناء الحمل وبعده.
- إقبال الحوامل على الخدمات الصحية لا يرتبط بمدى جودة الخدمات الصحية أكثر من ارتباطه بالجهل في الحاجة إلى طلب المساعدة في الوقت المحدد.
- يؤدي دعم الزوج لزوجته في متابعة مرحلة الحمل والولادة والنفاس دورا ايجابيا في ضمان أمومة بدون خطر.

ولقد اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على نوعين من البيانات:

1-بيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002.

2-دراسة حالة اعتمدت على مقابلات ميدانية فردية معمقة من شهر ماي إلى غاية شهر سبتمبر 2004، وكانت مكملة للدراسة الكمية بغرض توسيع المعرفة في مجال معاشية الأمهات لآخر حمل لهن خلال الخمس سنوات السابقة المسح، وقد تم ذلك عن طريق السرد، فقد تم تصميم دليل المقابلة وتنفيذه عن طريق المقابلة الفردية المعمقة، ولهذا فقد تمت مقابلة مجموعة من النساء في سن الحمل (15-49) قد أنجبن على الأقل مولود خلال الخمس سنوات السابقة.

ولقد خلصت الباحثة إلى عدة نتائج أهمها:

- إقبالا النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده يكون مرتبطا بسوابق توليدية أو طبية أكثر مما هي وقائية.
- إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده يتأثر كما وكيفا تبعا لمستواهن التعليمي.
- كلما ارتفع سن النساء ورتبة المولود كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس.
- يؤدي دعم الزوج لزوجته في متابعة الحمل والولادة وما بعدها دورا ايجابيا في اجتياز أمومة آمنة.

3-دراسة الباحثة حسني خيرة:

بعنوان "السلوك الإنجابي عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع الضغط الدموي)"<sup>1</sup>

وهي دراسة ميدانية لعينة من النساء المصابات بالأمراض المزمنة من مدينتي تيسمسيلت وتيارت، وقدمت الدراسة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان للسنة الجامعية 2011-2012.

وقد تمحورت هذه الدراسة حول التساؤلات التالية:

- هل الزواج في سن متأخرة يؤدي بالزوجة المصابة بالأمراض المزمنة إلى تكرار الحمل؟
  - هل البحث عن عدد ونوع معين من الأطفال يؤدي بالمرأة المصابة بالأمراض المزمنة للإقبال على الحمل لتحقيق رغبتها؟
  - هل قلة وعي الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة بالمخاطر التي قد تتعرض لها أثناء الحمل والولادة يؤثر على مدى إقبالها على الحمل؟
  - يمثل المرض المزمن عبئاً اقتصادياً على الأسرة، فهل انخفاض المستوى المعيشي للأسرة يؤدي إلى عجز الأسرة عن تغطية تكاليف إنجاب طفل آخر وبالتالي تعزف الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة على تكرار الحمل؟
- ومن بين أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي:
- أن نسبة 43,75% من المبحوثات حملن مرة واحدة بعد اكتشاف المرض المزمن مقابل 1,25% حملن أكثر من أربع مرات بعد اكتشاف المرض المزمن.
  - السيدات اللواتي لم يحملن بعد اكتشاف المرض المزمن يمثلن 67% من النساء الأميات و63,16% من اللواتي تزوجن في سن أقل من 19 سنة و77,78% من النساء اللواتي لديهن 6 أطفال فأكثر و78,57% من النساء اللواتي لديهن عدد أطفال الذكور أكثر من الإناث.
  - 33% من المبحوثات اللواتي يقدر دخل أسرهن بأقل من 15 ألف دج.

<sup>1</sup>- خيرة حسني، السلوك الإنجابي عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع الضغط الدموي)، رسالة ماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر 2، السنة الجامعية 2011-2012.

- أن أغلبية المبحوثات اللواتي لم يحملن بعد اكتشاف المرض المزمن هن سيدات تقتربن من نهاية حياتهن الإنجابية ونسبة الإخصاب لديهن ضعيفة وقد تزوجن في سن مبكرة ولم يكن بوسعهن تلقي مستوى تعليمي لائق لذلك نجد أن عدد أطفالهن كبير أكثر من 07 أطفال، أما فيما يخص نوع الأطفال فإن غالبيتهم لديهم الذكور وهو جنس مفضل في غالب الأحيان.
- 42,86% من المبحوثات اللواتي لديهن إناث فقط حملن مرة واحدة على الأقل بعد اكتشاف المرض المزمن.
- 56,15% من اللواتي لديهن مستوى جامعي حملن مرة واحدة على الأقل بعد اكتشاف المرض المزمن.
- 60% من الحالات اللواتي تكون فيها المرأة مشغلة حملت فيها المرأة مرة واحدة على الأقل بعد اكتشاف المرض المزمن.
- كلما تأخر سن الزواج عند المرأة المصابة بالأمراض المزمنة انخفض متوسط عدد أطفالها (2 طفل لكل امرأة تزوجت بعد 30 سنة) ونسبة إقبالها على الحمل 28% حيث أن هذه الفئة تكون متعلمة وتعي جيدا كيف تحافظ على حملها فتترجم كل أحوالها إلى مواليد أحياء عكس النساء ذات المستويات المنخفضة التي تزيد نسبة الحمل والإجهاض عندهن.
- كما أنه قل عدد الأطفال للمبحوثات زاد إقبالهن على الحمل حتى ينجبن عدد المرغوب من الأطفال والذي يختلف من مبحوثة إلى أخرى حسب مستوى تعليمي والوضعية المعيشية للأسرة.
- كما يلعب نوع الأطفال دورا هاما في تحديد عدد الحمل بعد اكتشاف المرض المزمن.

الدراسات الأجنبية: وهي دراسات منشورة

### 1-دراسة موسومي جوجوي:

تحت عنوان: " الامراض المزمنة اثناء الحمل والولادة بالهند <sup>1</sup>".

وهي دراسة ميدانية لعينة مكونة من 300 امرأة كانت بمستشفى بومباي بالهند من اجل الولادة، وامتدت هذه الدراسة من 20 جانفي الى 31 ماي 2013 باستخدام استبيان شبه منظم عن انتشار الأمراض المزمنة قبل وأثناء الحمل ونتائج الحمل.

وقد كان سبب هذه الدراسة التي نشرت بتاريخ 10 افريل 2017 بمجلة WOMEN'S HEALTH بالهند هي سرعة انتشار الامراض المزمنة بين النساء، التي شكلت خطرا يهدد الصحة العامة، خاصة عند النساء اثناء الحمل والولادة حيث أصبحت عرضة للوفاة المبكرة والمرض الطويل وما ينتج عنه من مشاكل صحية للام والجنين من الإجهاض وانخفاض الوزن عند الولادة وانتشار المرض في فترة النفاس ووفياتهن.

وقد وجد حوالي 151 امرأة تعاني من مرض مزمن واحد على الأقل اثناء فترة الحمل والولادة بينما الباقي لا يعانون، وقد هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى الخدمات التي قدمت للأسر الفقيرة ودرجة الاستجابة لتلك الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع الخاص لهذه الفئة الفقيرة التي تعيش في مناطق فقيرة.

كما تم دراسة تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية على الزوجة المصابة بأمراض مزمنة (مدة الزواج، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، متوسط العمر عند الزواج، تفضيلات الانجاب، السن عند الانجاب ورتبة المولود)

قد كانت حوالي 50% من العينة مصابات بأمراض مزمنة اثناء الحمل وقد مثلت هذه الامراض نسب فقر الدم 40.7% امراض الجهاز التنفسي 39% ارتفاع ضغط الدم 11% مرض السكري 9%

ومن من بين نتائج الدراسة هي:

- تتطلب النساء المصابات بالأمراض المزمنة مزيد من الفحوصات الطبية قبل الولادة أكثر من غيرهم كما انها بحاجة الى المزيد من الرعاية والخدمات الصحية.

<sup>1</sup> Gogoi M, Unisa S. Op.cit.

- وجد ان النساء ذوي المستوى التعليمي أكبر هم أكثر دراية بمرضهم واعراضه وعواقبه ولهم فحوصات طبية قبل الحمل أكثر من غيرهن، كما انهم يعالجون في المستشفيات العامة.
- الولادة قبل الأوان للنساء المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حوالي نسبة 11% ولادة مبكرة في الشهر السابع.
- الأطفال حديثي الولادة والذين يعانون من تشوهات خلقية أكثر بين النساء غير مصابين بمرض مزمن اثناء الحمل.
- فيما يخص نتيجة الولادة بمرض مزمن وجد ان معظم الأطفال حديثي الولادة يعانون من انخفاض في الوزن عند الولادة بنسبة 33.4% مقارنة ب 26.4 % عند النساء الاصحاء، بالإضافة الى الإجهاض عند المرضى ب 10% وكذلك سوء الحالة الصحية لحديثي الولادة.
- تعقيدات الولادة للمصابين بمرض مزمن أكثر من الاصحاء بحوالي 96 %.
- المضاعفات الصحية الأخرى كالنزيف المهبلي وغيرها وجدت أكثر لدى النساء المصابين بأمراض مزمنة.
- وجد ان 50% من المصابات بأمراض مزمنة يتطور مرضهن وتعقيداته ومضاعفاته أكثر اثناء الحمل والولادة مثل التشنجات والحمى .... والذي له عواقب وخيمة على الام والجنين (الإجهاض ووفاة الجنين داخل الرحم، والولادة قبل الأوان، وحتى وفاة الام).
- وجد ان صحة الام قبل الولادة لها تأثير على الولادة فالمرض المزمن اثناء الحمل وقبله يؤثر على صحة المولود الجديد، وخاصة فقر الدم الشديد والأمراض التنفسية حيث وجد ان انخفاض الوزن عند الولادة قدر ب 54.1% طفل صغير الحجم 55% الطفل المبتس 66.7%.
- ان الإصابة بمرض مزمن اثناء الحمل او قبله مثل السكري او الضغط الدموي او مقدمات الارتعاج تتفاقم أكثر من الاثار الفسيولوجية للحمل التي تؤدي الى وفيات الأمهات مثل فقر الدم وارتفاع الضغط الدموي والامراض المعدية الأخرى.

## 2-دراسة شارميلا تشاترجي وآخرون

تحت عنوان: "انتشار الأمراض المزمنة أثناء الحمل وتكلفة الرعاية الصحية والآثار المترتبة عنها " بآتلانتا، جورجيا، الولايات المتحدة الأمريكية<sup>1</sup>.

هدف هذه الدراسة هو وصف انتشار المرض المزمن أثناء الحمل والعوامل التي تساعد في تلقي الرعاية الصحية المستمرة وأهمية هذه الرعاية قبل الحمل واثرائه في تحسين صحة الأمهات ونتائج الحمل والولادة ، وقد أجريت الدراسة بتحليل استعراضى للسجلات الطبية ل6294 امرأة تتراوح اعمارها بين 15-45 سنة وقد قسمت العينة الى اربع مجموعات رئيسية حامل وغير حامل ، مع مرض مزمن او بدونه ، وقد تم تحليل الاختلافات في المتغيرات الديموغرافية والحالة الاجتماعية والاقتصادية والحصول على الرعاية الصحية قبل واثناء الحمل وتأكيدها قبل الحمل وبعده والتي تخفف من تأثير المرض المزمن على الحمل وبعده والمساهمة في صحة المرأة .

كذلك هدف الدراسة هو معرفة الرعاية الصحية المستمرة اثناء الحمل وقبله وبعده وعدد النساء التي تحصلن على هذه الخدمات والدافع الى الزيارات الروتينية للحمل وتأثير تكلفتها على النساء (متغيرات اجتماعية وديموغرافية)، فالمرض زيادة على عدم تلقي الرعاية له مضاعفات خطيرة على صحة الام والجنين.

لقد كانت العينة مصابة بمرض مزمن بنسبة تقدر 27% للنساء الحوامل و39% من النساء غير حوامل.

الطريقة والمنهج: البيانات مأخوذة من المسح السنوي للأسر المعيشية لسنة 2004 في الولايات المتحدة الأمريكية ومن الملفات الطبية MEPS والتي تحتوي على الظروف الصحية للنساء والرعاية المقدمة لهم اثناء الحمل والولادة والرسوم والتكاليف الطبية المدفوعة. تم اخذ العينة المذكورة من الاسر لمسح 2004 للنساء في سن الانجاب 15-49 سنة مع استثناء سن 19 سنة وتحديد الحمل مع المرض المزمن للعينة.

تم استخدام التصنيف الدولي للأمراض مع وجود الحمل او المرض المزمن مع اختيار فئات الأمراض المزمنة المنتشرة في المنطقة مثل الربو والسرطانات بجميع أنواعها ومرض السكري والقلب والضغط الدموي وتم انشاء أربع مجموعات للدراسة هي: الحمل مع مرض مزمن،

<sup>1</sup> - Sharmila Et Autres, Prevalence Of Chronic Illness In Pregnancy, Access To Care, And Health Care Costs Implications For Interconception Care, Women's Health, USA , 2008.

الحمل دون مرض مزمن، النساء غير حوامل مع مرض مزمن، والنساء بدون حمل وبدون مرض مزمن.

وقد تمثلت المتغيرات التابعة في النفقات التي أنفقتها الفرد على المرض والعبء الناتج عنه والمتغير المستقل في العلاج عند الطبيب الاخصائي او الطبيب العام او بدون متابعة. وقد طبقت التقنيات الإحصائية اختبارات مربع كاي والانحدار اللوجستي متعدد المراحل. من النتائج المتوصل اليها:

- ان اتباع رعاية مستمرة وزيادة الانفاق على الفحوصات الطبية اثناء الحمل تختلف باختلاف مستويات المعيشة للأسر.
- وجد انتشار الامراض النفسية بين النساء كاضطراب المزاج والقلق والاكتئاب وهو عامل للولادة المبكرة وله تأثير على الطفل وصحة الام والاسرة.
- وجد ان الرعاية الصحية الجيدة بين النساء الذين لهم تامين صحي من الدولة اعلى من النساء الذين ليس لديهم تامين صحي عام ويعتمدون على دخل خاص وهم من ذوي الدخل المنخفض مما يخلق أعباء إضافية على الاسرة.
- الانتشار الواسع للمرض المزمن بين النساء الحوامل والذي يتطلب رعاية وفحوصات أكثر من غيرهن من النساء غير المصابات.
- أهمية المتابعة الصحية قبل الولادة لذوي الامراض المزمنة وتفادي مخاطرها كانهخفاض الوزن عند الولادة وغيرها من المضاعفات على الام والجنين.
- الرعاية المستمرة والمنتظمة تخفف من تأثير المرض مستقبلا خاصة بين فترات الولادة واثناء الحمل وبعد الولادة.
- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة أكبر من غيرهن.

## التعقيب على الدراسات:

نلاحظ من خلال استعراضنا للدراسات السابقة حيث تتوافق مع اجزاء من موضوع دراستنا خاصة فيما يتعلق بصحة الام وعدد الاحمال بعد المرض واهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الاقبال على الحمل ومتابعته، بالإضافة الى تناول جزء على الامراض المزمنة ومدى الإصابة بها وتأثيرها على سير الحمل والولادة، وبالتالي ساعدتنا في اثناء موضوع بحثنا سواء من جانب الوصف او التحليل.

ونسعى في دراستنا الى معرفة درجة صحة السلوك الإنجابي المنتهج عند المرأة المصابة بالأمراض مزمنة بكل انواعها في الجزائر، خاصة في المناطق الداخلية، وربط هذه الامراض وتأثيرها على الانجاب من خلال دراسة مراحل سير الحمل و الوضع و مرحلة النفاس من خلال معالجة مدى حصولهن على الخدمات الموصي بها سواء أثناء الحمل وبعد الولادة من فحوصات إضافية ومكان إجرائها ومدى المباشرة بين الولادات التي تعتبر عنصر أساسي في حماية صحة الأمهات والرضع، وحريةهن في اختيار توقيت الحمل من عدمه ومدى تعرضهن للمضاعفات الصحية من نزيف وإسقاط أو إجهاض أو وفيات أجنة ورضع وأطفال، بالإضافة الى درجة تأثير العوامل الاجتماعية والديمغرافية المحيطة بهن كمدة الحياة الزوجية وعدد الاطفال قبل المرض، وطبيعة العلاقة الزوجية ومدى تأثرها بهذا المرض ودور الزوج في تشجيع زوجته المريضة لأجل ضمان حمل سليم على سير الحمل و الرعاية خلاله و بعده.

كما نهدف من خلال هذه الرسالة الى تقييم واقع الخدمات الصحية المقدمة الى هذه الفئة، واهمية ضمان حصولهن على الخدمات العالية الجودة لأن هذه الفئة معرضة للخطر أثناء الحمل والإنجاب أكثر من غيرهن ومعرضات لأمراض و أوبئة أخرى تزيد من معاناتهن أكثر.

---

# الفصل الثاني

## الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

---

تمهيد

المبحث الأول: أهم الأمراض المنتشرة بالمجتمعات وعوامل الإصابة بها

أولاً: أهم الأمراض المزمنة المنتشرة والوفيات الناجمة عنها

ثانياً: العوامل المرتبطة بظهور الأمراض المزمنة

المبحث الثاني: الأمراض المزمنة في الجزائر

أولاً: نسب الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري وعوامل ظهورها حسب

التحقيقات سنة (PAPFAM2002)، (MICS3 2006)، (MICS4 2012)

ثانياً: واقع الإصابة بالأمراض المزمنة حالياً في الجزائر.

خلاصة الفصل

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

### تمهيد:

لقد حدثت عدة تغيرات في نمط حياة المجتمعات منها التشيخ والنمو السكاني السريع والخمول البدني وغيرها، وأصبحت الحياة أكثر تطورا وعصرنة مما كان عليه في وقت مضى، والذي نتج عنه ظهور أمراض عصرية جديدة لم تكن مألوفة من قبل ومنها الامراض المزمنة كالسكري والضغط الدموي وأمراض القلب، والتي تعتبر ظاهرة بيولوجية واجتماعية في وقت واحد وتصيب الانسان وتجعله عاجزا عن القيام بأدواره الطبيعية في حياته اليومية، وقد يكون المرض مستمرا لفترة طويلة مما يسبب مضاعفات صحية للإنسان وقد يؤدي به الى الوفاة.

كما أن معرفة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة في أي بلد امر بالغ الأهمية وذلك لمحاولة التخفيف منها او تغيير في سلوكيات الافراد للحد من ارتفاعها وتوجيه الافراد بمسبباتها، كما ان هذه الامراض لها تأثيرات وانعكاسات سلبية على المجتمعات خاصة على صحة النساء في سن الانجاب اثناء الحمل والولادة، حيث تشكل خطورة عليها اذا لم يكن هناك متابعة صحية جيدة للحمل، حيث التخطيط الجيد والمتابعة الصحية يعتبر عامل جيد لحدوث حمل آمن للنساء المصابات بأمراض مزمنة ولا يشكل خطورة عليها، وانما يجب مراعاة ظروف المرأة وحالتها الصحية والنفسية لبدء حمل جديد واستقرار حالتها، وهي بذلك تؤثر على الانجاب وتوقيته..

وفي هذا الفصل سوف نتطرق الى أهم الامراض المزمنة في المجتمعات وعوامل المساعدة في الإصابة بها، ونسب الإصابة في الجزائر حسب التحقيقات السابقة وحاليا.

### المبحث الاول: أهم الأمراض المزمنة المنتشرة والوفيات الناجمة عنها

**مفهوم الصحة:** هناك عدة تعاريف للصحة من الجانب الطبي واغلبها تجتمع حول مفهوم الصحة باعتبارها خلو الجسم من الامراض، ويوجد تعريف سلبي للصحة هي " غياب المرض الظاهر وخلو الانسان من العجز والعلل"<sup>1</sup>، فهذا التعريف ينظر الى الصحة بغياب المرض فقط، وقد جاء في تعريف بركنز Berkins للصحة انها " حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه".

ويعتبر هذان التعريفان سلبيان وذلك باعتبارهم للصحة هو غياب المرض فقط أي ان الأشخاص الذين لم يظهر عليهم اعراض المرض ومضاعفاته عند التشخيص الطبي فهم اصحاء ولا يعانون من المرض، أما الصحة لا تتوقف عند هذه المستويات، بل يجب الوصول الى مستويات اعلى وذلك بتوفير عناية جيدة للجسم واستخدام العقل بشكل فعال، والتعبير عن العواطف والاحاسيس بشكل مؤثر وحقيقي والاهتمام بالبيئة الفيزيائية والنفسية والروحية وان يبدع وسط الافراد المحيطين به<sup>2</sup>، وهذا ما وصلت اليه منظمة الصحة العالمية بتعريفها بانها "الحالة الاجتماعية والعقلية والطبيعية الكاملة وليست غياب المرض او العلة"<sup>3</sup>، إن هذا التعريف لا يستبعد الجانب النفسي والاجتماعي الى جانب البعد الفسيولوجي للصحة، لذلك تعتبر الصحة بالمفهوم الإيجابي لا السلبي جميع الابعاد الجسمية النفسية والعقلية والاجتماعية والتكامل فيما بينهما، بالإضافة الى جانب عدم الشعور بالألم وغياب المرض تماما.

ويمكن تقديم مفهوم للصحة بناء على ما سبق هو شعور الشخص بحالة صحة جيدة والقيام بنشاطاته وادواره الاجتماعية بدون ضغوطات وبشكل طبيعي وعدم المعاناة من أي مرض مزمن كالداء السكري والضغط الدموي وامراض القلب والربو.

1- علي مكاوي، علم الاجتماع الطبي، كلية الآداب، جامعة القاهرة، دون ذكر السنة، ص 73.

2- نجلاء عاطف خليل، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، المكتبة الانجلو مصرية، مصر، سنة 2006، ص28.

3- خلف حسين علي الدليمي، جغرافيا الصحة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الثانية، 2015 ص

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

**مفهوم المرض:** يوضح "أوبري لويس Aubrey Lewis" في تحديده للمرض انه يرجع الى ثلاث مؤشرات تقليدية وهي خبرة المريض واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم والاعراض التي تتوافق مع النمط الاكلينيكي، كما يعرف المرض من الجانب الاجتماعي "مرض يعتري مجتمع باسره أو جماعة باسرها، فالأسرة يمكن أن تكون وحدة حقيقة للأمراض"، حيث أن المرض يكون له تأثير واسع على الاسرة التي فيها شخص مريض حيث تظهر الاعراض عليهم من الجانب النفسي فهو يظهر فقط في الانسان<sup>1</sup>. وهو ما إهتم به علماء البشرية جمعاء وأهم ما خلصوا اليه أن حياة الانسان تعتمد على حياتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية<sup>2</sup>، وتضم الامراض المزمنة أربع مجموعات رئيسية وهي: أمراض القلب والسرطان وأمراض الجهاز التنفسي وداء السكري.

والجدول التالي يبين نسب الوفيات الناجمة عن الامراض المزمنة في العالم لسنة 2010.

**جدول رقم (01): نسبة الوفيات بسبب الامراض المزمنة في العالم لسنة 2010<sup>3</sup>**

الامراض غير سارية	عالمي	دول نامية	دول متقدمة
امراض القلب والشرابين	29.6	25.1	43.4
الأورام الخبيثة	15.1	12.3	23.7
امراض السكري والأجهزة التناسلية والدم والغدد الصماء	5.2	5.2	5.1
امراض الجهاز التنفسي المزمنة	7.2	7.9	5
امراض الجهاز الهضمي	2.1	2.1	2.2
امراض غير سارية اخرى	1.2	1.4	0.6
تليف الكبد	1.9	2	2
الاضطرابات العصبية	2.4	1.9	4.1
اضطرابات العضلات والعظام	0.3	0.3	0.4
الاضطرابات العقلية والسلوكية	0.4	0.3	1

Source :rapport Global Burden of Disease ,Institute for Health Metrics and Evaluation2010,p7.

1- علي مكاوي، مرجع سابق، ص 78.

2- نفس المرجع، ص 74.

3- صندوق النقد الدولي، المعركة من اجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية ، العدد 51، الرقم 4، ديسمبر

2014، ص 7.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ارتفاع الوفيات عند مرضى القلب والشرابين وتليها السرطانات والاورام الخبيثة ثم الامراض التنفسية، وترتفع في الدول المتقدمة اكثر من النامية وهذا راجع الى عدة عوامل منها الشيخ وقله النشاط البدني ونقص المناعة لديهن، وهذا ما طراً مؤخراً في جائحة كورونا 19 حيث ترتفع الوفيات في البلدان المتقدمة اكثر من غيرها.

### أولاً: أهم امراض المزمنة المنتشرة والوفيات الناجمة عنها

**1- مرض السكري:** يعتبر مرض السكري من الامراض الشائعة في الوقت الحاضر وهو الأكثر سرعة واصابة في العالم النامي والمتقدم حالياً، حيث يصيب جميع الافراد الأغنياء والفقراء، صغاراً وكباراً، رجالاً ونساءً، ويعتبر داء السكري من أكثر التحديات الصحية التي تواجه العالم في القرن الواحد والعشرين حيث أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة، بالإضافة الى المضاعفات التي يخلفها على الفرد من جميع النواحي النفسية والاجتماعية وغيرها والتي تؤدي الى عجزه وتؤثر على انخفاض مستوى العمر المتوقع وزيادة تكاليف العبء الاقتصادي على الفرد والمجتمع.

**1-1- الجانب الطبي لمرض السكري :** يعتبر مرض السكري موجود منذ القدم حيث لاحظ الطبيب الاغريقي "اريتاوس Aretaeus" في أوائل عام 200 قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد، وكان يعالجهم بطرق بدائية حيث أن مريض السكري لا يعيش الا سنتين بعد ظهور المرض، وبعد مراحل متعددة عرف المرض بحقيقته واكتشفت طرق علاجه بالانسولين والاقراص المخفضة لسكر الدم، في النصف الأول من القرن العشرين<sup>1</sup>، وقد اكتشف الانسولين بعد عدة تجارب على الحيوانات عام 1921 حيث أكد انخفاض مستوى الجلوكوز في الدم نتيجة تعاطي جرعة من الانسولين، كما اكتشف العالم "باتينج Bating" وزملائه من جامعة تورنتو بكندا الانسولين في أواخر عام 1920 وادى الى توفر حقن الانسولين واستخدامها لأول مرة على مرضى السكري سنة 1922.

ويعرف مرض السكري أنه مرض مزمن حيث يصبح دم المريض وبوله يحتويان على كمية زائدة من سكر الكلوكوز الذي يسبب للمريض عدة أعراض ومضاعفات، حيث شبه الانسان بالآلة التي لا تعمل إلا بالوقود الذي يعطي الطاقة اللازمة للتشغيل، ومصدر هذه الطاقة

<sup>1</sup> - وزارة الصحة السعودية، المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، المملكة العربية السعودية، الإصدار الأول،

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

هي الغذاء الذي يهضمه الجسم في الأمعاء ويكون في النهاية سكر العنب (الكلوكوز)، والذي بدوره تمتصه الخلايا المبطنة لجدار الأمعاء الدقيقة ومنه يتسرب الى مجرى الدم، ويساعد هرمون الانسولين الذي تفرزه غدة البنكرياس على دخول السكر من الدم الى خلايا الجسم للاستفادة منه، لكن اذا عجز البنكرياس عن انتاج الانسولين بكميات كافية أو في حالة فقدان الجسم قدرته على الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه، يرتفع نسبته في الدم ويتسرب في البول وهذا ما يسبب للمريض كثرة التبول والعطش ونقص في الوزن، إضافة الى ذلك فان ارتفاع مستوى السكر في الدم وعدم التحكم فيه يؤدي الى حدوث مضاعفات واضرار كبيرة في العديد من أجهزة الجسم وخاصة الاعصاب والاعوية الدموية وقد تتطور الى غيبوبة عميقة<sup>1</sup>، ويوجد نوعين من داء السكري وهما :

أ- **داء السكري من النوع الأول:** وهو معروف سابقا باسم داء السكري المعتمد على الانسولين وهو يبدأ في مرحلة الشباب أو الطفولة عندما يكون هناك نقص في افراز البنكرياس للأنسولين أي نقص في الإنتاج حيث يستوجب على المريض اخذ جرعات من الانسولين يوميا، وهذا النوع من الداء لا يعرف سبب حدوثه ولا يمكن الوقاية منه حاليا<sup>2</sup>، و يعتمد على الانسولين الخارجي لان البنكرياس عندهم لا يفرز كميات كافية او قد لا يفرز الانسولين نهائيا، حيث يأخذ الشخص الانسولين من الخارج أي الحقن لمنع حدوث تكوين الاحماض الكيتونية (Ketoacidosis) التي يؤدي ارتفاع نسبتها في الدم الى الغيبوبة، و اذا لم تعالج تؤدي الى الوفاة، وقد يتسبب هذا النوع في مضاعفات منها فرط التبول اللاإرادي، والعطش الشديد والجوع المستمر وكثرة الاكل، وفقدان الوزن، نقص في البصر، الإحساس بالتعب، وقد تظهر هذه الاعراض فجأة<sup>3</sup>، وهذا النوع من الداء يحدث عند حوالي 5-10% من المرضى<sup>4</sup>، و يستطيع الأشخاص المصابون بهذا النوع ان يعيشوا حياتهم الصحية بشرط توفر الامدادات بالأنسولين، بالإضافة الى اجراء فحوصات روتينية من وقت الى اخر خاصة بمستوى الغلوكوز في الدم بالإضافة الى اتباع نظام غذائي صحي.

1- خلف حسين علي الدليمي، المرجع السابق، ص 445.

2- منظمة الصحة العالمية، مركز وسائل الاعلام، داء السكري، موقع-<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> اطلع عليه يوم 2017-11-07 على الساعة 19:00.

3- منى خليل عبد القادر، التغذية العلاجية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، ط2، 2004، ص146

4- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص 446

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

ب- داء السكري من النوع الثاني: وهذا النوع هو الأكثر انتشارا حاليا حيث يصيب حوالي من 90-95% من مرضى داء السكري<sup>1</sup>، وهذا النوع غير معتمد على الانسولين حيث الانسولين غير ضروري للإبقاء على الحياة، لكن قد يحتاجه الجسم لفترة مؤقتة، وتزيد الإصابة به في حالات السمنة بـ 50% من الرجال و70% من النساء، كما ينتشر أيضا بين المسنين<sup>2</sup>، واغلب الحالات التي تحدث في هذا النوع هي ناتجة عن قلة النشاط والخمول البدني وفرط في الوزن وزيادة في العمر وعامل الوراثة، الى غيرها من العوامل الأخرى، واعراضه هي نفسها اعراض النمط الأول تقريبا زيادة على الجروح البطيئة الشفاء والالتهابات المتكررة، ويشخص الداء في هذه الحالة بعد مرور عدة أعوام على بدء الاعراض وحدوث مضاعفات، وقد اصبح الان يحدث في صفوف الأطفال بعدما كان مقتصرًا على فئة الكبار<sup>3</sup>.

ج- سكر الحمل : هذا النوع من الداء يحدث أثناء فترة الحمل وتكون أغلب النساء مصابات بالسمنة، وهو فرط سكر الدم الذي تزيد فيه قيم الكلوكوز في الدم على المستوى الطبيعي دون ان تصل الى المستوى اللازم لتشخيص الداء، ويشخص هذا الداء عن طريق الكشف السابق للولادة أي اثناء الحمل وليس عن طريق الاعراض المبلغ عنها في الأنواع السابقة<sup>4</sup>، ويحدث عادة في الشهر الخامس أو السادس من الحمل نتيجة لمقاومة الهرمونات التي تفرزها المشيمة لعمل الانسولين وبالتالي يكون الجسم غير قادر لحرق السكريات في الدم بشكل افضل، فيرتفع مستوى السكر في الدم ولا تستطيع الخلايا استخدامه كطاقة، وتصاب به من 3-10% من النساء في فترة الحمل، وهو من أكثر المشاكل شيوعا اثناء فترة الحمل ويزول بعد وضع الحمل، وإحتمال ظهوره في حمل آخر مستقبلا كبير وتكرار حدوثه يتطور الى النوع الثاني من مرض السكري<sup>5</sup>، وقد تستمر الزيادة في الكلوكوز تدريجيا بالنسبة للام المريضة بالسكري قبل حدوث الحمل وهي حالة حرجة تستوجب العناية والرعاية الدقيقة اثناء

1- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق ، ص 446.

2- منى خليل عبد القادر، مرجع سابق، ص 147

3- منظمة الصحة العالمية، مركز وسائل الاعلام، داء السكري

4- منظمة الصحة العالمية، مركز وسائل الاعلام، داء السكري <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> شوهد يوم 2017-11-07 على الساعة 19:00.

5- لبنى فرج التوني وآخرون، سكر الحمل، وحدة الغدد الصماء والسكر، قسم الامراض الباطنية، جامعة أسيوط، مصر.

دون ذكر السنة، ص2.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

الحمل لأنها أكثر عرضة لفقد الجنين وأكثر عرضة لحدوث مضاعفات الحمل والولادة، وقد تفقد الجنين بعد اكتمال 9 أشهر وهذا لعدم ظهور مضاعفات السكر في الام غير المصابة بالداء، وبعد فترة الوضع يعود مستوى الانسولين الى مرحلة ما قبل الحمل، وهذا بعد ضبط وتعديل غذاء الام بعد النفاس مباشرة لتجنب حدوث ردة فعل الانسولين<sup>1</sup>، كما ان العوامل المساعدة للإصابة بمرض سكري الحمل تتمثل في<sup>2</sup>:

- ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم.
- الام فوق سن 35 سنة.
- وجود تاريخ عائلي لمرض السكري.
- زيادة الوزن والاصابة بالسمنة قبل الحمل.
- زيادة الوزن بشكل سريع خلال الشهور الأولى من الحمل.
- الإصابة بسكري الحمل في حمل سابق.
- ولادة طفل سابق كبير الحجم فوق 4500 كلغ.
- الإصابة بتكيس المبيض.
- إذا كانت الام تعاني من زيادة في سوائل الجنين.
- تناول بعض الادوية مثل مضادات الامراض النفسية.

**1-2- حجم الإصابات بداء السكري في العالم والوفيات الناجمة عنها :** قدرت منظمة الصحة العالمية في سنة 2014 أنه حوالي 8.5% من البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فما فوق مصابين بداء السكري بعدما كانت في سنة 1980 تقدر بنسبة 4.7% ، كما ارتفع عدد الأشخاص المصابين بالسكري من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014 ، وتسبب هذا الداء في وفاة 1.5 مليون نسمة سنة 2012، كما أن السكري هو سبب رئيسي للعمى والفشل الكلوي والنوبات القلبية والسكتات الدماغية وبتتر الأطراف السفلى، وقد سجل معدل الإصابة بالسكري ارتفاعاً أسرع في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، كما سبب ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم بوفاة 2.2 مليون اخر، وبزيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب والاعوية الدموية، وتحدث نسبة 43% من

1- منى خليل عبد القادر، مرجع سابق، ص 148.

2- لبنى فرج التوني واخرون، مرجع سابق، ص3

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

حالات الوفاة قبل بلوغ سن 70 سنة والمقدرة بحوالي 3.7 مليون حالة<sup>1</sup>، وحسب إحصائيات لسنة 2017 فقد قدرت الإصابة بالسكري بحوالي 425 مليون شخص بنسبة انتشار 8.8% وبالنسبة للفئة العمرية 20-64 سنة فيقدر بحوالي 327 مليون وقد تصل بحلول سنة 2045 الى 693 مليون شخص مصاب بداء السكري وتشهد معدلات الإصابة انخفاضا في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع، والجدول التالي يوضح عدد المصابين حسب الأقاليم لسنة 2017<sup>2</sup>:

جدول رقم (02): الأشخاص المصابين بمرض السكري لفئة (20-79 سنة) في العالم:

المنطقة	سنة 2017 (مليون شخص)	معدل الإصابة سنة 2017 %	تقديرات سنة 2045 (مليون شخص)	معدل الزيادة %
أوروبا	58	8.8	67	16
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	39	10.8	67	72
أمريكا الشمالية وبحر الكاريبي	46	11	62	35
جنوب شرق اسيا	82	8.5	151	84
أفريقيا	16	4.4	41	156
أمريكا الجنوبية وأمريكا الوسطى	26	8	42	62
غرب المحيط الهادي	159	9.5	183	15
العالم	425	8.5	629	48

المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على معطيات أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري لسنة 2017.

وحسب مكان الإقامة فقد قدر عدد المصابين بالسكري حوالي 279 مليون في المناطق الحضرية و146 مليون في الريف بمعدل انتشار 10.2% في الريف مقابل 6.9% في الريف<sup>3</sup>، كما قدر عدد الوفيات في العالم لسنة 2017 بحوالي 4 مليون شخص أي بمعدل شخص كل ثمان ثواني تتراوح أعمارهم بين 20-79 سنة حيث شكلت نسبة الوفيات بالمصابين بداء السكري بحوالي 10.7% من الوفيات العالمية، وحسب متغير الجنس للفئة العمرية 20-79 سنة فقدرت نسبة المصابات بين النساء ب 8.4% (203.9 مليون امرأة)

1- Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète، Genève، 2016 ، p6 .

2- الاتحاد الدولي لمرضى السكري، أطلس الاتحاد الدولي لمرضى السكري، ط8، 2017، ص 9.

3- نفس المرجع، ص 45.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

وبين الرجال 9.1% (221 مليون رجل)، كما قدرت الوفيات لدى النساء بحوالي 2.1 مليون امرأة وهي اكثر من الرجال 1.8 مليون شخص<sup>1</sup>.

جدول رقم (03): معدل الاصابة بالداء السكري وعدد المصابين في العالم

عدد المصابين (مليون)		معدل الانتشار %		المنطقة
2014	1980	2014	1980	
25	4	7.1	3.1	افريقيا
62	18	8.3	5	منطقة أمريكا
43	6	13.7	5.9	منطقة المتوسط الشرقي
64	33	7.3	5.3	منطقة اوروبا
96	17	8.6	4.1	منطقة اسيا والجنوب الشرقي
131	29	8.4	4.4	منطقة المحيط الهادي الغربي
421	107	8.5	4.7	المجموع

Source : Organisation mondiale de la Santé, Rapport mondial sur le diabète, 2016, P 25

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ارتفاع في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة لسنة 2014 مقارنة مع سنة 1980 بحوالي الضعف، حيث مست جميع الأقاليم بدون استثناء وهي تشهد الارتفاع كل سنة حسب دراسات منظمة الصحة العالمية. كما ان عدد الإصابات لداء السكري يرتفع في بعض الدول عن غيرها مثل الصين والهند حيث تعتبران من الدول الأولى عالميا في عدد المصابين وتليها الولايات المتحدة الامريكية وتأتي مصر الأولى عربيا في عدد المصابين بداء السكري والجدول الموالي يوضح ذلك.

1- الاتحاد الدولي لمرضى السكري، مرجع سابق، ص 51.

## الفصل الثاني الأعراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (04): يمثل العشرة الدول الأوائل بعدد المصابين في العالم بداء السكري لسنة 2017:

المرتبة	الدولة	عدد المصابين (مليون)
1	الصين	114.4
2	الهند	72.9
3	الولايات المتحدة الأمريكية	30.2
4	البرازيل	12.5
5	المكسيك	12
6	اندونيسيا	10.3
7	روسيا الاتحادية	8.5
8	مصر	8.2
9	المانيا	7.5
10	باكستان	7.5

المصدر: الاتحاد الدولي لمرضى السكري 2017

ويقدر عدد الأشخاص الذين لا يعلمون أنهم مصابون بحوالي 50% في الفئة العمرية 20-79 سنة، كما نجد نسب الأشخاص المصابين غير المشخصين بالمرض في الدول التي ترتفع فيها نسب الإصابة مثل الصين والهند والولايات المتحدة. ومن الدول العربية التي سجلت معدلات انتشار كبيرة هي مصر 17.3% والامارات العربية المتحدة 17.3% والمملكة العربية السعودية 17%.

كما أشارت الدراسات المسحية العنقودية للدول العربية للأمراض المزمنة وانتشارها في دولة اليمن أن حسب المسح الوطني الصحي لسنة 2013 ان نسبة الاصابة بمرض السكري يقدر بحوالي 1.6% للرجال و 1.1% للنساء، وحسب المجلة الطبية للملكة السعودية لسنة 2014 أن نسبة الإصابة بمرض السكري بالمملكة حوالي 14%، وحسب التقرير الرئيسي للصحة في لبنان لسنة 2004 أن نسبة الاصابة بالسكري بين النساء بلغت 2.2%، أما في المغرب حسب تقرير المسح الوطني للسكان وصحة الاسرة سنة 2004-2005 ان نسبة المصابات بالسكري بلغت 1.9%.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (05): عدد الوفيات بداء السكري حسب العمر لكل 100000 ساكن عند البالغين أكثر من 20 سنة في العالم

المنطقة	المجموع	رجال	نساء
افريقيا	111.3	110.9	111.1
منطقة أمريكا	72.6	63.9	82.8
منطقة المتوسط الشرقي	139.6	140.2	138.3
منطقة أوروبا	55.7	46.5	64.5
منطقة اسيا والجنوب الشرقي	115.3	101.8	129.1
منطقة المحيط الهادي الغربي	67	65.8	67.8

Source : Organisation mondiale de la Santé, Rapport mondial sur le diabète 2016, P 24

نلاحظ أن الوفيات بمرض السكري تزداد بين النساء أكثر من الرجال ب 1.6 مرة حسب تقرير الاتحاد الدولي للسكري لسنة 2017، وترتفع الوفيات بمنطقة المتوسط الشرقي ومنطقة اسيا و افريقيا أكثر من غيرها.

**2- الضغط الدموي:** يعتبر الضغط الدموي من الأمراض القليلة الأعراض في بداياته حيث أن الشخص إذا لم يتم بالفحص لا يعرف أنه مصاب، إلا إذا حدثت له اضرار جسيمة، فهو يكون ببطيء وفي صمت حتى يلحق اضرار بالغة.

**1-2- الجانب الطبي للضغط الدموي:** هو الضغط الموجود داخل الاوعية الدموية الكبيرة عندما يقوم القلب بضخ الدم داخل هذه الاوعية (الشرايين) لكي يدور في جميع انحاء الجسم، وكلما زاد الضغط زاد العبء على القلب فالدورة الدموية تبدأ مع انقباض عضلة القلب ليتم دفع كل الدم من القلب الى الشرايين الكبيرة، ثم تنتقل الى الشرايين الصغيرة ثم ينبسط القلب ليسمح بامتلائه من جديد بالدم ثم يعيد الانقباض لدفع الدم وهكذا كل مرة، وكلما زادت قوة الضخ لكل ضربة من ضربات القلب او كان حجم الدم كبير او كانت الاوعية الدموية اضيق ارتفع ضغط الدم<sup>1</sup>، ويعرف ضغط الدم المرتفع بالحالة التي يظل فيها الضغط داخل الاوعية الدموية مرتفعا باستمرار مما قد يزيد من العبء الواقع على القلب في ضخ الدم، مما يسبب نوبات قلبية وتضخم القلب مما يسبب في فشله كما يسبب ارتفاع

1- مارك عبود، ضغط الدم، الرياض، السعودية ، 2013، ط1، ص 4، 8.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

ضغط الدم تجلط الاوعية وانفجارها او تسرب الدم داخل المخ كما قد يسبب سكتة دماغية او فشل كلوي او عمى او تمزق الاوعية الدموية وضعف في الادراك<sup>1</sup>.

ويقاس الضغط الدموي بالجهاز الالكتروني وبوحدة تسمى المليمتر الزئبقي وهو الادق برقمين أو على شكل كسر، حيث الرقم الأول هو الأكبر ويشير إلى ضغط الدم الانقباضي وهو الضغط الأعلى في الاوعية الدموية ويحدث مع انقباض القلب أو خفقانه، أما الرقم الثاني وهو الأقل ويشير إلى ضغط الدم الانبساطي وهو الضغط الأقل في الاوعية الدموية في الفترات التي تفصل بين ضربات القلب مع استرخاء عضلة القلب أي عندما يستريح القلب بين الانقباضات ومتوسط انقباضات القلب 700 مرة في الدقيقة، ويعرف ضغط الدم الطبيعي عندما يكون 80/120 مليمتر زئبقي ويكون ضغط الدم مرتفعا عندما يساوي او يزيد عن 90/140 مليمتر زئبقي، وكلما كان الضغط طبيعيا أو منخفض قليلا كلما تحسنت وظائف الجسم الحيوية مثل القلب والكلى والمخ وصحة الانسان بشكل عام<sup>2</sup>.  
ولارتفاع ضغط الدم نوعان هما<sup>3</sup>:

- ارتفاع ضغط الدم الاولي او الأساسي: وهو الغالبية الكبرى حيث يصيب حوالي 95% ويكون سببه غير معروف ويبدأ في أي سن لكن اغلبه يبدأ في المرحلة المتوسطة من العمر، ويختلف من منطقة الى أخرى حسب الأقاليم والعرق والجنس.
- ارتفاع الضغط الدموي الثانوي: ويمثل النسبة الباقية حوالي 5% وسببه غالبا حالات مرضية كالإصابة بالسكري أو اعتلالات الكلية او تناول عقاقير او الحمل... الخ.  
كما يوجد حالة ضغط دموي منخفض والتي تظهر كحالة طارئة ولا تمثل مشكلة مرضية مزمنة كارتفاعه، ولا يستطيع الجسم تحمل انخفاض ضغط الدم لمدة طويلة بمعدلات كبيرة، لذلك يجب علاجه قبل ان تتدهور الحالة الصحية للمريض الى أن تصل به الى الوفاة، وتحدث هذه الحالة نتيجة نقص كمية الدم والسوائل بالجسم أو نتيجة

1- منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، يوم الصحة العالمي، جنيف، سنة 2013، ص

17.

2- نفس المرجع، ص 17.

3- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص 466.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

لاتساع الاوعية الدموية بدرجة كبيرة مما يؤدي الى تراكم الدم بها أو بسبب هبوط حاد مفاجئ للقلب<sup>1</sup>.

**2-2- الوقاية والعلاج من الضغط الدموي:** قد يصاب الانسان بالضغط الدموي ولا يشعر بذلك لعدة سنوات، لأنه لا تصاحبه أعراض وقد سمي "بالقاتل الصامت" وينصح بقياس الضغط بين فترات الى أخرى خاصة فوق سن 35، وبهذا الارتفاع يحدث العديد من المشاكل الصحية وتضرر بعض أعضاء الجسم بدا بتلف تدريجي للأوعية الدموية ثم القلب وبعدها الدماغ والكلى والعين، وقد يسبب سكتة دماغية أو قلبية أو ضعف في البصر ولذلك فان الإهمال والبقاء دون علاج، له عواقب وخيمة وخاصة اذا كان هناك مرض آخر مصاحب للضغط الدموي كالسكري ومرض القلب وغيرهم، ولذلك فان ارتفاع الضغط الدموي اقل من 9/16 ينصح بتغيير نمط الغذاء مع تقليل الوزن وتقليل كمية الطعام في الملح وممارسة الرياضة والابتعاد عن التدخين وشرب القهوة والانفعالات النفسية، اما فوق هذا الرقم 9/16 زيادة على مما سبق فان يجب تناول الادوية والعقاقير المخفضة للضغط.

### **2-3- حجم الإصابة بالضغط الدموي في المجتمعات:**

يتزايد عدد الافراد المصابين بالضغط الدموي في جميع الأقاليم في العالم، وينسب مختلفة وذلك باختلاف عدد السكان المقيمين في هذه البلدان، كما يتزايد عدد الافراد المصابين الذين لم يتم تشخيصهم ومعالجتهم وخاصة في البلدان المنخفضة الدخل، وذلك لضعف الأنظمة الصحية مقارنة بالبلدان المرتفعة الدخل، وقد عد المصابين المشخصين سنة 2008 بحوالي 40% من البالغين على المستوى العالمي والذين يبلغون 25 سنة فما فوق وتزايد هذا العدد بشكل كبير اذ انتقل من 600 مليون سنة 1980 الى حوالي 1مليار شخص سنة 2008 وتفاوتت النسب بين الدول مرتفعة الدخل والمنخفضة، ويسجل ارتفاع في الإقليم الافريقي بنسبة 46% عنه في باقي الإقليم الأخرى، وتقدر نسب الوفيات الناجمة عن امراض الضغط الدموي سنة 2008 بحوالي 9.4 مليون حالة سنويا عبر العالم<sup>2</sup>.

1- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق ، ص 473.

2- منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، مرجع سابق، ص10.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

**3- مرض الربو:** هو مرض قديم الظهور وأحد الامراض الأكثر شيوعا التي تصيب الأشخاص في جميع الفئات العمرية ويعتبر مرض طويل المدى، وقد نشر أول كتاب حوله عام 1398م بموسوعة تحمل "خصائص الأشياء" من طرف الباحث الإنجليزي "بارثولوميس أنجليكس" وقد جاءت ترجمة مرض الربو للعالم تريفيسا كالاتي " أزمة حادة تتمثل أعراضها في صعوبة وضيق التنفس"، كما أدرك العالم انجليكس أن هناك حالات مختلفة لها أعراض مشابهة لمرض الربو، وأصل كلمة "أزمة" الى أصل يوناني "ASTHME" التي تعني صعوبة التنفس<sup>1</sup>.

**3-1- الجانب الطبي لمرض الربو:** الربو أحد الامراض غير السارية الرئيسية وهو مرض مزمن يصيب الممرات الهوائية للرئتين فيلهبهما ويضيقهما، كما أن المصاب بهذا المرض يعاني من صعوبات في التنفس نتيجة تضيق متقطع للمجاري الهوائية، وتحدث للمريض نوبات متكررة من الأزيز وضيق التنفس وتختلف من حيث شدتها وتواترها من شخص لآخر، وتظهر الاعراض لديه عدة مرات في اليوم أو الأسبوع وتصبح أسوأ لدى البعض عند مزاوله النشاط البدني اوفي الليل اثناء النوم، وعند حدوث نوبة الربو تتورم بطانة انايبب الشعب الهوائية مما يؤدي الى تضيق المسالك التنفسية والحد من تدفق الهواء الى داخل الرئتين وخارجها، كما تسبب اعراض الربو المتكررة الارق والارهاق اثناء النهار وضعف النشاط.

ومن الاعراض والعلامات التي يسببها الربو هي ضيق التنفس، خوف وقلق، صعوبة الزفير وانقباض في الصدر، سعال ويشد غالبا في الليل وفي الصباح ويمكن ان ينشا الربو في أي عمر لكن الغالب يحدث في سن الطفولة<sup>2</sup>، وتعد معدلات الوفاة بأمراض الربو منخفضة نسبيا مقارنة مع الامراض المزمنة الأخرى.

من مسببات الربو عدوى الجهاز التنفسي العلوي مثل حالات الزكام والانفلونزا، عدوى الجهاز التنفسي السفلي، الالتهاب الرئوي والتهاب القصبات، الحساسية مثل غبار المنزل وغبار الطلع، ووبر ولعاب الحيوانات مثل القطط والكلاب، كذلك من مسبباته التعرض للهواء البارد والرطوبة، القلق والتوتر والاجهاد، تلوث الهواء ودخان السجائر، وليس من

1- شيلدون برس، كيفية التعايش مع مرض الربو، ترجمة روبرت يونجسن دار الفاروق للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2005، ص11.

2- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص ص 492،493.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

السهل تشخيص حالة الربو حيث يكون المصاب دائم السعال ليلا أو تحول تنفسه الى أزيز أثناء او بعد نشاط يمارسه، و يمكن تشخيص المرض بالفحوصات الطبية والاختبارات التي يعطيها الطبيب للمريض لإجرائها<sup>1</sup>.

كما أن مريض الربو قد لا يقترب من إحدى الأنشطة التي تحظر مزاولتها وتفاقم مرضهم حيث حوالي 7% من المرضى تهاجمهم الازمة أثناء النوم، وحوالي 8% أثناء السير، 11% أثناء العناية بالحديقة، و16% أثناء مداعبة الحيوانات، 17% أثناء صعود السلم او المرتفعات، 19% أثناء ممارسة الرياضة 28% أثناء الجري<sup>2</sup>. أغلب المرضى بالربو يعيشون حياة طبيعية ويتناولون الادوية إضافة الى تجنب المحرضات للأعراض، ومن الادوية على شكل بخار يستنشق يدخل مباشرة الى الرئتين ويقوم بعمله بشكل فوري، حيث يجب على المريض ان يحمل الدواء أينما ذهب وممارسة الرياضة بانتظام كالسباحة التي تعتبر بشكل خاص مفيدة لهذا النوع من الامراض بسبب البيئة الرطبة<sup>3</sup>، وبما أن جهاز الرئة هو الأكثر حيوية في الجسم وهو أكثر عرضة للأمراض يجب تجنب عوامل الإصابة، كما أن عدم القدرة على التنفس هو أكثر شعور يعذب ويؤلم الشخص المصاب بالربو، ولأن الشخص يعيش في بيئة خارجية فان الرئتين هما الجهاز الوحيد الداخلي الذي يتعرض باستمرار الى البيئة الخارجية، فكل شخص يتنفس هو عرضة للعوامل المعدية والسامة التي تكون في الهواء، وتسبب الوفاة في جميع انحاء العالم<sup>4</sup>.

### 3-2- حجم الإصابات بمرض الجهاز التنفسي والربو في العالم والوفيات الناجمة عنها:

تمثل أمراض الجهاز التنفسي عبأ صحيا كبيرا على المجتمع وفي جميع انحاء العالم، وهي تنحصر في خمس أمراض هي مرض الانسداد الرئوي المزمن، الربو، التهابات الجهاز التنفسي الحادة، السل وسرطان الرئة، حيث يقدر المصابين بالربو في جميع انحاء العالم حوالي 235 مليون نسمة وأكثر من 200 مليون شخص لديهم مرض الانسداد الرئوي المزمن، كما يعاني حوالي من 1-6% من السكان البالغين والذي يتراوح عددهم نحو 100 مليون شخص من تنفس غير منتظم أثناء النوم، كما يصاب 7.8 مليون شخص بالسل

1- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص 494.

2- روبرت يونجسن، مرجع سابق، ص 14.

3- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص ص 495، 496.

4- منتدى الجمعيات الدولية للرعاية التنفسية، امراض الجهاز التنفسي في العالم، المملكة المتحدة، سنة 2013، ص 6.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

سنويا بالإضافة الى ارتفاع الضغط الدم الرئوي، بالإضافة الى وجود حوالي 50 مليون شخص يصارع أمراض الرئة، ونجد الأطفال دون 5 سنوات هم الأكثر عرضة لهذه الامراض التنفسية حيث ينتشر الربو بين حوالي 14% من الأطفال في العالم، والالتهاب الرئوي هو اكبر قاتل للأطفال الصغار في العالم<sup>1</sup>، وترجع الأسباب الرئيسية للإصابة في التعرض الى الاثار السامة من استهلاك وقود الكتلة البيولوجية وتلوث الهواء في الأماكن العامة والتبغ ويموت حوالي 4 ملايين شخص في سن مبكرة بسبب الامراض التنفسية المزمنة.

**4- مرض القلب:** القلب عبارة عن عضلة صغيرة بحجم قبضة اليد وهي تعمل بضخ الدم في الشرايين ومن ثم الى كافة الجسم، كما تستقبل الدم العائد من الاوردة فهي تعمل كمضخة وشكل القلب مثل حبة الاجاص مقلوبة وهو مائلة الى الجهة اليسرى في الصدر كما يوجد به اربع حجرات اثنتان علويتان وتسمى الاذنيان واثنتان سفليتان وتدعى البطينان، والقلب ينبض ما بين 60 و80 نبضة في الدقيقة وهي عبارة عن تقلص واسترخاء لعضلة القلب ليتم ضخ حوالي 3-5 لتر من الدم في الدقيقة الواحدة ، كما تتغذى عضلة القلب من الاوعية الدموية المحاطة بها واي انسداد يؤدي الى الموت ومن امراض القلب نجد<sup>2</sup>:

- **الذبحة القلبية :** هي نوبة من الألم الشديد تنتج عن نقص كمية الدم عالي الاوكسجين الذي يغذي عضلة القلب من خلال الشرايين التاجية وتسمى أيضا الذبحة الصدرية، ومن أعراضها الألم الشديد جهة القلب بالإضافة الى حرارة شديدة، وقد تكون مصحوبة بضيق النفس وسرعة في ضربات القلب وقد ينتشر الألم في الذراع الايسر أو الكتف أو الرقبة أحيانا ، وتأتي الذبحة بعد القيام بمجهود بدني او ذهني كالحزن او الغضب او الفرح الشديد ثم يزول اثناء الراحة بعد دقائق أو تناول الادوية، ومن أسبابها الكوليسترول أو مشكلة مرضية كارتفاع الضغط الدموي.

**4-1- الوفيات الناجمة عن امراض القلب:** قد ارتفعت الوفيات الناتجة عن امراض القلب والاعوية الدموية خلال 25 سنة الماضية، ورغم التطور الكبير في مجالات الصحة ومكافحة الامراض، الا أن هذا الامر قابله زيادة في عدد السكان وزيادة متوسط الاعمار، فنجد سنة 1990 حوالي 12.3 مليون حالة وفاة نتيجة امراض القلب، بينما في سنة 2013 تسببت

<sup>1</sup>- منتدى الجمعيات الدولية للرعاية التنفسية، مرجع سابق ، ص 6.

<sup>2</sup>- خلف حسين علي الدليمي مرجع سابق، ص 485

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

أمراض القلب والاعوية الدموية في وفاة حوالي 17.5 مليون سنويا، وحوالي 34% من هذه الوفيات تقع بين الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 70 سنة، كما أن أكثر من 75% من هذه الوفيات تقع في البلدان الضعيفة الدخل والمتوسطة.

ومن مجموع هذه الوفيات حوالي 8.6 مليون حالة تقع بين النساء والباقي للرجال، كما أن من أسباب الوفيات الرئيسية السكتة الدماغية (الجلطة) 6.7 مليون حالة وفاة سنويا، والنوبة القلبية أو مرض القلب التاجي 7.4 مليون حالة وفاة سنويا<sup>1</sup>، ويعبر عن أمراض القلب بمرض الأغنياء لكنه الآن يصيب الدول الغنية والفقيرة، و80% من الوفيات تحدث بين السكان ذوي الدخل المحدود والاميين، وتشير إحصائيات في الولايات المتحدة الامريكية ان حوالي 62 مليون امريكي مصاب بأحد أمراض القلب ونحو 1 مليون يموتون سنويا<sup>2</sup>، أما في الوطن العربي فيشهد زيادة بالإصابة بالمرض الذي يزداد مع التغيير في النمط الغذائي للأشخاص ويسبب زيادة الوزن والسمنة وارتفاع الضغط الدموي وارتفاع مستويات الكوليسترول.

**5- أمراض الكلى:** الفشل الكلوي هو حدوث قصور في عمل الكلية ووظائفها مما يؤدي الى اختلال عام في الجسم، وهناك نوعان من الفشل الكلوي هما الحاد والمزمن.

**أ- الفشل الكلوي الحاد:** هو حالة مفاجئة وتسبب اعراض سريعة وتؤدي الى الوفاة، كما انها قابلة للشفاء الكامل ومن علاماته حدوث تزايد مطرد وسريع في بولينة الدم مع نقص حاد في سريان البول وهي حالة سهلة التعرف عليها ومن بعض الأسباب المؤدية اليه نجد<sup>3</sup>:

- انسداد الحالبين بالحصى.
- النقص الحاد في سريان الدم بالكلى.
- أمراض بالكلى مثل الالتهابات وارتفاع ضغط الدم.
- انسداد حاد بأوعية الكلى بالشرابين او الاوردة.

1- رياهي اف واخرون، مقاربات مبتكرة للوقاية ومواجهة العبء العالمي لأمراض القلب والاعوية الدموية، مؤتمر القمة

العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش"، الدوحة، قطر، 2016، ص 6.

2- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص 486

3- محمد صادق صبور، أمراض الكلى، دار الشرق، القاهرة، 1994، ط1، ص 10.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

لذا يجب العناية بالمريض في هذه الحالة بالتشخيص ومعرفة حالته وتبيان السبب في ذلك بسرعة قبل إمكانية وفاته وذلك عن طريق نقل الدم اليه وتعويض سوائل الجسم المفقودة والعلاجات الأخرى المناسبة التي يحددها الطبيب.

**ب- الفشل الكلوي المزمن:** هو توقف عمل الكلية بتحطم عدد كبير من النفرون nephron بحيث لا تستطيع القيام بعملها ومن الأسباب المؤدية اليه نذكر منها<sup>1</sup>:

- التهاب الكلية ويحدث عند إصابة الجسم بالميكروبات مما يؤدي الى اختلال في الجهاز المناعي.
- انسداد المجاري البولية كوجود الحصى في الحالب أو المثانة وتضخم البروستات.
- ارتفاع ضغط الدم وداء السكري حيث ان الإصابة بهما بمرور الوقت تؤدي الى ضيق الشرايين المغذية للكلية مما يؤدي الى الإصابة بالفشل الكلوي المزمن.
- الاستخدام المفرط لبعض الادوية ولفترات طويلة وبجرعات عالية من شأنه ان يؤدي الى الفشل الكلوي، ومن أهمها الادوية المسكنة مثل الباراسيتامول والأسبيرين وغيرها، ادوية الروماتيزم وبعض المضادات الحيوية والأدوية المستخدمة لعلاج السرطان والمستخدمة في التخدير.

- التهاب حوض الكلية المزمن ويحدث نتيجة ارتفاع البول الى الحالب. ومن أعراض الفشل الكلوي المزمن هو الشعور بالتعب والارهاق وفقدان الشهية بالإضافة إلى صعوبة في التنفس والضعف الجنسي وكثرة التبول وارتفاع ضغط الدم. يتم تشخيص الفشل الكلوي المزمن عن طريق الفحوصات ودرجته وشدته لمعرفة تقدم المرض لمعرفة طريقة علاجه سواء بالحمية الغذائية او الادوية او الغسيل الكلوي او زرع الكلى.

**6- السرطان:** هو مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الامراض حيث تنمو بعض الخلايا او الأورام الخبيثة وقد تنتشر في كافة انحاء الجسم، ومن سماته التوالد السريع لهذه الخلايا التي تنمو خارج حدودها المصابة المعروفة والتي قد تسبب الوفاة المبكرة، ويمكن توقي الإصابة بالسرطان بتجنب التعرض لعوامل الخطر الشائعة المسببة له مثل دخان التبغ وغيرها، كما يمكن علاج نسبة كبيرة من السرطانات عن طريق الجراحة أو المعالجة

1- خلف حسين علي الدليمي، مرجع سابق، ص ص 500، 501.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

الإشعاعية أو المعالجة الكيميائية خصوصاً إذا تم الكشف عنها في مراحل مبكرة، أيضا يمكن الحد من عبء السرطان من خلال الكشف عنه في مراحل مبكرة والتدبير العلاجي له، كما تزيد حظوظ الشفاء من العديد من السرطانات إذا ما كُشِف عنها في مراحل مبكرة وعُولِجت جيدا، ويصاب بالسرطان أي شخص الشباب منهم والمسنون والأغنياء والفقراء والرجال والنساء والأطفال كما قد تصاب المرأة اثناء الحمل بمختلف أنواع السرطانات .

كما توجد عدة أنواع من السرطانات تصيب الانسان منها ما يصيب الرجال وتؤدي الى حالات الوفاة وهي خمس أنواع على الترتيب: سرطان الرئة وسرطان الكبد والمعدة والقولون والمستقيم وسرطان البروستات..، ومنها ما يصيب النساء وهي خمس أنواع رئيسية تقتل النساء وهي حسب تواترها سرطان الثدي والرئة والقولون والمستقيم وعنق الرحم والمعدة، وسنتطرق الى نوعين هما سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم اللذان لهما صلة بموضع دراستنا ويدخلا في مواضيع الصحة الانجابية.

**6-1- سرطان الثدي:** من أعراض الإصابة بسرطان الثدي هو وجود تغيرات على مستوى الثدي بظهور كتل وتورم بارزة واختلافه عن الثدي الاخر مع الشعور ببعض الالام وارتفاع في درجة الحرارة، كذلك تجد حلمة الثدي سميكة منكمشة ومنسحبة الى الداخل فاذا شعرت المرأة بذلك يجب التوجه للتشخيص والعلاج في مراحله الأولى.

يصاب بسرطان الثدي كل من الرجال والنساء الا ان معظم حالاته تقع بين الاناث وعوامل الخطر للإصابة بسرطان الثدي هي:

- **الجنس الانثوي:** هن الأكثر عرضة للإصابة به لان 99% من اجمالي المصابين هن اناث وهو نادر بالنسبة للرجال.

- **العمر:** تتزايد معدلات الإصابة كلما تقدمت النساء في العمر والأكثر سنا هن الأكثر عرضة، وتسجل أكثر من 80% من الحالات لدى النساء أكبر من الخمسين والجدول التالي يوضح تقدير خطر الإصابة بسرطان الثدي بالنسبة الى العمر.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (06): تقديرات خطر الإصابة بسرطان الثدي بالنسبة للعمر عند النساء

الفئات العمرية	عدد النساء التي يصبن في هذا العمر
حتى عمر 25	1 من 15000 امرأة
حتى عمر 30	1 من 1900 امرأة
حتى عمر 40	1 من 200 امرأة
حتى عمر 50	1 من 50 امرأة
حتى عمر 60	1 من 23 امرأة
حتى عمر 70	1 من 15 امرأة
حتى عمر 80	1 من 11 امرأة
حتى عمر 85	1 من 10 امرأة
خطر خلال مدى الحياة (كل الاعمار)	1 من 09 امرأة

المصدر: مايك ديكسون، سرطان الثدي، ترجمة هنادي مزبودي، الرياض، ط1، 2013، ص8.

- **التاريخ العائلي:** حيث يعتبر لعامل الوراثة دور في الإصابة بالمرض فأقل من 1 على 10 من النساء المصابات يرثن نوعا من الشذوذ الجيني يجعلهن أكثر عرضة لهذا المرض ويمكن اجراء فحص للنساء لاكتشاف ما إذا كنا يحملن جينا شادا الذي يجعلهن أكثر عرضة للإصابة.

- وتكون النساء أكثر عرضة للإصابة بالسرطان في الثدي الثاني عند إصابتها في ثدي واحد حيث تصاب من 4 الى 6 نساء من 1000 مصابة بالسرطان في ثدي واحد بالسرطان في الثدي الثاني، لذلك وجب الفحص طوال حياتهن واخذ العلاج المستخدم للتخفيف من السرطان قبل الإصابة للثدي الثاني.

- يساهم الوزن الزائد بعد مرحلة انقطاع الطمث بخطر الإصابة، ويعتبر الوزن زائدا إذا كان أكبر من 1.5 مرة أكثر من الوزن الطبيعي الملائم للطول، كما أن هناك صلة بين النظام الغذائي الغني بالدهون ومرض سرطان الثدي.

- يحمي الانجاب في عمر صغير من الإصابة بسرطان الثدي، كما يزيد خطر الإصابة بإنجاب طفل بعد سن 34 أكثر من امرأة لم تتجب الأولاد ابداء، فكلما كانت المرأة أكبر سنا عند انجابها الطفل الأول كلما زاد خطر الإصابة، كما يزيد خطر الإصابة بنسبة قليلة للنساء التي بدأت فترة الحيض في عمر مبكر اقل من 12 سنة او انتهاء فترة حيضها في

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

عمر متأخر بعد سن 55 سنة، وبالنسبة للنساء التي يتناولن حبوب منع الحمل يرتفع خطر الإصابة بشكل طفيف جدا لديهن.

- تقلل الرضاعة الطبيعية من خطر الإصابة بالسرطان خاصة إذا كانت الام صغيرة واستمرت لفترة طويلة في الرضاعة، كذلك ممارسة التمارين الرياضية بانتظام لها دور في التخفيف من الخطر.

وتشمل مجموعة من اعراض الإصابة بسرطان الثدي ولكن ليس بضرورة الإصابة وهي<sup>1</sup>:

- كتلة في الثدي وهي تمثل الأكثر اعراض شيوعا للإصابة بنحو 36%.

- تغير شكل الثدي او ظهور تعرجات في جلده.

- تغير في البشرة التي تغطي الثدي مثل ظهور تقرحات او افرازات.

- انقلاب الحلمة ودخولها الى الداخل.

- تغير في سطح الحلمة وظهور الاكزيما وتحرشفها.

- افرازات في الحلمة والم في الثدي.

- تورم في الثدي او تحت الابط.

- تكتلات ثدييه.

يؤدي العلاج الكيميائي الى تأخر عودة الدورة الشهرية لعدة أشهر فهو يحد من الحظوظ في الحمل، لذلك إذا كانت الام تريد ان تتجب فيجب اخذ الاحتياطات واستشارة الطبيب قبل بدا عملية العلاج اذ هناك طرق لتجميد البويضات او جزء منها لتفادي المشكلة.

### 6-2- الوفيات الناجمة عن السرطان:

يعتبر السرطان ثاني سبب رئيسي للوفيات حيث يتسبب في وفاة واحدة من بين 6 وفيات في العالم، وقد تسبب في وفاة حوالي 8.8 مليون شخص سنة 2015، والجدول الموالي يوضح أنواع السرطان الأكثر شيوعا وسببا في الوفيات<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>-مايك ديكسون، مرجع سابق، ص44

<sup>2</sup>-منظمة الصحة العالمية ، السرطان، موقع [http://www.who.int/ar/news-room/fact-](http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer)

[sheets/detail/cancer](http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer) اطلع عليه يوم 2018/10/10 على الساعة 08:18.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (07): أنواع السرطان الأكثر شيوعاً للوفيات في العالم سنة 2015

نوع السرطان	الوفيات (مليون شخص)
سرطان الرئة	1.69
سرطان الكبد	0.788
سرطان القولون والمستقيم	0.774
سرطان المعدة	0.754
سرطان الثدي	0.571

المصدر: عمل خاص من موقع منظمة الصحة العالمية، السرطان

إن غياب البيانات والمعلومات عن انتشار مرض السرطان يعرقل سياسية مكافحته خاصة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، حيث نجد بلد واحد فقط من أصل خمسة من هذه البلدان التي لديها معطيات عن مرض السرطان، والتي تصيبها أغلب الوفيات بحوالي 70% منها، وتسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية بحوالي ثلث الوفيات من مرض السرطان 22%، وهي ارتفاع منسوب كتلة الجسم وعدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف وقلّة النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول.

### ثانياً: العوامل المرتبطة بظهور الأمراض المزمنة:

تعتبر بعض العوامل المسببة للأمراض المزمنة قابلة للتغيير مثل النمط الغذائي والنشاط البدني، بينما تبقى أخرى ثابتة مثل العامل الوراثي والعرق.

**1- السمنة وأثرها في انتشار الأمراض المزمنة:** تعتبر السمنة تراكم كمية زائدة من الشحوم عن معدلها الطبيعي في الجسم نتيجة تناول كمية كبيرة من الطعام مقابل القيام بمجهود اقل أي أننا نأكل أكثر مما نحتاجه، ويكون الوزن المثالي للجسم اعتماداً على الطول والجنس والعمر، وتقاس بوحدة تسمى مؤشر كتلة الجسم <sup>1</sup>BMI.

كما قد تتسبب في السمنة عدة عوامل وراثية وسلوكية واجتماعية و بعض الامراض كنقص في نشاط الغدة الدرقية وغيرها، كما نجد في المجتمعات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع معدلات مرتفعة في الإصابة بالسمنة نتيجة توفر وسائل الراحة وقلّة

<sup>1</sup>مؤشر كتلة الجسم (BMI) =  $\frac{\text{كيلوغرام (الوزن)}}{\text{متر (مربع الطول)}}$

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

النشاط البدني والحركة، كما أن للوراثة دورا في الإصابة بالبدانة، حيث أنه اذا كان أحد الوالدين بدين فان احتمال الإصابة للأبناء تكون حوالي 40% أما اذا كان كلا الوالدين سمينا فان الإصابة بالبدانة الى الأبناء تكون باحتمال 80%<sup>1</sup>، كما أن البدانة مشكلة صحية بما تسببه في حدوث العديد من أمراض العصر ومنها: ارتفاع ضغط الدم وامراض الشرايين القلبية والسكتة الدماغية وبعض أنواع السرطانات مثل سرطان الثدي عند النساء بالإضافة الى مرض السكري وبعض الامراض الأخرى<sup>2</sup>، كما أكدت دراسة في الولايات المتحدة الامريكية لـ 115 الف امرأة بدينة لمدة ثمانية سنوات لرصد قابلية الإصابة بمرض القلب، فوجدوا ان النساء الزائدات بوزن طفيف اكثر من 5% تزيد مخاطر الإصابة بمرض القلب بحوالي 30%، بينما النساء الزائدات في الوزن بنسبة 30% تزيد مخاطر الإصابة بمرض القلب بحوالي 300%، بالإضافة إلى أن السمنة لدى النساء لها اضرار أخرى تسببها كارتفاع الضغط الدموي وارتفاع مستوى الكوليسترول ومرض السكر، فزيادة الوزن تعترض مفعول الانسولين وهو الهرمون الضروري لحرق السكر، كما انها من أسباب مرض وجع المفاصل خاصة الركبتين والظهر، كذلك مرض حصيات الكلى والتهاب المرارة حيث وجد أن النساء البدينات أكثر عرضة لمتاعب المرارة والكبد الدهني وضيق التنفس<sup>3</sup>، ومنه فان إنقاص الوزن له فوائد كبيرة على الصحة عموما ومتاعب القلب خصوصا.

كما أن الإصابة بداء السكري تزداد مع زيادة الوزن خاصة عند الأشخاص التي تزيد معدلات كتلة الجسم عن 35% من وزنهم فانهم معرضين للإصابة بـ 40 مرة على الاصحاء خاصة إذا كانت السمنة في منطقة الخصر، كما أن إستمرار البدانة لمدة تزيد عن 10 سنوات في مرحلة الطفولة او الشباب تزيد من احتمالية التعرض لأمراض القلب والموت المفاجئ اضعاف المرات، لان أمراض القلب لدى السمين هي ناتجة عن ضيق في الشرايين التاجية مما يقلل من امداد القلب بالدم فتكون إصابة مؤلمة في الصدر ويصاب القلب فيهدد حياة الانسان<sup>4</sup>.

- 
- 1- حسن فكري منصور، السمنة والجديد في علاجها، الدار العربية للعلوم، القاهرة، ط1، 2004، ص 8
  - 2- حسان شمسي باشا، الثقافة الصحية، دار البدر الجزائر ودار القلم دمشق، الطبعة الأولى 2017، ص 106.
  - 3- ايمن الحيسيبي، نساء في خطر، السمنة أثرها على حياتك الزوجية والصحية، القاهرة، سنة 1999، ص 15.
  - 4- محمد بن عثمان الركبان، البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية الرياض، السعودية، 2009، ص ص 92-93.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

وتشير التقديرات الى أن حوالي 35% من البالغات في العالم مصابات بزيادة الوزن (منسوب كتلة الجسم أكبر أو يساوي 25 كلغ) وتلتهن (297 مليون امرأة) مصابات بالبدانة (منسوب كتلة الجسم أكبر أو يساوي 30 كلغ)، كما تزيد النسبة في الإقليم الأوربي وإقليم شرق المتوسط وإقليم الأمريكيتين حيث تبلغ أكثر من 50%، وخلال 25 سنة الماضية زاد متوسط منسوب كتلة الجسم، مما أحدث آثارا ضارة على الضغط الدموي والكوليسترول وتغليسريد، الذي أدى الى زيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب والسكري من النمط الثاني ومتلازمة تعدد تكيس المبيض وزيادة الإصابة بسرطان الثدي لدى النساء خاصة في البلدان المرتفعة والمتوسطة الدخل<sup>1</sup>.

كما أن السمنة مرتبطة بالإفراط في الاستهلاك الغذائي الذي ارتفع في بلدان المغرب العربي مقارنة بسنوات سابقة وهذا راجع لدعم دول المغرب بالمواد الاستهلاكية الواسعة الاستعمال والعالية السعرات الحرارية مثل السكر والزيت مما أدى الى ارتفاع تناولها خاصة في الوجبات اليومية بالإضافة الى انتشار الوجبات السريعة والمواد الغذائية المصنعة وانتشار المطاعم بشكل كبير<sup>2</sup>.

**2- الوراثة ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة:** إن عامل الوراثة له دور في الإصابة بالأمراض المزمنة، فالمرض يحدث في سن أصغر مع تعاقب الأجيال في العائلات التي لها تاريخ في الإصابة بالبول السكري على سبيل المثال، لذلك يجب فحص الأشخاص عن طريق الكشف الدوري كي يتم كشفه في بدايته وتجنب المضاعفات<sup>3</sup>، كما أن عامل الوراثة له دور كبير في الإصابة بمرض الشرايين التاجية حيث تكون هناك قابلية لدى الجسم لترسيب الكوليسترول بشراسة على جدران الشرايين مما يؤدي الى أعراض قصور بالشرايين في سن مبكرة، ووجد في بعض الدراسات أن نوع من الجينات عند بعض الافراد قادر على حماية الشرايين من ترسيب الكوليسترول على جدارها رغم تناول كميات كبيرة من الدهون والكوليسترول يوميا، وبالمقابل نجد اشخاص لديهم ارتفاع في مستويات الكوليسترول رغم

1- منظمة الصحة العالمية، تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل واثاء الحمل والارضاع، تقرير من الأمانة العامة،

المجلس التنفيذي الدورة 30، 20 ديسمبر 2011، ص 2.

2- نوب بنت علي ال سليمان، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات في جدة،

رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، نوفمبر 2007، ص 40.

3 - منى خليل عبد القادر، مرجع سابق ص 145

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

عدم تناولهم للدهون المسببة له، لذا يعتبر عنصر الوراثة مسبباً لأمراض الشرايين التاجية الذي يأتي من الوالدين ولا نستطيع التغيير فيه أو السيطرة عليه، لذلك فالشخص الذي لديه في عائلته تاريخ للمرض يجب عليه اتخاذ التدابير والحد من العوامل المساعدة في الإصابة بالمرض قدر الإمكان<sup>1</sup>.

### 3- التغيير في نمط التغذية وقلة النشاط البدني ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة:

**3-1- النشاط البدني:** يتمثل النشاط البدني في تحريك الجسم بأي طريقة تؤدي إلى استهلاك الطاقة وحرق السعرات من خلال نشاط مبذول يتطلب جهد أكثر من العادة في الحياة اليومية أي هو الحركة<sup>2</sup>، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية النشاط البدني بأنه " كل حركة جسمانية تؤديها العضلات الهيكلية وتتطلب استهلاك قدرًا من الطاقة، بما في ذلك الأنشطة التي تزاول أثناء العمل واللعب وأداء المهام المنزلية والسفر وممارسة الأنشطة الترفيهية " ويقابل النشاط البدني الخمول البدني الذي يعاني منه حوالي 80% من المراهقين في العالم<sup>3</sup>. ويقدر الخمول البدني بأنه السبب الرئيس في نحو 21% إلى 25% من حالات سرطان الثدي والقولون، و27% من السكري، و30% تقريباً من عبء أمراض القلب<sup>4</sup>.

يُعد نقص النشاط البدني أحد عوامل الخطر الرئيسية للتعرض للوفاة في العالم ويزداد انتشاره في العديد من البلدان، ليضيف إلى عبء الأمراض غير السارية ويضر بالصحة العامة في شتى أنحاء العالم، وتزداد احتمالات الوفاة بين الأشخاص الذين يعانون من نقص النشاط البدني بنسبة تتراوح ما بين 20% و30% مقارنة بالأشخاص الذين يزاولون القدر الكافي من النشاط البدني<sup>5</sup>.

إن انعدام النشاط البدني مع التدخين ونظام الغذاء الخاطئ هو سبب كثير من أمراض شرايين القلب والسرطانات والسكري وارتفاع الضغط الدموي واضطرابات شحوم الدم وهشاشة العظام والاكتئاب والقلق.

1 - ايمن أبو المجد، امراض القلب وشرايينه التاجية، دار الشروق، مصر ، 1999، ط1، ص23.

2- حسان شمسي باشا، مرجع سابق، ص 61.

3- موقع منظمة الصحة العالمية، النشاط

البدني، <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ar>، شوهد يوم 11-08-2018.

4 - منظمة الصحة العالمية، التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من أجل الصحة، جنيف، 2010، ص 10.

5- موقع منظمة الصحة العالمية، النشاط البدني، مرجع سابق.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

3-2- العادات الغذائية: إن الغذاء غير الصحي هو الذي يتم فيه تناول أنواع معينة من الاغذية أكثر من الأخرى كالنشويات والدهون، التي تظهر معها الأمراض المزمنة كالسمنة، وأمراض القلب والسكري، ورغم أن للغذاء أهمية كبيرة للإنسان فهو الشيء الذي يعتمد عليه في بناء جسمه وعقله ونموه، لكن العديد من الامراض الحالية مصدرها الغذاء الذي نأكله مثل أمراض القلب والسكري والضغط الدموي وبعض السرطانات، فالتغير الجديد في أنماط الغذاء على مستوى العالم واستهلاك أغذية غير مفيدة بل ضارة أحيانا من شأنه الزيادة في ظهور الامراض المزمنة والوفاة خاصة في دول الغرب.

إن الإصابة بالأمراض المزمنة في مرحلة متأخرة من العمر هي نتيجة التعرض طيلة عمرهم لبيئات مادية واجتماعية ضارة وتتمثل مراحل العمر في مرحلة تكون الجنين والبيئة النفسانية، مرحلة ما بعد الولادة، مرحلة الطفولة والمراهقة ومرحلة ما بعد البلوغ ومرحلة الشيخوخة<sup>1</sup>، فالنظام الغذائي غير الصحي يلعب دورا في خطر حدوث الامراض المزمنة وهذا ناتج عن مجموعة التغيرات التي حدثت في العالم خاصة في النصف الثاني من القرن 20 أين حلت الأغذية المشبعة بالدهون وعالية الطاقة محل الأغذية النباتية ويبقى عامل التغير في النمط الغذائي عامل واحد فقط في ظهور الامراض المزمنة الى جانب الخمول البدني الذي يعتبر محدد هام في التأثير على الصحة.<sup>2</sup>

فالإفراط في الغذاء يسبب المرض ويأتي مرض الشرايين القلبية في مقدمة الإصابة حيث يصاب 1.5 مليون امريكي سنويا بجلطة القلب ويموت منهم أكثر من مليون شخص، كما يؤدي الغذاء غير صحي الى ظهور عدد من السرطانات كسرطان القولون والثدي والبروستات، والضغط الدموي حيث يصيب أكثر من 75 مليون شخص في أمريكا<sup>3</sup>.

إن تناول كميات كبيرة من السكر وخاصة الموجود في البسكويت والشوكولاتة والحلويات من شأنه زيادة البدانة وتفاقم مرض السكر فهناك علاقة وطيدة بينهما بالإضافة الى أنه يزيد من احتمال ارتفاع الضغط الدموي ومرض شرايين القلب التاجية.

1- منظمة الصحة العالمية، النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الامراض المزمنة، سلسلة تقارير منظمة الصحة

العالمية 916، جنيف، 2003 ص 39.

2- نفس المرجع ، ص 6.

3- حسان شمسي باشا، مرجع سابق، ص 18.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

كما أن الانسان يتناول حوالي (10-12) غرام من الملح يوميا الذي نجده في المكسرات وشرائح البطاطا والمعلبات والاجبان والاسماك والمخللات، بينما احتياجات الجسم لا تتعدى (1-2) غرام فقط، فهناك علاقة وطيدة بين استهلاك الملح وارتفاع الضغط الدموي ويجب التخفيض منه اثناء الطعام حيث أن حوالي 80% منه موجود داخل الأطعمة التي نشتريها، فخفض تناول الملح بمقدار 5 غرام يوميا ينقذ حياة 3 ملايين شخص على مستوى العالم<sup>1</sup>، وتناول الدهون الحيوانية كالسمن والقشدة والزبدة والاجبان واللحوم يزيد من حدوث أمراض شرايين القلب ويسبب البدانة ويزيد من مخاطر سرطان الثدي ويرفع الكوليسترول في الدم، كما أن قلة الالياف في الطعام سبب في ظهور العديد من الأمراض في أمريكا وأروبا. وقد ترتبط نوعية الغذاء بالإصابة بالقلق والاكتئاب والتي تؤثر على مزاج الأشخاص كالقهوة والشكولاتة والسكريات وغيرها، فتغيير نوع الغذاء بتناول الفواكه والخضروات والأغذية المحتوية على الاحماض الدهنية مثل السمك والتونا بالإضافة الى الجوز واليقطين وغيرها له أثر كبير على صحتهم العقلية والنفسية.

ودلت دراسات العلم الحديث على أن السمنة الناجمة عن الإفراط في تناول الطعام تعد من أخطر أمراض العصر، إذ ينشأ عنها العديد من الأمراض التي تهدد حياة الإنسان وتعرضه للهلاك مثل: أمراض السكري، وارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين، والنقرس، وهذا ما يؤكد صحة المقولة المأثورة: " المعدة بيت الداء والحمية رأس كل دواء"<sup>2</sup>، كما جاءت الآيات القرآنية والأحاديث الشريفة بتخصيص ذكر الأطعمة كاللحوم والتمر والعسل واللبن وتبيان أهميتها وفائدتها الصحية والتغذوية، فقال جل وعلا مبينا أهمية العسل الصحية: {فيه شفاء للناس} النحل ( 69).

وتتمثل أهم مصادر الخطر في الغذاء كالتالي في:

- **الوجبات السريعة** التي تحضر وتؤكل في فترة قصيرة والتي تحتوي على كمية كبيرة من الدهون وفقيرة من العناصر الغذائية المفيدة والتي انتشرت في المطاعم والمنازل بانتت تغري الكثير من الأطفال والشباب واستهلاك الحلويات بكثرة، كما أن الاكل بين الوجبات وقلة تناول الخضر والفواكه مسؤولة عن زيادة الوزن والاصابة بالسمنة والامراض المترتبة عليها.

1- حسان شمسي باشا، مرجع سابق، ص 20.

2- ايمان محمد بسبوني، سوء التغذية مفاهيم وحلول، كلية التربية الزلفى، جامعة المجمعة، السعودية، دون سنة ودون صفحة.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

- **المشروبات الغازية:** والتي أصبحت جزءا من مائدة طعام الأغلبية من الاسر ونجدها إلى جانب الوجبات السريعة وهي تحتوي على مواد حافظة وغاز ثاني أكسيد الكربون ونكهات مختلفة حسب الانواع والكافيين، كما تحتوي أيضا على كميات كبيرة من السكريات الخالية من القيمة الغذائية مما يتسبب في زيادة الوزن واحتمال الإصابة بداء السكري كما تصيب الاسنان بالتسوس وتزيد التوتر والاكتئاب.

- **المواد المضافة للأغذية:** وتستخدم هذه حاليا بشكل واسع في الأغذية المعلبة والمصنعة والاطعمة الجاهزة وسريعة التحضير، وهي مواد تضاف الى الطعام اثناء إعدادة وتخزينه لإطالة مدة حفظه أو لشيء آخر، وقد تزيد من حدوث السرطان لذلك يجب الاقلال منها قدر الإمكان لتجنب اثارها والاتجاه نحو الأطعمة الطازجة والخضر والفواكه.

**4- الضغوطات الاجتماعية:** يتأثر الفرد ببيئته الاجتماعية التي يعيش فيها من الام وضغوط النفسية وأحزان... التي لها علاقة انعكاس مباشر على صحته وهي من أهم الأسباب التي تؤدي إلى إصابته ببعض الأمراض المزمنة، حيث ينصح الكثير من الأطباء لمرضاهم بالابتعاد عن مواطن الانفعالات الشديدة والقلق الكبير والضغوط الاجتماعية التي تصادف الشخص في بيئته ومحيطه وعائلته وخاصة لفترات طويلة. بالإضافة الى ما قد يصيب الشخص من أزمات اجتماعية او اقتصادية كالبطالة والافلاس والطرده من الوظيفة وكل ما يهدد أمن واستقرار الافراد وهذا ما أكدته العديد من الدراسات<sup>1</sup>.

### 5- عوامل أخرى متفرقة تسبب الأمراض المزمنة:

توجد بعض العوامل التي تساعد في الإصابة بالأمراض المزمنة سواء مباشرة أو كعامل مساعد وهي كثيرة جدا ولا يمكن حصرها جميعا، والتي يمكن التطرق الى البعض منها باختصار وهي<sup>2</sup>:

- تأثير مرض مزمن على حدوث مرض آخر حيث طول فترة الإصابة بمرض مثلا السكري والضغط الدموي لهم تأثير على القلب والكلى.

- التلوث البيئي من الهواء والأتربة وما له من خطر على الإصابة بالأمراض المزمنة.

---

<sup>1</sup>- محمد طويل، مقاربة سوسولوجية لانتشار الامراض المزمنة في المجتمع الجزائري، رسالة دكتوراه في الديموغرافيا، والسكان، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر2، السنة الجامعية 2011-2012، ص ص 133-135.

<sup>2</sup>- محمد طويل، مرجع سابق، ص ص 136-144.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

- أثر بعض الادوية والهورمونات التي لها آثار جانبية على التقليل من مناعة الجسم وبالتالي التعرض للإصابة بالأمراض المزمنة مثل حبوب منع الحمل ومضادات التهاب المفاصل.
- تدني مستوى الوعي الصحي والمستوي المعيشي والتعليمي، فالوعي بخطورة المرض يعتبر إجراء من الدرجة الأولى للإصابة بجميع الأمراض ومنها الوبائية التي تشهدها العالم حالياً ( كورونا كوفيد19).

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

### المبحث الثاني: واقع الأمراض المزمنة في الجزائر

تمثل المسوح الإحصائية أحد الأدوات المهمة في جمع المعطيات السكانية بما تتصف به من مميزات في قلة التكاليف والسهولة مقارنة بالحصص الشامل، وتعتبر المسوح مكتملة للتعدادات السكانية والتسجيلات الحيوية التي تعطي نتائج تمثل خصائص السكان بناء على عينة والتي تعمم على الكل وفي هذا الجزء من دراستنا سنتطرق الى نتائج اهم ثلاث مسوح الأخيرة التي أجريت في الجزائر من جانب الامراض المزمنة والعوامل المساعدة لها.

أولاً: الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري وعوامل ظهورها حسب التحقيقات 2002،2006،2012

تعرف الأمراض المزمنة بانها تدوم لفترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً، وحسب منظمة الصحة العالمية تأتي أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية والسكري في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم، إذ تقف وراء 63% من مجموع الوفيات ومن أصل مجموع الأفراد الذين قضوا نحبهم بسبب الأمراض المزمنة والبالغ عددهم 38 مليون نسمة كل سنة، وتأتي الامراض القلبية في مقدمة الوفيات بـ 17.5 مليون حالة كل سنة وتليها السرطانات بـ 8.2 مليون حالة كل سنة ثم الامراض التنفسية وبعده السكري بحوالي 1.5 مليون حالة في العام، واغلب الوفيات في حالة مبكرة اقل من 70 عام بحوالي 82% من مجموع الحالات المسجلة .

**1- الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري:** حسب نتائج التحقيقات الوطنية ان الجزائر كسائر البلدان شهدت نقلة وبائية مع التقدم العلمي والحضاري الذي تم فيه القضاء على الأمراض المعدية، ولكن ظهرت الأمراض غير المعدية وانتشرت بسرعة مع التغيرات في أساليب الحياة وظهور التحضر والتصنيع والتطور في جميع الميادين وعولمة الأسواق والذي اثر بدوره على صحة السكان وحالتهم التغذوية، فالجانب الإيجابي لهذا التطور من توفير الغذاء وتنوعه وتحسين مستويات المعيشة والدخل والحصول على الخدمات، له جانب سلبي يتمثل في عدم سلامة أنماط من الغذاء وما رافقه من قلة النشاط البدني بتوفر وسائل الراحة كالسيارة والطائرة والسفن وغيرها وتزايد تعاطي التبغ والكحول مما اثر على الصحة العامة في الجزائر وادى الى زيادة معدلات انتشار الامراض المزمنة، والجدول الاتي يبين تطور معدلات الاصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (08): نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب التحقيقات الوطنية

السنة	2002	2006	2012-2013
نسب الإصابة %	12.04	10.5	14.2

المصدر: -تحقيق 2002 PAPFAM

-تحقيق 2006 MICS3

-تحقيق 2012-2013 MICS4

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ زيادة في معدل الإصابة بالأمراض المزمنة بين سنتي 2002 و2012 إذ انتقلت من معدل 12.04% إلى 14.2% ، كما بين المسح لسنة 2006 انخفاضا في الامراض المزمنة، والجدول الموالي يوضح انتشار الامراض المزمنة حسب نوع المرض وفقا لمختلف المسوح السكانية.

جدول رقم (09): نسب الإصابة بالأمراض المزمنة حسب نوع المرض حسب التحقيقات الوطنية

نوع المرض المسح	الضغط الدموي	السكري	امراض القلب	الربو	داء المفاصل	السرطان بأنواعه	امراض الكلية
PAPFAM	3.0	1.5	1.0	1.3	1.6	0.1	0.5
MICS3	4.38	2.1	1.11	1.2	1.7	/	/
MICS4	5.14	2.89	1.06	0.95	1.28	0.16	0.22

المصدر: عمل خاص من التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2006، 2013

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9) أن الضغط الدموي يحتل المعدلات الأكبر إصابة في المجتمع الجزائري وهو في زيادة مستمرة حيث بلغ سنة 2006 نسبة 3% لينتقل سنة 2006 إلى 4.38% وبعدها سنة 2012 إلى 5.14%، وتليه أمراض القلب والسكري وهو ما دلت عليه التحقيقات حيث بينت ارتفاع نسب الإصابة بها.

### 2- العوامل السوسيو ديموغرافية وأثرها على الإصابة بالأمراض المزمنة.

2-1- وسط الإقامة: بينت المسوح الاحصائية أن هناك فرق في نسب انتشار الأمراض المزمنة بين الحضر والريف، حيث تزيد في الوسط الحضري الذي يزداد مع السنوات والذي يطلق عليه التحضر أو الهجرة الداخلية بالانتقال من الريف إلى المدن حيث يعتبر أحد الظواهر الاجتماعية الهامة المنتشرة حاليا، وأسبابه البحث عن وسائل الراحة والتعليم وسهولة

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

الحصول على الخدمات، والجدول التالي يبين نسبة انتشار الأمراض المزمنة بين الحضر والريف عبر المسوحات الثلاث.

جدول رقم (10): انتشار الامراض المزمنة بين المسوحات PAFAM، MICS4، MICS3 حسب متغير الإقامة

مكان الإقامة		السنة
ريف %	حضر %	
10.4	12.1	PAFAM
9.3	11.5	MICS3
12	15.4	MICS4

المصدر: التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2006، 2013

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ أن الإصابة بالأمراض المزمنة بالنسبة للحضر عبر كافة المسوح أكثر منه في الريف وهذا راجع الى العادات الغذائية العصرية وانتشار الوجبات السريعة والثقافات الغربية في المدينة، وما تتوفر عليه من وسائل الراحة والنقل والمواصلات بالإضافة الى الازدحام وضيق المسكن والتلوث والتدخين والكحول، كل هذه العوامل تؤثر سلبا على صحة الافراد، حيث تسبب التوتر العصبي للأفراد الناتج عن الازدحام والضوضاء، أما في الريف رغم انتشارها الا أنها تتواجد بنسب أقل من المدينة وذلك بخصائصها البسيطة ونمط المعيشة والغذاء الذي يتناولونه الفرد حيث يعتمد بدرجة أكبر على الأطعمة الصحية كالخضر والفواكه والحبوب والتمر بالإضافة الى النشاط الفلاحي والرعوي الذي يعتمد عليه اصحابهم مما يجعلهم دائمي الحركة ويقلل من نسب الإصابة بالأمراض المزمنة .

كما أن عدد سكان المدن في ازدياد حيث نجد أكثر من نصف سكان العالم في الحضر، وقد بلغ عدد السكان في المدن عبر العالم سنة 1990 أقل من 4 من بين 10 أفراد ومن المتوقع في سنة 2050 يكون 8 من بين 10 أفراد في المدن، علما أن نسبة سكان المدن في تزايد بقدر 60 مليون نسمة كل عام، كما عرفت الجزائر زيادة في نسب

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

التحضر بفضل الهجرة من الريف إلى المدينة خاصة بعد الاستقلال حيث كانت نسبة التحضر سنة 1954 بحوالي 25.05% لتبلغ 65.94% في آخر إحصاء سنة 2008<sup>1</sup>. ورغم الظروف الجيدة في المدن وتمتع أفرادها بفرص أكبر من نظرائهم في الريف في زيادة الدخل والمسكن اللائق وظروف المعيشة الحسنة وسهولة حصولهم على خدمات التعليم والصحة وزيادة في أمل الحياة، إلا أنه في المدن تكثر وتتركز المخاطر المؤثرة على الصحة وتتفاقم بفعل تلوث المياه والهواء والضوضاء والكثافة السكانية العالية التي لها تأثير في تفشي الأمراض المعدية وغير المعدية مثل الأمراض والالتهابات التنفسية الحادة مثل SARS عام 2003 مرض الكورونا covid19 المستجد نهاية 2019 وبداية سنة 2020، كما أن التغيير في النظم الغذائية والتحول إلى الأغذية الغنية بالسعرات الحرارية والدهون المرتفعة والسكر والملح ونقص النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول تزيد في التعرض للخطر الثلاثي الذي يحدث بالصحة في المدن مثل أمراض القلب والسرطان والسكري<sup>2</sup>، والجدول الموالي يوضح نسب الإصابة بالأمراض حسب وسط الإقامة في مختلف المسوح .

جدول رقم (11): أنواع الإصابة بالأمراض المزمنة بين المسوحات PAFAM MICS4 حسب متغير الإقامة

MICS4 2012		PAFAM 2002		سنة التحقيق نوع المرض
ريف	حضر	ريف	حضر	
4.7	6.1	2.4	3.4	الضغط الدموي
2.2	3.2	1.1	1.8	داء السكري
1.2	1.2	1.6	1.6	امراض المفاصل
0.7	1.0	0.8	1.1	امراض القلب
1.1	1.4	1.2	1.4	الربو
0.2	0.2	0.1	0.1	السرطان بأنواعه
0.2	0.2	0.5	0.5	الكلية

المصدر: عمل خاص من التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2013

<sup>1</sup> يحي لعمارة محامد وصديق خوجة خالد، ظاهرة التحضر في الجزائر بالأرقام، مقال بمجلة التدوين، جامعة وهران 2، العدد 13، 2019، ص 6.

<sup>2</sup> منظمة الصحة العالمية، ملخص المدن الخفية، الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، جنيف، 2010، ص ص 9-10.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

كما نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن جميع الأمراض وأغلبها تنتشر في الوسط الحضري أكثر منه في الوسط الريفي وهي تشهد الزيادة في الارتفاع في كلا التحقيقين وفي جميع الأقاليم بالجزائر إلا أن الارتفاع دائما للوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي للاعتبارات السابقة.

**2-2- العمر:** يعتبر العمر أحد العوامل الرئيسية في الإصابة بالأمراض المزمنة حيث كلما ارتفع العمر زادت نسب الإصابة والعكس صحيح، والجدول الموالي يوضح ذلك.

**جدول رقم(12): الإصابة بالمرض حسب متغير العمر للتحقيقات MICS3 MICS4 PAFAM**

MICS4		MICS3		PAFAM	
%	فئات العمر	%	فئات العمر	%	فئات العمر
2.6	24-15	2.6	0-18	1.3	اقل من 40
4.4	39-25	3.2	19-24	4.7	49-40
15.9	49-40	4.3	25-35	10.9	59-50
31.5	59-50	18.5	35-59	19.6	69-60
48.8	69-60	51.0	+60	25.9	70+
60.7	70+				

المصدر: عمل خاص اعتمادا على التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2006، 2013

من خلال ملاحظتنا للجدول أعلاه ومن خلال النتائج المصرح بها خلال مختلف المسوح، يتضح أن نسب الإصابة بالأمراض المزمنة تتزايد كلما تقدم العمر خاصة فوق سن 35 سنة وتتزايد معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة، فهي تخص بالدرجة الأولى فئة المسنين كونهم يتميزون بالضعف الجسدي وضعف المناعة مما يجعلهم عرضة لمختلف الأمراض وخاصة أمراض القلب والسكري.

ونجد في جميع البلدان أن الأمراض المزمنة ترتفع بين فئة النساء ونذكر منها الأمراض القلبية الوعائية والأمراض التنفسية التي تنتج عن تعرض النساء للدخان والتلوث في البيوت اثناء تأدية الواجبات المنزلية وهي سبب للعجز والوفاة لهذه الفئة<sup>1</sup>.

**2-3- الجنس:** إن الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري تتأثر بالعمر والجنس والجدول التالي يبين ذلك حسب مصادر المعطيات.

1- منظمة الصحة العالمية، ملخص المرأة والصحة، جنيف، 2009، ص 3.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (13): الإصابة بالأمراض المزمنة حسب متغير الجنس من خلال المسوحات PAPFAM MICS3 MICS4 حسب متغير الجنس.

الجنس		التحقيق
رجال%	نساء%	
9.7	13.1	PAPFAM
8.4	12.6	MICS3
11.1	17.3	MICS4

المصدر: التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2006، 2013

عند قراءتنا لمعطيات الجداول أعلاه رقم (13) نلاحظ بأن الأمراض المزمنة منتشرة أكثر بين النساء وذلك مهما كان نوع المرض المزمن وهذا راجع إلى أن المرأة الجزائرية تتعرض إلى عدة عوامل مساعدة لإصابتها بالأمراض المزمنة ومنها ارتفاع نسبة الخصوبة والضغط النفسية داخل الاسرة وخارجها وتعدد أدوارها ومسؤولياتها، مما يجعلها أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض المزمن خاصة مع التقدم في السن والجدول الموالي يوضح الإصابة بالأمراض المزمنة حسب الجنس ونوع المرض عبر التحقيقات.

جدول رقم (14): توزيع الامراض المزمنة من خلال المسوحات حسب متغير الجنس ونوع المرض

MICS4		PAPFAM		سنة التحقيق حسب الجنس	نوع المرض
رجال	نساء	رجال	نساء		
3.7	7.5	1.8	4.2		الضغط الدموي
2.8	3.0	1.3	1.7		داء السكري
0.7	1.7	1.0	2.2		امراض المفاصل
0.8	1.0	0.8	1.1		امراض القلب
0.2	0.3	1.3	1.2		الربو
0.2	0.2	0.1	0.1		السرطان بأنواعه
0.2	0.2	0.5	0.6		الكلية

المصدر: عمل خاص اعتمادا على التحقيقات السكانية بالجزائر 2002، 2013

من خلال الجدول رقم (14) نلاحظ أن الإصابة بالأمراض المزمنة لدى النساء أكثر من الرجال من خلال مسح 2002 ومسح 2012-2013 ويظهر الفرق كبير خاصة في

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

أمراض الضغط الدموي وداء السكري وسرعة انتشاره أكثر من باقي الامراض المزمنة، حيث كانت نسبة الإصابة بمرض الضغط الدموي سنة 2002 1.8% للرجال و4.2% للنساء لتنتقل الى أعلى مستوياته سنة 2012 حيث أصبح 3.7% للرجال و7.5% وهي نسب كبيرة وتشهد الزيادة والانتشار بسرعة في المجتمع الجزائري، وهذا يتجلى في أن النساء أقل نشاط حركي وارتفاع مستويات البدانة بينهن، ومكوئهم في البيت وضعف المستوى الثقافي لديهم ونقص توعيتهم مما يجعلهم أكثر عرضة من الرجال ومع ذلك تزيد كذلك مخاطر الإصابة أثناء فترة الحمل والولادة ومضاعفاتها وحدوث سكر الحمل وارتفاع الضغط الدموي، والنساء فقط هن من يصبن بمخاطر سرطان الثدي والرحم بسبب العلاقات الجنسية والولادة في سن متأخر ونقص الرضاعة الطبيعية والعمر عند انجاب الطفل الأول كلها أسباب تزيد من مخاطر الإصابة بالسرطانات المختلفة وهناك سرطان يصيب الرجال فقط كسرطان البروستات، كما يوجد هناك سرطانات تصيب الرجال أكثر من النساء بسبب عامل التدخين المتفشي بين الرجال أكثر كسرطان الرئة والبلعوم.

كما أن البدانة تنتشر في جميع بلدان العالم وخاصة بين النساء في البلدان المنخفضة الدخل وفي المناطق الحضرية وهي سبب رئيسي للإصابة بالأمراض المزمنة خاصة السكري بين النساء وسرطان الثدي وسرطان الرحم<sup>1</sup>، كما أن قلة النشاط البدني العالمي للفئات البالغة من 18 سنة وأكثر قدرت بحوالي 23% سنة 2014 وكانت نسبة النساء أقل من الذكور بفارق 6%، كما أن البدانة تنتشر في العالم بين النساء أكثر من الذكور حيث بلغت عند النساء البالغة أعمارهم 18 سنة وأكثر بحوالي 14% مقابل 10% للذكور<sup>2</sup>، وهما عاملان رئيسيان لانتشار الأمراض غير السارية.

### 2-4- المستوى التعليمي:

يؤثر المستوى التعليمي والثقافي للفرد ووعيه بالمخاطر وإدراكها أكثر في الإصابة بالأمراض المزمنة حيث نجد ذلك واضح من خلال الجدول التالي الذي يكشف عن العلاقة الموجودة بين المستوى التعليمي للأفراد البالغين 15 سنة وأكثر والإصابة بالأمراض المزمنة، وتعذر علينا مقارنته بالتحقيقات السابقة التي لا تتوفر على بيانات خاصة بإصابة الافراد حسب مستواهم التعليمي.

1- منظمة الصحة العالمية، النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الامراض المزمنة، مرجع سابق، ص 80.

2- منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي عن الامراض السارية 2014، جنيف، 2014، ص 8.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (15): توزيع المرض المزمّن حسب المستوى التعليمي لسنة 2012-2013

نوع المرض							نوع المرض المستوى التعليمي
أمراض الكلى	السرطان بأنواعها	أمراض المفاصل	الربو	أمراض القلب	الداء السكري	ضغط الدم	
0.4	0.4	3.3	2.2	2.1	6.1	16.5	بدون تعليم
0.2	0.2	1.4	1.3	1.0	3.9	6.1	ابتدائي
0.2	0.2	0.5	1.1	0.4	1.6	1.9	متوسط
0.1	0.1	0.6	0.9	0.5	1.5	1.8	ثانوي
0.1	0.1	0.4	0.7	0.3	1.2	1.2	عالي
1.0	1.0	1.2	1.3	0.9	2.9	5.6	المجموع

المصدر: التحقيقات السكانية بالجزائر 2012-2013 MICS4

تشير معطيات الجدول رقم(15) أن نسب الإصابة بالأمراض المزمنة أكثر بين الأفراد بدون تعليم والاقبل مستوى ، فنسبة الإصابة بمرض ضغط الدم مثلا بلغت 16.5% بين الأفراد غير المتعلمين، وتتنخفض هذه النسبة مع ارتفاع المستوى التعليمي للأفراد حيث بلغت 1.2% بين الأفراد الذين لهم مستوى عالي كما عرفت نسبة الإصابة بالداء السكري نفس التوجه في الانخفاض الذي سلكه مرض ضغط الدم حيث بلغت 6.1% بين الأشخاص بدون تعليم ثم انخفض بشكل تدريجي لتبلغ 1.2% للأفراد ذوو مستوى تعليمي عالي، وبشكل عام فإن الإصابة بالأمراض المزمنة يصيب بالدرجة الأولى الأفراد بدون مستوى تعليمي، كما ينخفض بين الأشخاص الذين حصلوا على مستوى تعليمي مرتفع، فالعلاقة الموجودة بين المستوى التعليمي للأفراد ونسبة الإصابة بالأمراض المزمنة علاقة عكسية.

2-5- مؤشر الثروة: هذا المؤشر هو بدوره نجد التفاوت في نسب الإصابة به حيث نجد العلاقة الطردية بين نسب الانتشار ومؤشرات الثروة والجدول التالي يوضح ذلك.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

جدول رقم (16): توزيع المرض المزمن حسب مؤشر الثروة لسنة 2012-2013 MICS4

نوع المرض							مؤشر الثروة
أمراض الكلى	السرطان بأنواعها	أمراض المفاصل	الربو	أمراض القلب	الداء السكري	ضغط الدم	
0.3	0.2	1.3	1.4	0.7	1.8	4.2	أكثر فقرا
0.2	0.2	1.1	1.2	0.7	2.3	5.2	فقير
0.2	0.2	1.3	1.3	1.0	2.8	5.5	متوسط
0.2	0.3	1.2	1.2	1.0	3.5	6.0	غني
0.2	0.2	1.2	1.2	1.1	4.0	6.7	أكثر غنا
1.1	1.1	1.2	1.3	0.9	2.9	5.6	المجموع

المصدر: التحقيقات السكانية بالجزائر 2013

يتضح من خلال بيانات الجدول بأن نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة ترتفع مع ارتفاع مؤشر الثروة، وخاصة مرض الضغط الدموي والسكري، حيث نجد نسبة الإصابة بضغط الدم بلغت 4.2% بين الأفراد في الأسر الأكثر فقرا، وهذه النسبة مرتفعة أكثر بين الأفراد في الأسر الأكثر غنا حيث بلغت 6.7%. كما انتقلت نسبة المصابين بالداء السكري من 1.8% عند الفئة الأولى إلى 4% عند الفئة الثانية، وقد يرجع ذلك إلى التشخيص بين الأشخاص الأكثر رفاها وإلى نوعية وكمية الأطعمة المشبعة بالدهون التي يتناولها أفراد هذه الأسر التي تؤثر في مثل هذه الأنواع من الإصابة بالأمراض (الضغط الدموي والسكري)، كما نلاحظ نسب الإصابة بالأمراض المزمنة الأخرى كأمراض القلب والربو وأمراض المفاصل والسرطان والأمراض التنفسية متقاربة ولا تختلف بشكل كبير باختلاف مؤشر الثروة.

### ثانيا: مدى الإصابة بالأمراض المزمنة حاليا في الجزائر:

تشهد الأمراض المزمنة في الجزائر ارتفاع مستمر، ففي سنة 2012 نجد 14% من السكان الذين تتراوح أعمارهم 15 سنة وما فوق مصابين بأمراض مزمنة، بعدما كانت في سنة 2006 حوالي 10.5%، وتختلف هذه النسب من حيث الجنس ومكان الإقامة والعمر حيث تنتشر أكثر بين النساء وفي الوسط الحضري وعند كبار السن، وقد شهدت هذه النسب

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

ارتفاع مقارنة مع المسح الأخير MICS4 لسنة 2012-2013 وهذا ما أكدته مختلف التقارير العالمية والوطنية.

1- السكري: حسب معطيات الاتحاد الدولي لمرضى السكري فان معدلات الإصابة بالسكري اكبر بكثير من اخر تحقيق في الجزائر والجزول الاتي يوضح ذلك:

جدول رقم (17): معدل الإصابة بالسكري بالجزائر للفئة العمرية 20-79 سنة 2017

العمر	رجال		نساء	
	حضر	ريف	حضر	ريف
20-24	2,19%	3,15%	2,19%	1,46%
25-29	3,20%	3,45%	3,20%	2,18%
30-34	4,49%	3,78%	4,49%	3,10%
35-39	6,07%	4,14%	6,07%	4,19%
40-44	7,90%	4,53%	7,90%	5,40%
45-49	9,90%	4,97%	9,90%	6,62%
50-54	11,97%	5,44%	11,97%	7,74%
55-59	13,99%	5,96%	13,99%	8,64%
60-64	15,80%	6,53%	15,80%	9,23%
65-69	17,30%	7,15%	17,30%	9,43%
70-74	18,37%	7,83%	18,37%	9,23%
79-75	18,96%	8,56%	18,96%	8,64%

المصدر: أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري، الطبعة الثامنة، 2017.

Source :IDF-Diabetes-Atlas-8e-DM-prevalence-by-age-sex-urban-rural-20-79-years

حسب الجدول نلاحظ أن نسبة الإصابة بالسكري لدى النساء أكثر منه لدى الرجال، كما نلاحظ أن معدلات الإصابة في الوسط الحضري أكبر من الوسط الريفي، كما ترتفع نسب الإصابة بالنسبة للعمر في الفئة من عمر 35 سنة فما فوق خاصة عند النساء وتبدأ في الزيادة أكثر فوق سن 60.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

وقد قدر معدل الإصابة في الجزائر حسب تقرير الاتحاد الدولي لداء السكري لسنة 2017 ب 6.88% للفئة العمرية الأكبر من 18 سنة، وهو أكبر من نسبة التي وجدت في تحقيق 2012-2013 في MICS4 الذي قدرت ب 2.89%، كما قدر عدد الإصابات الجديدة للفئة العمرية 0-19 سنة للجنسين ب 3800 حالة كل عام، حيث تحتل الجزائر المرتبة السادسة عالميا من حيث الإصابة بمعدل 26 لكل 100.000 شخص، وعدد الإصابات للفئة العمرية أكبر من 20 سنة تقدر بحوالي 42500 شخص كل سنة.

جدول رقم (18): نسبة الإصابة ببعض الأمراض في الجزائر لسنة 2016 وعوامل الخطر المرتبطة بها

الجنس	نساء%	رجال%
السكري	10.7	10.2
السمنة	29.3	18
الوزن الزائد	60.3	53.9
الخمول البدني	39.4	25.8

Source : World Health Organization – Diabètes country profiles, 2016.

وحسب آخر الاحصائيات في الجزائر قدرت نسبة الإصابة بالسكري حاليا لسنة 2019 بحوالي 14% أي ما يفوق حوالي 5 ملايين شخص مصاب منهم 20% أطفال<sup>1</sup>، حيث ارتفعت النسبة بشكل كبير ومضاعف ولازالت تشهد معدلات الإصابة الارتفاع كل سنة مما يشكل خطر على الجزائريين.

**2- الضغط الدموي وأمراض القلب:** تشهد نسب الإصابة بالضغط الدموي وأمراض القلب ارتفاع كل سنة، حيث تمس 20% من المجتمع الجزائري فوق سن 20 سنة وهو عامل خطر للإصابة بأمراض القلب وهذا سنة 2010<sup>2</sup>.

**3- الربو:** يقدر عدد المصابين بالربو في الجزائر حاليا أكثر من 1 مليون شخص، وهي تشهد الارتفاع بحوالي 1000 شخص كل سنة حيث قدر عدد المصابين سنة 2010 بحوالي 12000 شخص، وفي سنة 2017 ارتفع عدد الإصابات ليقارب 20000 ألف كل سنة<sup>3</sup>.

1- قناة النهار الجزائرية، اخبار ساعة نصف، شوهد يوم 13-11-2019 على الساعة 20:30

<sup>2</sup> - Mostefa khiati, la santé en Algérie, OPU, Alger, 2017, p112.

<sup>3</sup> - Ibid., p116.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

### 5- السرطان:

ومن بين الأمراض المزمنة التي تشهد ارتفاع في عدد الحالات سنويا نجد السرطان، حيث سجلت الجزائر العاصمة سنة 2012 حوالي 5521 حالة جديدة وتنتشر بين النساء أكثر، وفيما يخص عدد الحالات الاجمالية المسجلة بالجزائر فهي بين من 40000 و45000 حالة جديدة سنويا، وتمثل حوالي 60% من الحالات الجديدة متعلقة بالأعضاء التالية: سرطان الثدي والقولون والمستقيم والرئة والغدة الدرقية والبروستاتا والمثانة، وأغلب الحالات 80% منها تكتشف في وقت متأخر جدا مما يقلل من فرص الشفاء<sup>1</sup>، كما تم تسجيل حوالي 48 ألف حالة سنويا بالجزائر<sup>2</sup>.

---

1- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة، الجزائر، 2014، ص 113

2- قناة النهار الجزائرية، الأخبار، يوم 29-11-2019، 16:00.

## الفصل الثاني \_\_\_\_\_ الأمراض المزمنة وعوامل الإصابة بها

### خلاصة:

شهدت الأمراض المزمنة كل سنة تزايد على المستوى العالمي وهذا راجع الى العوامل التي تم التطرق اليها وهي من مظاهر التغير الاجتماعي ونمط الحياة الحالية المتمثلة في قلة النشاط البدني والتشيخ والتغير في نمط الغذاء وغيرها، حيث تصيب هذه الأمراض كل الدول الفقيرة منها والغنية، وتحدث بعدة فترة زمنية وتتسبب في العديد من الوفيات واعتلالات تصيب الجسم.

ولقد فرضت منظمة الصحة العالمية مجموعة من السياسات والتوصيات الوقائية التي تهدف الى التقليل من الإصابة بهذه الأمراض والحد من الأضرار الناجمة عنها وانعكاساتها منها الكشف المبكر، التوعية الصحية، والابتعاد عن عوامل الخطر كالتدخين والخمول البدني وغيرها.

وفي الجزائر من خلال معطيات المسوحات الثلاثة وبعض التقارير والدراسات نجد الارتفاع المستمر في الإصابة بالأمراض المزمنة فبعدما كانت 12% سنة 2002 أصبحت 14% سنة 2012 ومازالت تشهد الارتفاع حسب التقارير من الجمعيات والمنظمات الصحية وغيرها، كارتفاع في الإصابة بمختلف الحالات السرطان الجديدة كل سنة، ويأتي في مقدمة الإصابة بالأمراض المزمنة الضغط الدموي وداء السكري وأمراض القلب حيث أصبح التزايد المستمر لها يشكل تهديدا للصحة العمومية ويثقل كاهل الدولة الجزائرية من حيث التكفل بها بمبالغ ضخمة، بالإضافة الى حصد الأرواح البشرية.

---

# الفصل الثالث

## العوامل المؤثرة على السلوك الإيجابي والصحة الإنجابية

---

تمهيد

المبحث الأول: السلوك الإيجابي والعوامل المؤثرة فيه

أولاً: تطور الخصوبة في الجزائر.

ثانياً: السلوك الإيجابي والعوامل المؤثرة فيه.

المبحث الثاني: انعكاسات الأمراض المزمنة على الصحة الإنجابية.

أولاً: انعكاسات الأمراض المزمنة على الصحة الإنجابية.

ثانياً: انعكاسات وابعاء الأمراض المزمنة على الأسرة والمجتمعات.

خلاصة الفصل

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

### تمهيد

لقد شهد العالم مؤخرا ارتفاعا في نسب العزوبية وخاصة العالم العربي وهذا نظرا لظروف صعبة تواجه الشباب منها الاجتماعية والاقتصادية، ومن جهة أخرى تتزايد نسب حالات العقم في العالم نتيجة التحولات في العمل والاسرة التي دفعت بالكثير من النساء الى تأجيل الانجاب بالإضافة الى تزايد الامراض المزمنة واعتلال الصحة وعدم حصول بعض النساء من خدمات الصحة الإنجابية اثناء الحمل، وهذا يعكس التفاوت في التنمية الموجود بين الدول المتقدمة والنامية.

لقد مرت الجزائر بمستويات خصوبة عديدة حيث تميزت بعد الاستقلال بخصوبة عالية الى غاية الثمانينات حيث بدأت في الانخفاض الى غاية الألفيات ثم ارتفعت من جديد، وهذا بتأثير مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية منها المستوى التعليمي للزوجين ومشاركة المرأة في العمل واستعمال وسائل منع الحمل وانخفاض معدل وفيات الأطفال والاجنة.

في هذا الفصل سنقوم بشيء من التفصيل لهذه العوامل المؤثرة في الخصوبة بالجزائر بالإضافة الى انعكاسات الامراض المزمنة على الصحة الإنجابية وعلى الاسرة والمجتمعات.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الإنجابي والصحة الإنجابية

المبحث الأول: السلوك الإنجابي والعوامل المؤثرة فيه

أولاً: تطور الخصوبة في الجزائر

تعتبر الخصوبة البشرية ظاهرة ديموغرافية تتعلق بالتناسل بين الأزواج والذي ينتج عنه الإنجاب والولادات، فهي ظاهرة معقدة ومتشعبة وهي من أهم العناصر المسؤولة عن الزيادات السكانية والاستمرار الحيوي للمجتمع<sup>1</sup>، وقد شهدت معدلات الخصوبة على المستوى العالمي ومستوى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا تغيراً وانخفاضاً حيث كان معدل الخصوبة الكلي الذي تتجبه المرأة طوال حياتها من أطفال هو 5 وهذا سنة 1960 ثم انخفض إلى 3 أطفال سنة 2005 في كل من منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا<sup>2</sup>، كما لم تتجاوز نسبة الخصوبة في الدول المتقدمة 1.3 طفل للمرأة الواحدة أو أقل في أواخر التسعينات وهو انخفاض غير مسبوق في معدلات الخصوبة البشرية، وتبقى الدول النامية وحدها هي التي تشهد معدلات مرتفعة في الخصوبة<sup>3</sup>.

إن ارتفاع متوسط سن الإنجاب له أثر على الخصوبة حيث تتخفف مدة الحياة الإنجابية للنساء باقترابها لسن 45 سنة ويكون الحمل أشد خطورة بعد سن 35 لذلك فإن متوسط سن الإنجاب في الجزائر يتجه نحو ارتفاع طفيف نظراً لبعض العوامل الثقافية والاجتماعية (مستوى التعليم لدى الإناث، البطالة، أزمة السكن،... الخ) الذي يساهم في تأخر سن الزواج والإنجاب والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (19): تطور متوسط سن الإنجاب في الجزائر

السنة	1990	2000	2008	2011	2015	2017	2018
متوسط السن عند الإنجاب	29.5	32	31.9	32.2	31.8	31.8	31.6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018، الجزائر، رقم 853

1- آسيا شريف، الظواهر الديموغرافية، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2015، ص 87

2- الأمم المتحدة، الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، شعبة السكان، 2008 ص 11.

3- الأمم المتحدة، تقرير الخصوبة العالمي، شعبة السكان، نيويورك، سنة 2003، ص 4.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

كما أن الحمل في سن مبكرة دون سن 20 يزيد من مستويات الخصوبة اذ يعتبر من العوامل التي تؤدي الى ارتفاع الخصوبة بشكل عام، الا أنه يبقى منخفضا في الجزائر وذلك راجع للعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

والجزائر كسائر بلدان العالم الثالث شهدت ارتفاعا في الخصوبة بعد الاستقلال الى غاية الثمانينات أين اتخذت الدولة سياسة تنظيم النسل وذلك للحد من الاثار السلبية الناتجة عن ارتفاع الخصوبة والحفاظ على صحة الام، وبدأت معدلات الخصوبة تشهد الانخفاض تدريجيا خاصة بعد سنة 2000 الى غاية سنة 2008 اين أعلن الديوان الوطني للإحصائيات عن ارتفاع عدد الولادات الذي تجاوز المليون ولادة حية ابتداء من سنة 2014 والجدول التالي يوضح تطور الخصوبة حسب فئات السن.

جدول رقم (20): تطور الخصوبة حسب فئة السن للنساء في الجزائر للفترة 1990-2018.

السن	1990	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018
19-15	23	10.7	7.7	9.1	9.7	10.3	9.8	9.1
24-20	148	80.2	63.1	81.5	87.0	91.2	88.0	84.4
29-25	222	137.1	125.2	133.4	156.8	162.2	158.6	150.4
34-30	223	136.1	142.1	166.3	167.4	168.0	169.4	160.9
39-35	186	102.6	112.8	130.8	126.3	123.7	127.8	135.2
44-40	86	47.7	48.0	60.4	62.0	62.1	62.7	48.5
49-45	17	10.2	4.8	6.0	8.9	8.8	9.0	5.4

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018، الجزائر، رقم 853

يوضح الجدول أعلاه انخفاض معدلات الانجاب التفصيلية حسب العمر عند الفئة من 19-15 سنة وعند الفئة العمرية 45-49 سنة ويرتفع عن الفئة العمرية من 25-29 و30-34 ويبدأ في التناقص تدريجيا وهو النمط العمري السائد للخصوبة حسب السن، ونلاحظ أن مستويات الخصوبة في ارتفاع بدا من سنة 2000 بعدما شهدت سنوات التسعينات انخفاضا شديدا.

### الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الإنجابي والصحة الإنجابية

كما يعتبر المؤشر التركيبي للخصوبة أفضل طريقة وأسهل للدراسة مستويات الخصوبة وهو متوسط عدد المواليد الأحياء التي تتجنبهم المرأة في حياتها الإنجابية التي تبدأ من سن البلوغ إلى سن اليأس (15-49) وهي فترة الحمل، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (21): المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر للفترة من 1990-2018

السنة	المؤشر التركيبي للخصوبة
1990	4.5
2000	2.4
2005	2.5
2008	2.8
2010	2.9
2014	3.0
2015	3.1
2018	3.0

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018 رقم 853

نلاحظ أن هناك انخفاضا في مستويات الخصوبة في الجزائر حيث بلغ المؤشر التركيبي 4.5 طفل سنة 1990 لتتخف تدريجيا سنوات التسعينات لتصل سنة 2000 إلى 2.4 ثم تبدأ تدريجيا في ارتفاع طفيف حيث سنة 2010 بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة بحوالي 2.9 ثم سنة 2015 بحوالي 3.1 طفل، وترجع أسباب الانخفاض إلى عدة عوامل اجتماعية واقتصادية وديموغرافية منها ارتفاع مستويات البطالة وتأخر سن الزواج وارتفاع مستويات التعليم للإناث الذي له دور في تقليص حجم الأسرة، بالإضافة إلى استعمال وسائل منع الحمل والرضاعة الطبيعية والأجهاض، كما ارتفع المؤشر التركيبي للخصوبة بداية من سنة 2008 نتيجة لتحسن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر، وارتفاع معدلات الزواج خاصة في الفترة ما بين 2008 و2015 حيث شهدت زيادة كبيرة في عدد الولادات (انظر الجدول رقم 23)، كما أن هناك زيادة في عدد النساء في سن الإنجاب وانخفاض طفيف في استعمال وسائل منع الحمل (انظر الجدول رقم 25)، كل هذه العوامل أدت إلى زيادة عدد الولادات بعد سنة 2008 والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (22): تطور معدلات الولادات في الجزائر للفترة من 1970-2018

السنة	معدل الخام للولادات بالألف
1969-1970	50.10
1980-1976	44.40
1990	30.94
2000	19.36
2005	21.36
2010	24.68
2015	26.03
2016	26.12
2017	25.40
2018	24.39

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018 رقم 853

يظهر هذا الجدول الانخفاض الكبير للولادات، خاصة بين سنة 1990 و2000، ثم شهدت ارتفاعا تدريجيا ابتداء من سنة 2006 وهذا راجع للأسباب السالفة الذكر.

ثانيا: السلوك الإنجابي والعوامل المؤثرة فيه.

### 1-العوامل المباشرة:

**1-1-متوسط السن عند الزواج الاول:** يعتبر متوسط سن الزواج الاول من العوامل المباشرة في التأثير على الخصوبة حيث يؤثر في حجم وتركيب الاسرة، كما يؤثر في الزيادة السكانية للبلدان، وهو السن الذي يتزوج عنده الافراد للمرة الأولى ويطلق عليه كذلك عدد السنوات التي يقضيها الانسان في الحياة العزوبية، ويرتبط ارتباطا وثيقا بالسلوك الانجابي، وقد شهد تراجع في اغلب دول العالم والدول العربية اذ بلغ متوسط سن الزواج في العالم سنة 2003 حوالي 27.2 سنة للرجل و23.2 سنة للمرأة بعدما كان في مستويات اقل ومازال يشهد ارتفاعا حيث يقضي الشباب فترات أطول في الحياة العزوبية<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - الأمم المتحدة، تقرير الخصوبة العالمي، مرجع سابق، ص1.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

والجزائر كغيرها من الدول شهدت ارتفاعا في متوسط سن الزواج الاول بالنسبة للجنسين خاصة في سنوات التسعينات حيث كانت هناك الازمة الأمنية أدت الى عزوف الشباب عن الزواج، كما ساهم ارتفاع المستوى التعليمي للجنسين ورغبة الاناث في التفرغ للدراسة وولوج عالم الشغل الى تأخر سن الزواج، وأصبحت الإناث يخصصن وقتا أطول للتحضير المادي للزفاف، كل هذه العوامل غيرت تفكيرهن في تنظيم الأسرة ودفعهن للتأخر في الزواج، وهو ما ينعكس سلبا على عدد الولادات في الحياة الزوجية، والجدول التالي يبين معدلات السن عند الزواج الأول عند الجنسين:

جدول رقم (23): تطور سن الزواج الأول حسب الجنس في الجزائر

السنة	1977	1987	1992	1998	2002	2006	2008*
السن عند الزواج الأول للرجال	25.3	27.9	30.2	31.3	33	33.5	33
السن عند الزواج الأول للنساء	20.9	23.7	25.8	27.7	29.6	29.9	29.3

المصدر: جريدة عميرة، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، الطبعة الثانية، 2018، ص115

\* اسيا شريف، الظواهر الديموغرافية، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2015، ص73.

يتبين من خلال الجدول أعلاه، ارتفاع معدلات سن الزواج لكلا الجنسين خاصة نهاية الثمانينات مما يعكس التغير في أنماط الزواج في المجتمع الجزائري والتحولت الاجتماعية والاقتصادية التي عرفت الجزائر خاصة تعلم الفتاة وخروجها الى العمل، ويؤثر ارتفاع المستوى التعليمي على السن المتوسط للزواج حيث يرتفع السن عند النساء المتعلقات عن غيرهن من اللواتي لهن مستوى منخفض، وهذا ما دلت عليه التحقيقات السكانية منها تحقيق سنة 2006 نجد سن الزواج لدى النساء غير المتعلقات هو 28.7 بينما نجده في فئات المستوى الثانوي والجامعي هي 33.2، كما أن مكان الإقامة له تأثير في ارتفاع متوسط العمر عند الزواج الأول، فنجد مرتفع في الوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي أين يفضلون الزواج المبكر، كما يؤثر ارتفاع السن عند الزواج الأول خاصة عند الاناث على عدد الأطفال المنجبين في الاسرة فهي علاقة عكسية في ظل غياب العوامل غير المباشرة حيث كلما ارتفع سن الفتاة عند زواجها كلما انخفضت خصوبتها والعكس حيث كلما انخفض سن الفتاة عند زواجها تطول مدة الحياة الزوجية ويزيد عدد الأطفال المنجبين.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الإنجابي والصحة الإنجابية

يعد تراجع سن الزواج في الجزائر عاملا أساسيا يساهم في خفض مستويات الخصوبة، ويعد مؤشرا لبدأ حياة الحمل عند النساء ويحدد الانجاب الفعلي للمرأة، فالتأخير في سن الزواج للنساء يقلص فترة الانجاب المحددة ويزيد في ظهور الحمل عالية الخطورة في سن الانجاب المتأخرة، ويعد مؤشر السن عند الزواج عاملا يحتل المرتبة الثانية بعد استعمال وسائل منع الحمل في خفض الخصوبة نظرا لارتباطهما المباشر بالزواج والخصوبة ولا تتم إلا عن طريقه<sup>1</sup>، كما أن تأخر سن الزواج ينعكس بالسلب على الخصوبة وذلك أن المرأة بعد سن الثلاثين تنخفض قدرتها على الحمل والانجاب كما تزيد من حالات الإجهاض وتزايد نسبة العقم لديها كلما اقتربت من الأربعين بالإضافة الى الآثار السلبية على صحة الأم والجنين<sup>2</sup>.

كما نجد أن معدلات العزوبية ترتفع في فئة النساء خاصة فئة 35-39 التي تقدر في الجزائر سنة 2002 بحوالي 18% كما أن احتمالية الزواج بعد سن الأربعين قليل جدا<sup>3</sup>. إضافة إلى تأثير تأخر سن الزواج على السلوك الإنجابي، فإن عاملا آخر عرفه المجتمع الجزائري كان له بالغ الأثر على معدل الخصوبة للنساء وهو الارتفاع المتزايد لمعدلات الطلاق بالمقارنة مع معدلات الزواج والجدول الموالي يبين معدلات الزواج والطلاق في المجتمع الجزائري.

جدول رقم (24): معدلات الزواج ومعدلات الطلاق في الجزائر للفترة من 2000-2018

السنة	2000	2006	2008	2010	2013	2014	2015	2017	2018
معدل الزواج %	5.84	8.82	9.68	9.58	10.13	9.88	9.24	8.14	7.79
معدل الطلاق %	/	11.72	11.9	14.46	14.81	15.75	16.23	19.32	19.80

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018 رقم 853

-الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2017 رقم 816

1- احمد دريدش، متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر، دراسة ديموغرافية، مجلة افاق لعلم الاجتماع، جامعة سعد دحلب البلدية، الجزائر ص 137.

2- حورية سعدو، المشروع العربي لصحة الأسرة، صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، مجلة دورية علمية متخصصة ومحكمة، المجلد الخامس، العدد الرابع عشر، القاهرة، يونيو 2012، ص 87.

3- الأمم المتحدة، الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، مرجع سابق، ص 9.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

نلاحظ بداية من سنة 2000 ارتفاع في معدلات الزواج حيث في سنوات التسعينات ارتفعت نسبة العزوبية نظرا للظروف الأمنية والاقتصادية، الى أن تضاعف معدل الزواج سنة 2013 وتحسن الظروف المعيشية وانخفاض نسبة البطالة في الجزائر وهو ما ساهم في عودة ارتفاع الخصوبة في الجزائر الى اكثر من 3 طفل لكل امرأة، ثم بدأت تنخفض تدريجيا الى أن وصلت 7.79 سنة 2018 حيث تشهد الجزائر عودة ارتفاع البطالة وأزمة السكن.

بينما نلاحظ الارتفاع في معدلات الطلاق في المجتمع الجزائري مما يؤثر على السلوك الانجابي للمرأة وخصوبتها في حياتها الإنجابية خاصة اذا لم يحصل إعادة الزواج ثانية، وقد ساهمت عدة عوامل في زيادة معدلات الطلاق في الجزائر، وفي بعض الدول العربية منها العنف ضد المرأة والضغط الاقتصادي التي يعاني منها الزوج (البطالة وأزمة السكن) وتغير في بنية الاسرة التقليدية، بالإضافة إلى عامل التحضر وخروج المرأة الى عالم الشغل والاختيار الفردي للزوجين وعدم التكافؤ في العمر والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي خاصة في طبقة الفقراء كلها عوامل تؤثر في زيادة الطلاق في الجزائر وبعض الدول العربية<sup>1</sup>.

**1-2- استعمال وسائل منع الحمل:** يعتبر استعمال موانع الحمل من العوامل المباشرة المؤثر في الخصوبة والسلوك الانجابي، وقد شهد استخدام موانع الحمل في كل انحاء العالم انتشارا واسعا حسب التقرير العالمي للخصوبة لسنة 2003 وخاصة البلدان النامية وأثر على خصوبة السكان خاصة ما بين 1970 وسنة 2000 حيث شهد العالم انخفاضا كبيرا في معدلات الخصوبة وكانت من بين الأسباب السلوكية التي أثرت على الخصوبة والسلوك الإنجابي هي استخدام طرق تنظيم النسل التي اتبعتها السياسات الحكومية والتي عدلت من مستويات الخصوبة بطرق مباشرة وغير مباشرة بدعمها وتوفيرها للنساء والجزائر كذلك اتبعت سياسية تنظيم النسل حيث شهدت ارتفاعا ملحوظا في نسب استعمالها والجدول التالي يبين ذلك:

1- احمد عبد المنعم، مستويات واتجاهات ظاهرة الطلاق وأساليب الحد منها في بعض الدول العربية، صحة الاسرة العربية والسكان، جامعة الدول العربية، المجلد الرابع، العدد 11، القاهرة، سنة 2011، ص ص 9، 10.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

جدول رقم (25): تطور استعمال وسائل تنظيم الاسرة حسب العمر في المجتمع الجزائري.

سنة التحقيق	1986	1992	1995	2002	2006	2012-2013
سن المرأة	17.6	26.4	43.5	26.2	20	28.7
19-15	26.8	39.5	52.3	41.1	43.2	45.2
24-20	36.5	52.7	62.4	56.7	58.1	55.8
29-25	40.3	56.1	63.8	61.3	67.0	62.4
34-30	44.3	56.4	63.1	66.4	69.1	67.0
39-35	42.2	52.2	53.8	59.8	68.9	63.5
44-40	23.9	38.9	33.5	45.1	49	42.5
49-45	35.5	50.8	56.9	57	61.4	57.1
المجموع						

المصدر: جريدة عميرة، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، الطبعة الثانية 2018، ص158

تتأثر اتجاهات الخصوبة لدى النساء باستعمال وسائل تنظيم الاسرة على جميع الفئات العمرية في سن الانجاب وعلى جميع الطبقات الاجتماعية، وقد شهدت ارتفاعا كبيرا في الجزائر وذلك عبر مختلف المسوح الإحصائية حيث انتقلت نسبتهم من 35.5% سنة 1986 الى نسبة 57.1% سنة 2013، كما نلاحظ بدا الاستخدام في سن مبكر في الفئة العمرية 19-15 سنة.

ونلاحظ انخفاض في نسب الاستعمال من سنة 2006 الى سنة 2012 حيث كانت 61.4% وانخفضت الى 57.1% وهذا راجع الى ارتفاع سن الزواج لدى الاناث حيث ترغب النساء في الإسراع في الانجاب في المدة المتبقية لهن<sup>1</sup>، بالإضافة الى ارتفاع الإصابة بالأمراض المزمنة في هذا السن الذي يؤدي النساء الى الحرص على الانجاب في سن اصغر وقبل بلوغ سن الاربعين.

كما أن الطرق المستعملة لمنع الحمل في الجزائر هي الوسائل الحديثة والمعروفة بالحبوب وتنتشر في الوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي رغم الانتشار الطفيف لباقي الوسائل التقليدية التي تنتشر في الوسط الريفي أكثر، كما يؤثر المستوى التعليمي للنساء على استخدام وسائل منع الحمل حيث النسبة الكبيرة لذوي المستوى التعليمي المرتفع حسب

<sup>1</sup> - خديجة حسين و رابح سعدي، عودة ارتفاع الخصوبة ديموغرافية جديدة في الجزائر، مقال بمجلة افاق علم الاجتماع، جامعة البلدة، الجزائر العدد 16، ديسمبر 2018، ص12.

### الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

كافة التحقيقات ويتأثر هذا الاستعمال بجنس الطفل وترتفع عند وجود الذكور والعكس، وتعتبر وسائل منع الحمل مؤشرا اولا الى جانب ارتفاع السن في التأثير على الخصوبة في الجزائر<sup>1</sup>.

وتوفر وسائل منع الحمل من شأنه أن يخفض في مستوياتها في أي مجتمع سكاني، وهي الوسيلة الأولى لخفض معدلات الخصوبة ومنع الولادات غير المرغوب فيها ومباعدة فترات الحمل التي تعزز الصحة الإنجابية للنساء، فكلما كان استخدامها مبكرا أثر على انخفاض مستوى الخصوبة.

**1-3- المدة الفاصلة بين ولادتين:** تؤثر العوامل الديموغرافية والصحية ومنها العمر وارتفاع المستوى التعليمي وصحة المرأة في المدة الفاصلة بين ولادتين حيث ارتفعت في المجتمع الجزائري من 2.5 سنة عام 1992 الى 3.5 سنة تقريبا حسب مسح الاسرة لسنة 2002، وتختلف المدة وترتفع حسب التقدم في العمر وتتنخفض في انخفاض الفئة العمرية ونفس التأثير في المستوى التعليمي كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت المدة الفاصلة والعكس، كما تعتبر من العوامل المؤثرة في الخصوبة وكذلك على صحة الام وصحة طفلها. كما أن الرضاعة الطبيعية لها دور في التأثير على الإنجاب فكلما كانت فترة الرضاعة قصيرة كانت فترة المباشرة أقصر خاصة في الدول النامية مما يؤدي الى زيادة عدد أطفال الاسرة وهذا يتزايد في ظل عدم استخدام وسائل منع الحمل.

**1-4- فقدان الحمل:** يعتبر فقدان الحمل من العوامل المؤثرة في مستويات الخصوبة، كما أن أشكال فقدان الحمل متعددة ومنها الإجهاض والحمل خارج الرحم أو إنهاء الحمل بسبب تشوه الجنين او الولادات الميتة المتعلقة بالحمل والولادة، وهي تعكس الوضع الصحي للدولة كما تتأثر بالمستوى الثقافي والتعليمي للزوجين وخصوصا المرأة، والجزائر تشهد انخفاضا في عدد وفيات الاجنة في السنوات الأخيرة.

**جدول رقم (26): معدل المواليد الاموات في الجزائر للفترة 2006-2018**

السنة	2006	2010	2015	2017	2018
معدل وفيات الرضع %	23.6	18.2	13.9	12.5	12.1

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018 رقم 853

1- جريدة عميرة، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، 2018، الطبعة الثانية، ص، 165، 166.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

نلاحظ أن هناك انخفاضا في معدلات المواليد الأموات وهذا راجع الى التحسن في الأوضاع الصحية في الدولة.

**1-4- عوامل ديموغرافية:** والمتمثلة في طول مدة الحياة الزوجية أو المعاشرة الزوجية وهي الفترة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انقطاع بسبب من الأسباب الطلاق أو الترمل، وتؤثر طول المدة أو قصرها على عدد الأطفال المنجبين للمرأة خاصة إذا كانت في فترة خصوبتها من 15-49 سنة، فالعلاقة طردية بينهما فكلما طالت مدة الحياة الزوجية كلما زادت إمكانية إنجاب عدد أكبر من الأطفال.

### ثانيا: العوامل غير المباشرة المؤثرة في السلوك الإنجابي والصحة الإنجابية

تعتبر دراسة الخصوبة والعوامل المحددة لها ذات اهتمام في كل الدراسات العلمية والإنسانية، فهي تهتم بكيفية نمو السكان وتطورهم وبقائهم في أي مجتمع، فهي تؤثر في هيكله السكان لأي مجتمع بالتزايد أو التناقص وتختلف مستوياتها زمنيا ومكانيا وفقا لاختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية للسكان عكس الوفيات التي تؤثر بالسلب، كما تمثل الخصوبة أحد مظاهر السلوك الانجابي المعبر عنه بعدد الأطفال المنجبين خلال مدة خصوبة المرأة التي تتراوح من 15- 49 سنة من عمرها، ومن أجل معرفة العوامل غير المباشرة المؤثرة عليها نتطرق الى البعض منها:

#### 1-العوامل الاجتماعية والثقافية:

أ- التحضر: التحضر هو حياة المدن ومعيشتها التي أصبحت تتزايد نسبها بشكل كبير في العالم حيث يعيش حاليا أكثر من نصف سكان العالم في المدن ويزيد السكان في المدن كل سنة بحوالي 60 مليون شخص، وهذا نتيجة تسارع العولمة والتكنولوجيا<sup>1</sup>، والتحضر أحد المظاهر الديموغرافية التي تؤثر على الخصوبة بالانخفاض فالعلاقة عكسية بينهما وهذا راجع الى أن التحضر يرفع من المستويات الثقافية والتعليمية وظهور الأسر النووية التي تقل خصوبتها عكس المناطق الريفية التي تزيد مستويات الخصوبة فيها بالإضافة إلى التغيير في العادات والتقاليد واختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي، كما نجد ارتفاع استعمال موانع الحمل في الحضر أكثر منه في الريف وهذا له تأثير واضح على الخصوبة.

1- منظمة الصحة العالمية، ملخص المدن الخفية، مرجع سابق، ص 7.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

والجزائر كسائر بلدان العالم فقد شهدت زيادة في نسب التحضر في نهاية القرن 19م الى يومنا هذا حيث كانت نسبة التحضر سنة 1886 تقدر 13.95% وانتقلت سنة 1954 الى 25.05% وبلغت في اول إحصاء للسكن والسكان سنة 1966 الى 31.43% وفي إحصاء 1987 بلغت نسبة التحضر 49.54% ليصل الى 65.94% في اخر إحصاء سنة 2008<sup>1</sup>.

ب- **المستوى التعليمي:** يعتبر التعليم من أهم المتغيرات الاجتماعية الذي يساهم في تحسين وضع المرأة الصحي وصحتها الإنجابية، فكل الدراسات تشير الى العلاقة العكسية بين الخصوبة والمستوى التعليمي للمرأة، كذلك يؤثر المستوى التعليمي على المتغيرات الديموغرافية الأخرى كتأخر سن الزواج واستعمال وسائل منع الحمل وبالتالي ينخفض عدد الأطفال في الاسرة لدى النساء الأكثر تعليماً، كما يؤثر المستوى التعليمي على معدلات وفيات الأطفال حيث تقل وفيات الأطفال لدى النساء الأكثر تعليماً، بالإضافة الى الدور الهام الذي يلعبه في تمتع الامهات بصحة أفضل واكتساب معارف ومعلومات بخصوص الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض والتغذية الجيدة لهن ولأطفالهن واتباع سلوك مختلف في مجال تباعد الولادات.

الى جانب ذلك يساهم أيضا المستوى التعليمي في الحمل والتهيئة له بإجراء الفحوصات والتحاليل الطبية اللازمة والكشف عن الأمراض مثل السكري والقلب والتأكد من القدرة الإنجابية وأخذ الاحتياطات اللازمة، ويعتبر أيضا تعليم المرأة من العوامل الرئيسية التي تساعدها في تمتعها بصحة افضل عبر مواجهتها عدة قضايا مثل الزواج المبكر بالإكراه أو الممارسات الخاطئة اثناء الحمل والولادة وتربية الأطفال، ولقد بذلت منظمة الصحة العالمية جهودا كثيفة في تحسين الصحة حول العالم بتقديم خدمات صحية أعلى للمجتمع وللمرأة خصوصا وذلك عبر برامج لمكافحة الأمية للنساء وهي من القضايا المهمة التي طرحها سابقا المنتدى الدولي الذي عقد بغانا بعنوان كسر دائرة الفقر وعدم المساواة وكانت تخص المرأة وهي وفيات الأمهات وسوء التغذية والعنف ضد المرأة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>- يحي لعمارة محامد وصديق خوجة خالد، مرجع سابق، ص6.

<sup>2</sup>- احمد محمد بدح واخرون، الثقافة الصحية، دار المسيرة، الأردن، بدون سنة، ص 139.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

كذلك نجد الفتاة إذا تحصلت على شهادة جامعية فإنها ترغب في الخروج الى العمل والحصول على وظيفة مما يحسن وضعها الاقتصادي والاجتماعي وبالتالي تكون أكثر استجابة لتعاطي وسائل تنظيم للنسل من حيث تباعد الولادات والتقليل من عدد اطفالها وتحديد العدد المرغوب فيه وهذا من اجل التوفيق بين العمل وخدمة المنزل وتربية الأطفال.

وحسب الديوان الوطني الإحصائيات في الجزائر لسنة 2018 فإن نسبة التعليم الابتدائي والمتوسط للإناث بلغ اكثر من 47% في حين ان نسبة الاناث في التعليم الثانوي تجاوزت عدد الذكور حيث فاقت 56% في السنوات الأخيرة، وبهذا تجاوزت نسبة الذكور وهذا عكس سنوات سابقة في التسعينات حيث كانت نسبة الذكور تتجاوز الإناث في مرحلة التعليم الثانوي والجامعي وذلك لعدة أسباب منها الاجتماعية كالزواج المبكر أو بعد المسافة للثانويات عن مقر الإقامة أو نقص الوعي الثقافي أو للظروف المادية، بينما حاليا تزايد الوعي ومجهودات الدولة في بناء الهياكل التعليمية والمنشآت القاعدية، وهذا له دور كبير في انخفاض مستويات الخصوبة بتحسن المستوى الثقافي للمجتمع وللنساء بصفة عامة وهذا ما أكدته اغلب الدراسات بوجود العلاقة العكسية بين المستوى التعليمي والخصوبة والعلاقة الطردية اتجاه الصحة الإنجابية للنساء.

**ج-المركز الاجتماعي للمرأة:** يمثل المركز الاجتماعي للمرأة المستوى التعليمي الذي وصلت اليه بالإضافة الى خروجها إلى العمل، وكل الدراسات تشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى التعليم كلما انخفضت الخصوبة، فهناك علاقة عكسية بينهما فتعليم المرأة يزيد من وعيها نحو تنظيم النسل وفوائده، عكس المرأة قليلة التعليم التي ترتبط ثقافتها بالعادات والتقاليد مما يؤدي الى زيادة انجابها، بالإضافة إلى أن مستوى التعليم يعود بالفائدة على الأطفال وتمتعهم بصحة جيدة أفضل، فالتحضر وارتفاع المستوى التعليمي إلى جانب خروج المرأة إلى العمل يرفع من المراكز الاجتماعية و يجعل المرأة تتحكم في سلوكها الانجابي أحسن من نظيراتها في المناطق الريفية، والجزائر سجلت معدلات منخفضة للامية التي لها دور وانعكاسات على انخفاض مستويات الخصوبة وتحسن الصحة الإنجابية لان التعليم من شأنه أن يحسن في اتخاذ القرارات الصحيحة بشأن حياة الأم وأبنائها وخاصة صحتها أثناء فترة الحمل والرضاعة، لذلك هناك ارتباط وثيق في العلاقة بين تعليم الفتاة والخصوبة وصحتها الإنجابية

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

وقد كتب ليون باتا Léon Tabah " من المعروف أن الإنجاب لدى الشعوب مرتبط مرتباً ارتباطاً كبيراً بمستوى التعليمي للنساء والزوجين معا"<sup>1</sup>.

وعرفت الجزائر ارتفاعاً في نسب دخول المرأة عالم الشغل حيث كانت نسبة النساء المشتغلات سنة 1977 لا تتعدى 5.2% وارتفعت الى 10.5% سنة 1991 والى 16.8% سنة 2008 ليصل الى 19% سنة 2013.<sup>2</sup>

**2- عوامل اقتصادية:** ومنها البطالة حيث تراوحت نسبتها في الوطن العربي نحو 27.0%<sup>3</sup> وتصل الى حوالي 29% سنة 2013 وهي أعلى نسبة في العالم حيث تتراوح النسبة العالمية 13% وتتزايد أعداد الشباب الباحثين عن العمل كل سنة، فالمنطقة العربية تحتاج الى خلق فرص عمل لأكثر من 60 مليون شاب وعلى الدول تغيير السياسيات بشأن اتاحة فرص العمل التي من شأنها أن تؤثر في تأخير الزواج وتكوين أسرة التي أصبحت عبأً ثقيلاً على الشباب ومكلفاً<sup>4</sup>، كما أن نسبة البطالة بين النساء أكبر بكثير حيث تصل الى 48%<sup>5</sup>، وهذا ما يؤثر على عدد الأطفال المنجب.

جدول رقم (27): تطور معدلات البطالة في الجزائر

السنة	2000	2005	2008	2011	2015	2016	2017	2019
معدل البطالة	29.77	15.27	11.3	10	11.2	10.5	12.3	*12.5

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2013-2015، رقم 46، 2016.

- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم 48، 2018.

\*اخبار قناة النهار الجزائرية يوم 19-08-2019.

1- جريدة عميرة ، السكان والصحة الإنجابية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، سنة 2015، ص ص 135،133.

<sup>2</sup> -Office national des statistiques , enquête emploi auprès des ménages 2013, la direction technique chargée des statistiques de la population et de l'emploi, Alger ,n185, p10.

3- المعهد العربي للتخطيط، تقرير التنمية العربية، الإصدار الثالث، الكويت، 2018، ص 41.

4- المكتب الإقليمي للدول العربية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية الإنسانية العربية للعام 2016، الشباب

وآفاق التنمية الإنسانية في واقع متغير، نيويورك، 2016، ص 25.

5- المرجع نفسه ص 68.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

نلاحظ من خلال الجدول تحسن في معدلات البطالة مقارنة مع سنة 2000 أين كانت معدلات البطالة مرتفعة، ورغم تراجعها الطفيف انطلاقاً من سنة 2008 إلا أنها بدأت في الارتفاع منذ سنة 2017 وهذا يؤثر على عوامل الاستقرار وعلى انخفاض الخصوبة.

**3- العوامل الصحية:** يعتبر الحمل مرحلة طبيعية لغالبية النساء ومن الناحية الفيزيولوجية فإن هذه المرحلة تتميز بتغيرات تطرا على العديد من أعضاء الجسم مثل القلب والاعوية الدموية والرئتين وغيرها والتي تعتبر مهمة جداً لتهيئة جسم المرأة لاستقبال الجنين ونموه داخل الرحم، ويعتبر الوزن والغذاء اللازمين للمرأة مؤشرا هامين في مرحلة الحمل والولادة وذلك لتفادي تعقيدات الحمل والولادة أو تأثيرهما على الجنين ومن أمراض سوء التغذية لذلك يجب الاعتناء بصحة الجسم، ويعتبر حمض الفوليك الفيتامين الوحيد الذي تحتاجه المرأة قبل الحمل وخلال 12 أسبوع الأول من الحمل والذي يعتبر علاجاً وقائياً من احتمال إصابة الطفل بتشوهات خلقية.

**3-1- الحمل عالي الخطورة:** هي الحمل التي تشكل خطراً على الأم والجنين أكثر من الحمل الطبيعي حيث أن حوالي (10-30%) تشكل ولادات تصنف ضمن الحمل عالية الخطورة والتي تسبب حوالي (75-80%) من الأمراض والوفيات ما حول الولادة<sup>1</sup>، ويكون الحمل مصحوباً بخطورة إضافية بسبب وجود عامل أو عدة عوامل تزيد من احتمال إصابة الام أو الجنين، سواء اثناء الحمل أو بعد الولادة بأمراض أو الوفاة، كما أن الحمل عالي الخطورة ليس بالضرورة نتائجه سلبية دائماً وإنما تكون نسبة عالية لها أثر سلبي ويمكن تفاديها عن طريق المتابعة الجيدة والمنتظمة للحمل، ومن المخاطر التي ترافق الحمل العالي الخطورة:

- موت الجنين
- الولادة المبكرة.
- تأخر نمو الجنين داخل الرحم.
- مرض الجنين.
- الإجهاض.

1- صندوق الأمم المتحدة للسكان مع وزارة الصحة ، دليل المتدرب في الصحة الإنجابية، دمشق 2006، ص 85.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

أ- عوامل الخطر المتعلقة بالحالة الاجتماعية والشخصية: هناك بعض العوامل تساعد في ضمان حمل صحي وامن يتعلق بالخصائص الاجتماعية والشخصية للنساء ومنها<sup>1</sup>:

- **العمر**: يعتبر للحمل قبل 18 سنة او اكثر من 35 سنة تأثير على صحة الأم وذلك بارتفاع التوتر الشرياني المحدث بالحمل، كما تزداد نسبة الإسقاطات والولادات المبكرة وولادات ناقصي الوزن، وتعتبر الولادة بعد 35 سنة خطر على الأم والجنين كما تسبب وفيات الاجنة حول الولادة بثلاث مرات ووفيات الأمهات بـ10 مرات عن الحالات الطبيعية، كما يسبب خطر انجاب طفل بمتلازمة داون في عمر متأخر<sup>2</sup>، ويعتبر الحمل في سن متأخرة خطر على صحة الأم والجنين فيصيب الأم بالقلق النفسي، وعدم قدرتها على استقبال الجنين ونموه طبيعيا داخل الرحم مما يزيد تعرضها لحالات الإجهاض والولادة قبل الأوان أو الإصابة بمرض التسمم الحملي أو تعسر الولادة، إضافة الى احتمال إصابة الأم بأمراض القلب والسكري وغيرها من الأمراض المزمنة، مما يترك آثارا على الجنين من تشوهات ولادية وإعاقات وتخلف عقلي، فالحمل في سن متأخر وخاصة بعد الأربعين ينهك صحة المرأة ويضعف جسدها<sup>3</sup>.

- **الوزن والطول**: الوزن والطول عوامل خطر للام ويعتبر الوزن أقل من 45 كغ أو أكثر من 85 كغ خطر على الحامل كما يعتبر الطول أقل من 1.45م خطرا على الأم الحامل.

### ب-عوامل الخطورة المتعلقة بثقافة المرأة وسلوكها:

- عدم الاهتمام بالصحة الشخصية.

- عدم وجود أو كفاية الرعاية الصحية.

- التدخين وشرب الكحول.

- الحالة النفسية للمرأة وعدم وجود دعم من الزوج والعائلة.

### ت-عوامل الخطورة المتعلقة بالسوابق المرضية<sup>4</sup>:

- ارتفاع التوتر الشرياني: يمثل الإصابة بارتفاع التوتر الشرياني أثناء الحمل بحوالي 7% من كل الولادات، ويشكل السبب الأساسي في وفيات الاجنة بنسبة 12.5% ووفيات

1- وزارة الصحة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، مرجع سابق، ص 85.

2- نورمان سميث، الحمل، ترجمة مارك عبود، المرجع السابق، ص 89.

3- ايمان السيد، صحة المرأة بعد الأربعين، دار الخلود للنشر والتوزيع، عين البيضاء الجزائر، 2013، ص 56.

4 -وزارة الصحة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان، مرجع سابق، ص87.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

الأمهات بنسبة 30%، كما يتكرر ارتفاع التوتر الشرياني اثناء الحمل بنسبة 50% ويحدث امراض نقص التروية القلبية.<sup>1</sup>

- **المرض الكلوي:** حيث يسبب مضاعفات على الحمل بسبب وفاة الجنين بنسبة 25-35% وتأخر نمو الجنين في الرحم كما يسبب الولادة المبكرة بنسبة 38%.<sup>2</sup>

- **السكري والحمل:** يعتبر السكري من الأمراض الشائعة التي تظهر لأول مرة مع الحمل، والمرأة المصابة به من قبل يشكل لها عبئ صحيا ويجب العناية الفائقة للام به.

- **أمراض القلب:** تقدر نسبة أمراض القلب المصادفة اثناء الحمل بين (0.2-3.7%) وتعد السبب غير التوليدي الأكثر شيوعا للوفيات الوالدية اذ تصل حتى 22%.

- **فقر الدم:** تقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من نصف السيدات الحوامل في العالم يكون مستوى الخضاب لديهن يشير الى فقر الدم، وتقدر هذه النسبة في الدول النامية بحوالي 56% وتتمثل العوامل التي تؤدي الى فقر الدم هي سوء التغذية، الإصابة بالأمراض المزمنة، عدم مراقبة الحمل المنتظم... الخ.

يعتبر فقر الدم اثناء الحمل وباء عالميا ولا يختلف عن باقي الأمراض الأخرى وقد لا يشعر به المريض حتى يتفاقم وضعه ويكون في حالة خطيرة تتطلب رعاية فائقة، وينتشر بين النساء الحوامل والأطفال ويؤدي إلى نتائج الولادة السلبية ويساهم في 20% من وفيات النساء، ولدى الأطفال يؤدي الى زيادة الإصابة بالأمراض وضعف النمو المعرفي، ويعتبر نقص الحديد في الدم هو السبب الرئيسي لفقر الدم.<sup>3</sup>

### ث- عوامل خطورة متعلقة بالسوابق الولادية:

- **الاسقاطات السابقة:** كلما كان هناك اسقاط سابق ينذر لحدوث اسقاط لاحق، وكلما زادت عدد الاسقاطات في السوابق الحملية أثر على الحمل التالي.

- **تشوهات خلقية سابقة للجنين:** وهي تؤثر بدرجة خطر على الحمل التالي كوجود تشوهات الجملة العصبية المركزية، او امراض القلب الخلقية او تأخر عقلي.<sup>4</sup>

1- نورمان سميث، مرجع سابق، ص 89.

2- المرجع نفسه، ص 89.

3 -Raja Gangopadhyay et autre, Anémia and prégnance: A link to maternal chronic diseases , International Journal of Gynecology and Obstetrics 115 Suppl, Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University, Chicago IL, USA , 2011, p 3

4- نورمان سميث، مرجع سابق، ص 91.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

- الولادات القيصرية أو جراحات أخرى على الرحم: وذلك بازدياد احتمال حدوث تمزق الرحم عند الولادة.

- وجود مشكلة عقم سابق له أثر على الحمل الحالي.

### ج-عوامل خطورة المتعلقة بالحمل الحالي:

- الحمل المتعدد: يسبب الحمل المتعدد زيادة في أمراض الاجنة ووفياتها ما حول الولادة.

- المخاض الباكر وتمزق الاغشية: حيث يمثل ما بين 50-70% من اجمالي الوفيات ما حول الولادة.

- الانتانات: مثل انتانات الجهاز البولي بالجراثيم مما يزيد من حدوث المخاض الباكر وتمزق الاغشية الباكر وانتانات نفاسية.

-الأدوية والاشعة حسب استعمالها ومقدار الجرعة وحساسية الجنين.

- **تعدد الولادات وتقاربها:** ان تعدد الولادات وتقاربها تزيد من خطورة الحمل اذ أنه يزيد من نسبة حدوث فقر الدم، الاسقاطات شذوذات المخاض والولادة، التدخلات الجراحية الولادية، النزيف كما تزيد فترة ما بين ولادتين أقل من عامين من زيادة الخطر على الأم.

د- **عوامل متعلقة بالوسط الاجتماعي والاقتصادي:** يلعب الوسط الاجتماعي والاقتصادي دورا هاما للصحة وخاصة الأم، فتدني هذه المستويات أو غيابها كالفقر وعدم الحصول على الرعاية اللازمة ما قبل الولادة يزيد من الإصابة بالأمراض خاصة فقر الدم مما يشكل خطورة أكبر على الحمل.

## الفصل الثالث \_\_\_\_\_ العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

### المبحث الثاني: انعكاسات الامراض المزمنة

#### أولاً: انعكاسات الامراض المزمنة على الصحة الانجابية

يمكن للسيدات المصابات بالأمراض المزمنة أن يكون لديهم طفل بصحة جيدة، لكن تواجهها مخاطر إضافية أثناء الحمل والولادة، ويمكن التقليل من هذه المخاطر باتباع رعاية صحية فائقة، والتخطيط قبل الحمل لتكون المرأة جاهزة للبدء في محاولة إنجاب طفل بإجراء فحوصات الصحة العامة وفحوصات الدم والمكملات الغذائية التي تحتاجها قبل بدا الحمل، والتي تقلل من خطورة المضاعفات عليها وعلى الجنين.

1- **تأثيرات داء السكري:** داء السكري هو أن تكون المرأة مصابة به قبل حدوث الحمل، أما سكري الحمل فهو حالة من ارتفاع السكري في الدم وظهور أعراض السكري خلال فترة الحمل ولم تكن مصابة به قبله وينتهي بانتهاء الحمل، كما قد تصاب المرأة بسكر الحمل نتيجة ارتفاع مستويات السكر في الدم خلال فترة الحمل وهو يحدث بين 1 من 25 حالة حمل في جميع انحاء العالم وتظهر معه مضاعفات على الام والجنين، وتصاب المرأة بالسكري من النوع الثاني باحتمال 50% فيما بعد في غضون 15 سنة بعد الولادة<sup>1</sup>.

إن النساء المصابات بأي نوع من أنواع السكري هن عرضة للعديد من المخاطر تؤثر عليهن وعلى الجنين، حيث أن زيادة مستويات الغلوكوز في الدم تزيد من مخاطر فقدان الجنين والتشوهات الخلقية وولادة جنين ميت، والوفيات المحيطة بالولادة، كما قد يتسبب في مقدمات الارتعاج وتسمم الحمل ومضاعفات الولادة التي قد تسبب وفيات الأمهات المرتبطة بالحمل<sup>2</sup>.

تزيد الحاجة للأنسولين للمصابات بالسكري من النوع الأول أو الثاني في حالة الحمل خاصة بين الأسبوع 16 و35 لذلك يجب تعديل الكمية والمتابعة الدورية في هذه المرحلة وبعد الأسبوع 35 تتناقص الحاجة إلى الأنسولين لتصبح قيم غلوكوز الدم منخفض، وفي حالة ارتفاع غلوكوز الدم يمكن ان تحدث أضرار للأوعية الدموية والكليتين والعينين معا ويمكن أن تتفاقم أكثر حتى أثناء الحمل كما يمكن أن يرتفع الضغط الدموي، لذلك يجب المتابعة والضبط الجيد لمستويات الغلوكوز في الدم من قبل الطبيب المختص<sup>3</sup>.

1- المركز الوطني للسكري، المعهد الوطني للسكري والسمنة وامراض الايض، الأردن، 2017، ص3

2- أطلس الاتحاد الدولي لداء السكري، مرجع سابق ، ص 95.

3- الجمعية الهولندية للولادة وطب النساء ومرض السكر، دليل الحمل، هولندا، 2010، ص 11

## الفصل الثالث \_\_\_\_\_ العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

يمكن أن يحدث سكري الحمل مع عدم وجود أي خطورة وذلك باتباع الفحص في فترة الحمل.

تزداد حساسية الحامل للأنسولين في الثلث الأشهر الأولى من الحمل لذلك يجب الإنقاص في كمية الأنسولين لبعض النساء الحوامل لتجنب نوبات نقص السكر في الدم للجنين، ويحدث العكس في الثلث الأشهر الأخيرة حيث تزداد الحاجة أكبر إلى الأنسولين وهذا بشكل تدريجي وحسب الحاجة كما يجب زيادة كمية البروتينات والنشويات، بالإضافة الى ذلك يجب المراقبة الصارمة للحامل المصابة بالسكري خلال الثلث الأسابيع الأخيرة من الحمل وخصوصا كمية الاسترايول في بول الحامل ولعدة مرات حيث أن نقص هذه الكمية أو فقدانها بشكل تدريجي يدل على إمكانية تعرض الجنين لخطر الوفاة اذا لم تجر عملية الولادة خلال 48 ساعة<sup>1</sup>.

كما يؤثر السكري سواء النوع الأول أو الثاني على الحامل بارتفاع توتر شرياني الحمل بأربعة أمثال الحامل الطبيعية، كما يسبب اشتداد الأعراض الضغوط القلبية التنفسية بإسقاط الجنين وموته، وتكون الحامل المصابة أكثر عرضة للخمج وحدته ومضاعفاته، زيادة نسبة الولادة القيصرية وارتفاع ضغط الدم ومخاطر متزايدة لتسمم الحمل والاجهاض والولادة قبل الأوان ووفاة الجنين<sup>2</sup>.

ويؤثر السكري على الجنين بموته داخل الرحم وخاصة بعد أسبوع الحمل السادس وثلاثين كما تزيد في نسب التشوهات الخلقية خاصة إذا كان السكري مع اضطرابات وعائية حيث تتراوح نسبة الحدوث مع السكري بحوالي 7.5-12.9% بالمقارنة مع الحمل الطبيعي الذي يكون بنسبة 2-3% والذي يسبب الوفيات ما حول الولادة، كما يسبب عدم التحكم في مستوى السكري وخاصة في الشهر الأخير من الحمل العديد من الأمراض، ويسبب السكري للجنين زيادة في إفراز الانسولين وهبوط السكر لديه بعد الولادة وذلك لضخامة جزر لانكرهانس في تشكيلة الجنين بسبب ارتفاع سكر دمه واحتمال الإصابة بالداء السكري فيما

1- بسام خالد الطيارة، السكري مرض العصر، مؤسسة المعارف، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1998، ص 92.

2- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotio, Prevention and Managing Chronic Disease to Improve the Health of Women and Infants, Chronic Disease and Reproductive Health,2006, p 02

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

بعد بسبب عامل الوراثة<sup>1</sup>، كما قد تظهر تشوهات خلقية لدى الجنين وقد يظهر على الطفل المولود بأم مصابة بالسكري بمشاكل في التنفس بالإضافة الى اليرقان<sup>2</sup>.  
إن الإصابة بمرض السكري سواء من النوع الأول أو الثاني فيه احتمال كبير في ولادة طفل مصاب بشذوذات في القلب والكليتين والمجاري البولية والظهر، وخاصة إذا زادت نسبة HbA1C عن 10% مما يزيد في نسبة الإصابة عن 28% وكلما قلت نسبة الهيموغلوبين قل احتمال الحدوث للشذوذات، ويمكن عمل الفحص في الأسابيع من 18-20 لاكتشافها، وتبقى النسب أعلى من الوضع العادي لغير المصابين بالسكري، وقد يحدث وفاة الجنين داخل الرحم التي قد تكون لسبب له علاقة بقيم غلوكوز الدم، وقد يحدث احتمال كبير لتحرر جزء من المشيمة من وضعها المثبت وبه يحصل الجنين على دم أقل مما قد يسبب في وفاته إلا أن التدخل بعملية قيصرية ينقذه<sup>3</sup>، ويؤثر السكري على الجنين من خلال حصول المضاعفات التالية:

أ- **زيادة حجم الطفل أو نقص حجمه:** يزداد حجم الجنين أكثر من الطبيعي لدى الأم المصابة بالسكري وذلك بسبب ارتفاع السكر في دم الأم الذي يزيد من ارتفاع سكر دم الجنين، مما يجعل الجنين ينمو بشكل أسرع من المعتاد قياسا بالعمر الحلمي وتسمى هذه الحالة ماكروسوميا الجنين، وتزيد خلايا بيتا البنكرياسية ويزيد إفراز الأنسولين وبسبب ذلك يزداد حجم الطفل بزيادة الأنسولين وسكر الدم مما يشكل خطورة على الأم والطفل للمتاعب ومخاطر الولادة<sup>4</sup>، وقد يفوق حجم الجنين 4.5 كغ فارتفاع سكر دم الجنين وزيادة أنسولين يحرضان على تركيب الغليكوجين والدهون والبروتينات لديه<sup>5</sup>، كما قد يبطئ ارتفاع السكر في الدم لدى الأم من نضج في رئة الجنين<sup>6</sup>، إن ارتفاع مستويات الغلوكوز في الدم

1- احلام القواسمة، موسوعة الحمل والولادة، دار البدر للطباعة والنشر، الجزائر، الطبعة الأولى 2013، ص ص102-103.

2- المعهد الوطني للسكري والسمنة وامراض الايض، المرأة والسكري، مؤسسة حمد الطبية 2017، ص 4.

3- الجمعية الهولندية للولادة وطب النساء ومرض السكر، مرجع سابق، ص 13

4- عقيل جسين عيروس، مرض السكر بين الصيدلي والطبيب، مكة المكرمة، الطبعة الأولى 1993، ص 135.

5- احلام القواسمة، مرجع سابق، ص102.

6- الجمعية الهولندية للولادة وطب النساء ومرض السكر، مرجع سابق ذكره، ص 15

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

يمكن كذلك أن يسبب نقص وزن الجنين على السواء، إضافة الى عسر ولادة الكتف، كما أن زيادة وزن الجنين يصعب عملية الولادة وقد تؤدي الى الولادة القيصرية<sup>1</sup>.

ب- **زيادة السائل الأمنيوسي:** هو قليل أو نادر حدوثه بشكل عام، لكن قد يزيد من 40 الى 50 مرة في المرأة الحامل المصابة بالسكري، وتعتبر زيادة وزن الجنين أو زيادة السائل الأمنيوسي مؤشرا في تعجيل الولادة خلال الأسبوع 26-28 أمرا ضروريا كما قد يؤدي الى ولادة قيصرية أو صعوبة الولادة بسبب زيادة وزن الجنين.

ج- **العدوى:** خاصة عدوى المجاري البولية وهي تحدث عند جميع النساء سواء الحوامل أو غيرهن لكن ترتفع نسبة الحدوث عند النساء الحوامل المصابين بالسكري بشكل كبير.

د- **الحمض الكيتوني:** تزداد حاجة المرأة الحامل المصابة بالسكري الى زيادة في كمية الانسولين مع تقدمها في الحمل، وذلك بسبب التغيرات الهرمونية والاستقلابية وزيادة المشيمة ونمو الجنين مما يجعلها أكثر عرضة للحمض الكيتوني<sup>2</sup>.

هـ- **نقصان سكر الدم في الأطفال حديثي الولادة:** تزداد كمية الأنسولين المفرزة لدى الجنين وخلايا بيتا بسبب ارتفاع سكر الدم عند الأم أو بسبب عدم المعالجة الجيدة، وبعد الولادة ينقطع الإمداد العالي للجنين للجلوكوز من عند الأم مما يحدث أعراض نقصان سكر الدم عند الطفل حديث الولادة، ويجب رعايته جيدا ونادرا ما يحتاج محلول الجلوكوز إلا إذا وصل نسبة اقل من 35 ملجم/100 مل<sup>3</sup>، ونجد أن جزر لنغرهانس في بانكرياس الوليد تكون متضخمة وتفرز كميات هائلة من الأنسولين لذلك يجب إطعام الوليد باكرا لتجنب حدوث نقص سكر في دمه<sup>4</sup>، كما يتوقع أن نسبة 75% من الأطفال حديثي الولادة يصابون بنقص سكر الدم إذا كانت أمهاتهم مصابين بالمرض السكري، ويعتبر الطفل حديث الولادة كامل الوزن ناقص السكر اذا كان سكر دمه اقل من 35 ملجم/100 مل، أما ناقص الوزن فيعتبر ناقص السكر الدم اذا سكر دمه اقل من 25 ملجم/100 مل، بالإضافة الى الإصابة الطفل بمشاكل التنفس واليرقان<sup>5</sup>.

1- الاتحاد الدولي لداء السكري، مرجع سابق، ص 95

2- عقيل حسين عيدروس، مرجع سابق، ص 135، 136.

3- نفس المرجع، ص 135.

4- بسام خالد الطيارة، مرجع سابق، ص 92.

5- عقيل حسين عيدروس، مرجع سابق، ص 195.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

وحسب تقرير الإتحاد الدولي لمرض السكري لسنة 2017 فقد كانت نسبة الولادات المصابة بالمرض السكري أو فرط سكر الدم اثناء الحمل بحوالي 21.3 مليون بنسبة قدرت ب 16.2% من المواليد الأحياء للنساء، وتشير التقديرات الى ان 86.4% من هذه الحالات كانت نتيجة لمرض السكر الحلمي، و 6.2% نتيجة اكتشاف السكر قبل الحمل 7.4% نتيجة أنواع أخرى من السكري.

وتزداد نسبة انتشار سكر الحمل مع التقدم في العمر وهو الأعلى لدى النساء فوق سن 45 سنة مع انخفاض معدلات الخصوبة في هذا العمر.

و- **مضاعفات أخرى لمرض السكري:** إن عدم التحكم في مستويات السكري في الدم بكل أنواعه يزيد من مخاطر أخرى و مضاعفات في أعضاء الجسم مما يؤدي الى تكرار حالات العلاج في المستشفى والوفيات المبكرة الناجمة عنها ومشاكلها التي تهدد الحياة ويزيد تكاليف الرعاية الطبية وتقلل من نوعيتها، كما أن هناك علاقة بين داء السكري والاصابة بأمراض أخرى مزمنة مثل أمراض القلب والاعوية الدموية والفشل الكلوي والعمي وبتتر الأطراف السفلية، ويمكن تقسيم هذه المضاعفات للسكري إلى حادة وأخرى مزمنة، فأما المضاعفات الحادة فهي تشمل الحمض الكيتوني السكري DKA، حالة فرط السكر في الدم اللاكيتونية HHS، الغيبوبة والتشنجات، فقدان الوعي والالتهابات، وأما مضاعفات الأوعية الدموية المزمنة فمنها الدقيقة مثل اعتلال الكلية والاعتلال العصبي واعتلال الشبكة، والأمراض الأخرى الخاصة بالأوعية الدموية هي مرض الشريان التاجي الذي قد يؤدي إلى الذبحة الصدرية أو احتشاء عضلة القلب، ومرض الشريان التاجي واعتلال الدماغ السكري وقدم السكري، ويرتبط كذلك مرض السكري بالإصابة بالسرطانات والاعاقة البدنية والادراكي، السل والاكنتاب<sup>1</sup>.

كما تزيد مخاطر الإصابة بفقر الدم لدى مرضى السكري عندما تتأثر وظائف الكلية وتظهر مؤشرات المرض كمرحلة أولى في وظائفها، وما يقارب ثلث المصابين بالسكري يصابون بالفشل الكلوي، كما أن فقر الدم له مخاطر على البعيد والمدى القريب منها الالتهابات والمخاض قبل الأوان وفشل القلب اثناء الولادة، الولادة القيصرية وولادة جنين ميت، الخداج الانتان، وعلى المدى الطويل بالنسبة للأم يؤدي إلى الإعياء البدني كالمحمول

1- أطلس الإتحاد الدولي لداء السكري، مرجع سابق، ص 84.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

والتعب وإلى ضيق التنفس والدوخة والخفقان والأمراض العقلية وهذه الأعراض تؤثر سلباً على نوعية الحياة لدى الأم، كما تشير الدراسات الى أن فقر الدم يسرع ويطور مرض السل ويزيد من المراضة على الجهاز المناعي للأم<sup>1</sup>.

فقر الدم يشكل تهديداً على الصحة العامة ويزيد من مخاطر الأمراض المزمنة مثل الملاريا والسل والسكري خاصة إذا حدث مع السكري فإن نتائجه سيئة خلافاً على نتائج الولادة يؤدي الى مضاعفات تهدد الحياة.

**2- تأثير مرض الربو:** يؤثر الربو على الحمل ويتأثر به فالعلاقة بينهما تتداخل، فخلال الحمل يسوء الربو عند ثلث النساء ويتحسن عند الثلث ويبقى كما هو عند الباقي، فعند الحمل تبدأ تتعدد مشكلة التنفس ووظائف الرئة والصدر الذي يؤثر بتوسع وتمدد رحم الحامل، فهناك عوامل مسؤولة على تحسن حالة الربو أثناء الحمل وأخرى تزيد من سوء حالة الربو أثناء الحمل الذي يكون في الأسابيع من 29-36، ويكون الربو أقل شدة في الشهر الأخير، ومن الملاحظ أن الوضع والحمل ليس دائماً على علاقة بسوء الربو، والحمول اللاحقة تكون مشابهة للحمل الحالي<sup>2</sup>.

تزداد مخاطر النساء المصابات بالربو في حالة الحمل والخوف على الجنين، ويرجع إلى قلة الخبرة عند الأمهات حيث يتوقعن مخاطر على الجنين وأزمات تؤثر عليه، فيمكن وبدون شك أن تتوارث بعض الجينات عن الأم المصابة بالربو الناتجة عن أمراض الحساسية للجنين، ويطلق على هذه الحالة الحساسية الوراثية المفرطة، وتنقل هذا الداء إلى طفلها ويمكن القول أن الأم هي المسؤولة أكثر من الأب في انتقال الجين الخاص بالحساسية الوراثية المفرطة الى الجنين، وتقدر احتمالات إصابة الطفل بالربو بنحو 20%.

أما بخصوص الحمل ففرص النجاة كبيرة للجنين، وتبين في دراسة ان حوالي 33% من السيدات المصابات بالربو تأثرن سلبياً بالحمل وتفاقت أزمة الربو لديهن مما يزيد من متاعب في التحكم في المرض قبل حدوث الحمل، لذلك يجب توخي الحذر وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل وعدم تناول الأدوية التي كانت تؤخذ قبل الحمل إلا في حالة الضرورة القصوى وباستشارة الطبيب، كما يجب تفحص أسماء العقاقير والتأكد أنها خالية

1 -Raja Gangopadhyay et autre , op.cit.p4.

2- مهند محسن صالح، التأثير المتبادل بين الربو والحمل، بحث لنيل شهادة الماجستير في الامراض الباطنة، قسم الامراض الباطنة، كلية الطب البشري، جامعة تشرين، سوريا، ص ص 10، 11.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

تماما من العقاقير الخطيرة والتي لها تاثيرات على الجنين مثل: فينيليفرين ، أدرنالين، كودين، بوتاسيوم أيوديد، فينيلبروبانولامين، تيتراسيسلين، سالفوناميد، ترايميثوبريم، سيبروفلوكساسين، أمينوجليكوسايد ، فينوباربيتون ، ...فقد تلحق هذه الادوية ضررا بكبد الجنين مما يترتب عليه تغيير اللون الطبيعي للأسنان كما يؤثر على نمو العظام، كما تؤدي بعض الادوية مثل: الامينوجليسوسايد الى الإصابة بقصور دائم في حاسة السمع<sup>1</sup>.

إن الحمل مع الربو يعتبر من الحمول العالية الخطورة لان الربو غير المسيطر عليه بشكل جيد أو نوبات الربو الحادة تؤثر على الجنين وذلك من خلال النقص الحاصل في الأنسجة لدى الأم ونقص التدفق الدموي عبر الشريان الرحمي إلى الجنين مما يسبب في زيادة حدوث نقص الوزن عند الولادة وزيادة معدل ولادة أطفال الخدج، اختلاطات أثناء الوضع ووفيات الرضع والتشوهات، كما يؤثر الربو في هذه الحالة على الأم كذلك بزيادة معدلات الوفيات والاقبيات الحملية، النزف الأمومي وما قبل الارجاج والانتانات، كما أن العمليات القيصرية أكثر انتشار بين النساء المصابات بالربو، إلا أنه في حالة السيطرة على الربو وأخذ الاحتياطات اللازمة والرعاية لا يظهر أي اختلافات مع النساء غير المصابات<sup>2</sup>.

**3- تأثير الضغط الدموي:** الضغط الدموي المزمن هو الذي يكون مرتفعا قبل الحمل أو يبدأ قبل الأسبوع 20 من الحمل ويستمر أثناءه وبعد انتهاءه، أما إذا ارتفع الضغط الدموي بعد الأسبوع 20 من الحمل أو النصف الثاني منه وإنتهى بعد الولادة فهذا ارتفاع ضغط الدم مرتبط بالحمل، أما إذا حدث في النصف الثاني من الحمل ومعه في نفس الوقت مشاكل مثل البروتين في البول فهذا يسمى تسمم الحمل وهو الأخطر ومن بينه المضاعفات الأكثر شيوعا أثناء الحمل<sup>3</sup>، وأغلب النساء ينجبن أطفالا أصحاء لكن يبقى الضغط الدموي المرتفع يشكل خطورة على صحة الأم والجنين إذا لم تتلقى الأم الرعاية الطبية والفورية اللازمة لذلك<sup>4</sup>.

1- شيلدون برس ، مرجع سابق، ص ص 81-83.

2- مهند محسن صالح، مرجع سابق، ص 12

3- انعام الرشدان وسماح البطاينة، ارتفاع ضغط الدم عند الحامل وكيفية التعامل معه، الصيدلة السريرية، جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، 19-06-2014 ص ص 1-3.

4- المعهد الكندي لأبحاث الصحة، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، رابطة اونتاريو للقبالات ، 2015 ، ص4.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

ومن علامات ارتفاع الضغط الدموي مع الحمل: ارتفاع مستوى الضغط الدموي وزيادة مفاجئة في الوزن مع تورم وانتفاخ في اليدين، ومن أعراض الإصابة به التي تصاحب خطورة الإصابة به هي الشعور بالصداع الشديد خاصة في الصباح الباكر، بقع في العينين، تغييم الرؤية وزيادة سريعة في الوزن تتجاوز 1.5 كلغ في الأسبوع، وتعرق الوجه والقدمين واليدين بالإضافة إلى الشعور بالألم في الجانب الأعلى الأيمن من البطن، ويجب في هذه الحالة مراجعة الطبيب لما لها من مضاعفات خطيرة على صحة الام والجنين إذا لم تعالج. ارتفاع الضغط الحلمي أو "تسمم الحمل" وهو من المضاعفات الشائعة للحمل وهو يصيب من 5-10% من النساء الحوامل بعد مرور 24 أسبوع من الحمل كما يسبب عدم العلاج مرضا خطيرا للأم والطفل.

في حالة العثور على بروتين في البول فهذا يعني أن هناك تسرب من مرشحات الكلية الطبيعية ويطلق على هذا الخل "تسمم الحمل البروتيني" وتؤدي الى تورم الساقين والوجه كما قد يؤدي في بعض الحالات الخطيرة إلى حدوث تشنجات أو تسمى "نوبات ارتعاجيه أو تشنجية" قد تهدد حياة الأم، وإذا كانت الحالة خطيرة فإن الولادة المبكرة هي الحل، كما قد تتطور درجة الخطورة بتقدم الحمل لذلك يتم تقدير الخطورة بناء على قياس الضغط الدموي وكمية البروتين في البول وكيفية الولادة بناء على التقدم في الحمل ونتائج اختبار الدم، وتختفي هذه الاعراض بعد الولادة<sup>1</sup>.

إذا كان ضغط الدم مرتفع الى جانب وجود بروتين مرتفع في البول فان هذه الحالة مقلقة وخطيرة وتؤدي إلى مرحلة تسمم الحمل، فاذا ثبت تسمم الحمل فلا بد من تقييم وضعية الجنين داخل الرحم لأنه قد ينخفض تدفق الدم الى المشيمة وبذلك يتأخر نمو الجنين، فاذا كان هناك خطر على الجنين تجب الولادة حيناً، أما إذا كانت حالة تسمم الحمل الخطيرة مبكرة بين الأسبوع (24-26) فإن هذا يدل على أن الجنين في خطر ويجب الإجهاض في بعض الحالات لإنقاذ الام، وفي بعض الأحيان ولأسباب غير معروفة ينمو الجنين ببطء أقل من المعتاد فتشكل خطورة، فاذا كان في مرحلة مبكرة فقد يرجع الى أسباب نقص أو خلل في الكروموزومات (الصبغيات) نتيجة عدوى أو جين وراثي، أما اذا كانت متأخرة في الحمل فإن هذا يكون عادة سببها فقدان تدعيم النمو من المشيمة، كما يمكن أن

1- نورمان سميث ، المرجع السابق، ص ص 98-99.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

يحدث هذا مع حالة ما قبل التسمم الحملي كالسكري أو اضطرابات أخرى<sup>1</sup>، كما قد يحصل تسمم الحمل لاختلاف في طريقة تطور المشيمة هذه العملية المختلفة في التطور قد تؤدي الى تلف المشيمة وتؤدي الى اطلاق مواد كيميائية في مجرى الدم عند الام والتي تسبب في<sup>2</sup>:

- ارتفاع ضغط الدم.
- يؤثر على وظيفة الكلى مما يسبب عبور بروتين الى البول.
- ومن العوامل التي تزيد من احتمال الإصابة بالضغط الدموي المرتفع اثناء الحمل هي:
  - إذا كانت الام مصابة بارتفاع ضغط الدم المزمن.
  - الحمل الأول خصوصاً قبل سن الثامنة عشر أو بعد سن 40.
  - حالات الحمل التوأم والحمل المتكرر والمتقارب.
  - حالة الإصابة بأمراض الكلى أو مرض السكري.
- ويؤثر الضغط الدموي على إنقاص كمية الدم التي تصل الى المشيمة ومن ثم إنقاص كمية الأكسجين التي تصل الى الجنين وبالتالي لا يتم تزويد الجنين بالكمية اللازمة التي يحتاجها من الغذاء والاكسجين، كما يسبب الضغط الدموي المرتفع في الولادة المبكرة أو ولادة طفل ناقص الوزن.
- كما يؤثر الضغط الدموي على الكلى والكبد والمخ والعينين ويضعف عضلة القلب كما يسبب تورم الوجه والأيدي لذلك يجب بدء العلاج في وقت مبكر لتفادي المضاعفات الصحية على الام والجنين.

**4- تأثير مرض القلب على الحمل:** يؤثر الحمل على جميع وظائف الجسم بما فيها القلب حيث تصعب مهمته بازدياد حجم الدم بالجسم أكبر وهذا من اجل توفير ما يحتاجه الجنين، بالإضافة إلى ذلك خطر الإصابة بتخثر الدم وارتفاعه خاصة في الأسابيع الأخيرة من الحمل مما قد يسبب مقدمة الارتعاج، فاذا كانت المرأة مصابة بمرض القلب أو أعراضها كالذبحة الصدرية أو أعراض أخرى فهي بحاجة أكثر الى مراقبة طبية من قبل المختصين

1- نورمان سميث، مرجع سابق ، ص 101.

2- المعهد الكندي لأبحاث الصحة، مرجع سابق، ص5.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

في التوليد والمختصين في أمراض القلب وتغيير بعض الادوية التي تتناسب مع مرحلة الحمل حتى مرحلة الولادة لكي تتجنب الأضرار بالجنين<sup>1</sup>.

**5- تأثير السمنة:** للسمنة تأثيرات كثيرة على الصحة مثل القلب والشرابين والجلد والمفاصل والثدي...بالإضافة الى الهضم والحركة، وهي من أخطر العوامل لظهور الأمراض المزمنة الشائعة في العصر الحالي كالضغط الدموي وأمراض السكر والفشل الكلوي والذبحة الصدرية، بل تتعدى ذلك لتكون سبب في عقم النساء والرجال وهذا لتأثيرها على الخصوبة والممارسات الجنسية والانجاب والحياة الزوجية بصفة عامة.

**أ- تأثير السمنة على خصوبة المرأة:** تؤثر السمنة المفرطة للنساء على الحياة الجنسية وعلى خصوبتهن فتؤدي الى ضعف الرغبة الجنسية وضعف الخصوبة، فمن ناحية الخصوبة للنساء البدينيات طبيعياً فقد يحدث اضطراب بمستوى الهرمونات الجنسية مما يضعف من عملية التبويض ويقلل من الرغبة الجنسية، وفي حالة السمنة المفرطة وتراكم الدهون كذلك حول المبيض وقناة فالوب يمكن أن يؤثر على عملية التبويض والانجاب، أما حالة السمنة المرضية فتكون مصحوبة بوجود خلل هرموني يوقف عملية التبويض أو مصحوبة بوجود ضمور في الأعضاء الجنسية (كالسمنة الناتجة عن امراض الغدة النخامية)<sup>2</sup>.

**ب- تأثير السمنة على المعاشرة الزوجية:** تؤدي السمنة المفرطة وضخم الكرش الى إعاقة المعاشرة الجنسية، وتعد بمثابة حاجز منيع ضد الاتصال الجنسي الكامل واللائق، ومنه تمنع السمنة المفرطة الزوجين من الاستمتاع الكافي بالمعاشرة الجنسية، كما قد تسبب في قلة وانخفاض فرص الانجاب بسبب عدم تحقيق اتصال جنسي كامل، ولا تصل الحيوانات المنوية داخل المهبل، بل قد يحدث إنزالمني خارج فرج الزوجة مما يقلل فرص وصول المنى الى البويضة وبالتالي لا يحدث اخصاب<sup>3</sup>.

**ج- تأثير السمنة على الإصابة بسرطان الثدي:** يعتبر مرض سرطان الثدي واسع الانتشار مؤخراً، وهو مرض قابل للشفاء إذا اكتشف مبكراً، وتعتبر السمنة أحد أسباب ظهوره حيث

1- باتسي ويستوكوك، التعايش مع امراض القلب، ترجمة راضي بن سعد السرور، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، ط1، 2000 ص 236.

2- ايمن الحسيني، اخطبوط اسمه السمنة، مكتبة القرآن للنشر والتوزيع، القاهرة، سنة 2002، ص 42

3- نفس المرجع، ص 43.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

تزيد المرأة السمينه من خطورة الإصابة بهذا المرض، حيث تعتبر السمنة وكثرة الدهون المترسبة بالجسم مخازن لهرمون الاستروجين الذي يقوي من تأثيره ومفعوله<sup>1</sup>.

د- تأثير السمنة على الحمل والجنين: على الرغم من أن أغلب البدينات يجتزن مرحلة الحمل والولادة بأمان إلا أنه هناك بعض المخاطر تتزايد كلما زادت كتلة الجسم بمستويات أعلى عن معدلها الطبيعي، فالطبيب قد لا يستطيع تحديد عمر الجنين ووضعه وحجمه بدقة لعدم استطاعته الإحساس بالرحم عبر طبقات الشحوم المتراكمة لذلك يلجأ الى استخدام الموجات فوق الصوتية لتفادي أي مشكلات قد تحدث اثناء الولادة، كما أن البدينات تعاني من زيادة في الأم وجلطات الساقين والظهر ودوالي الساقين والتهابات المهبل وصعوبة التنفس ومشاكل الجهاز الهضمي<sup>2</sup>.

بالإضافة الى ضعف حدوث الحمل فإن المرأة السمينه أكثر عرضة لمتاعب الحمل عن المرأة طبيعية الوزن، وعليه قد يجعلها أكثر إصابة بمرض السكر وخاصة أثناء فترة الحمل، وأكثر قابلية لارتفاع ضغط الدم، ووجود هذين المرضين يزيد من قابلية المرأة الحامل للإصابة بحالة تسمم الحمل والخطورة التي تتعرض لها مما يفقدها جنينها أو نزيف، وقد يمر الحمل بسلام، لذلك يجب على كل امرأة في طريق الزواج والانجاب اتباع حمية غذائية جيدة والتخلص من الوزن الزائد للوقاية من الإصابة من مضاعفات السكر<sup>3</sup>.

كما قد تصاب المرأة السمينه الحامل بتسمم الولادة التي تظهر في أواخر أوقات الحمل إذا زادت على الوزن الطبيعي بشكل كبير خاصة في منتصف مدة الحمل، كما تلازم السمنة المرأة بعد انتهاء فترة الحمل والتي تسبب لها فيما بعد العديد من الأمراض المزمنة والخطيرة كالسكري والضغط الدموي وأمراض القلب والتهاب المرارة وغيرها<sup>4</sup>.

كما أن البدينات تزيد مخاطر مضاعفات الحمل لديهن مثل التشوهات الخلقية ومقدمات الارتعاج مقارنة بالنساء العاديات، وأن تركيز الغلوكوز في البلازما أعلى لديهن وأن تركيز الانسولين أعلى لدى أجنتهن بالإضافة إلى الزيادة المفرطة أثناء الحمل، والنساء

1- ايمن الحسيني، مرجع سابق، ص 56.

2- ماهر عبد الوهاب، دليلك من بداية الحمل حتى الولادة، كتاب الهلال الطبي، القاهرة، مصر، ديسمبر 2002 ص 117.

3- ايمن الحسيني، مرجع سابق، ص 60.

4- احلام القواسمة، مرجع سابق، ص 83.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

البدينات التي تزيد منسوب كتلة لجسم عن 30 كلغ تزيد لديهن مخاطر الإصابة بالمضاعفات أثناء الحمل والولادة ويولدون أطفال أكبر حجما عموما وتزيد مخاطر إصابتهم بالبدانة وبالسكري من النوع الثاني في مرحلتي الطفولة والمراهقة كما تحتفظ النساء بوزن أكبر بعد الولادة<sup>1</sup>.

**6- سرطان الثدي:** أثبتت الدراسات أن سرطان الثدي أثناء الحمل لا يؤثر على الجنين وإنما الذي يؤثر عليه هو العلاج الذي تأخذه الأم أثناء الحمل، لذلك يجب اتباع تعليمات الطبيب جيدا في حالة اخذ الدواء و الخوف من انتشار المرض في حالته الاولى فقط ، و اذا تم تشخيص المرض في حالة متقدمة وخطيرة أثناء الحمل يجب علاجه، ومن أكثر العلاجات انتشار لسرطان الثدي أثناء الحمل هو العلاج الجراحي حيث يتم اللجوء اليه بعد إجراء الفحوصات والتحليل اللازمة قبل بدا الاستئصال الجراحي للثدي بأكمله وهذا خلال الثلث الأول من الحمل وتجنب العلاج بالأشعة الذي قد يسبب تشوهات للجنين أو الإجهاض أو موت الجنين كما أن هناك احتمال الولادة المبكرة في حالة المرض بسرطان الثدي<sup>2</sup>، كذلك نجد العلاج الكيميائي الذي يجب أن يتم تحت إشراف أطباء مختصين مع مراعاة الوقت المناسب للحمل فاذا كانت في الشهر الأولى فإنه يستحسن أخذ الأدوية فقط لتجنب ضرر الجنين أو الولادة المبكرة<sup>3</sup>، ويتوقف علاج السرطان عن مدة الحمل ونوعه ومدى تقدمه عن ويعد من المستحسن عدم العلاج السرطاني اثناء الحمل أو الحمل أثناء العلاج حيث أن بعض الأدوية تضر بالجنين وذلك باتخاذ تدابير وقائية كأخذ حبوب منع الحمل أو التوقف عن ممارسة الجنس وغيرها من وسائل منح الحمل المناسب مع استشارة الطبيب عن هذه الوسائل والأكثر مأمونية منها، كذلك يجب الاستشارة عن الفترة المناسبة للحمل بعد العلاج.

1- منظمة الصحة العالمية، تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل واثناء الحمل والارضاع، تقرير من الأمانة العامة، المجلس التنفيذي الدورة 30، 20 ديسمبر 2011، ص2، 3.

2 -Amant frederic et autre, Breast cancer in pregnancy: Recommendations of an international consensus meeting, European journal of cancer, Oncology, Bordet Institute, Brussels , 2010 , p6

3- موقع الكرونوي سرطان الثدي اثناء فترة الحمل، <http://hayatouki.com/pregnancy/content/2482959>، اطلع عليه يوم 2018/10/10 الساعة 09.02.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

### ثانيا: انعكاسات الأمراض المزمنة على الاسرة والمجتمعات:

يؤثر المرض المزمن من عدة نواحي على الاسرة منها الاقتصادية وخاصة إذا طالت مدة العلاج وكان دخل الاسرة قليلا فتزداد نفقاته العلاجية مما يؤثر على دخل الاسرة بشراء الادوية والأغذية الخاصة به مما يشعر المريض أنه أصبح عبء ثقيل على الاسرة وقد يضطر إلى الاستدانة أو بيع جزء من ممتلكاته وخروج الأبناء الى العمل في سن مبكرة أو الزوج مما يثير القلق وضيق للمريض وبطء في الشفاء، وقد تتأثر علاقة المريض بأسرته وأصدقائه ونظرتهم اليه بالعجز والشفقة مما ينتابه حالة من الحزن والالم بسبب طول فترة مرضه وعزلته أو بقاءه في المستشفى مما يؤدي خلل في دوره في المنزل وخارجه وعلاقاته وأنشطته الاجتماعية<sup>1</sup>.

كما أن تعرض أحد افراد الاسرة للمرض المزمن تنعكس الحالة المرضية على كافة الأسرة فيضطرب نظام الحياة اليومية للمنزل وعلى الأصحاء أيضا.

#### 1- تأثير المرض المزمن على المريض:

قد ينتاب المريض الخوف من الموت وعدم ثقته في قيمة العلاج المقدم له، ويؤثر دخوله الى المستشفى شعوره بتجارب فاشلة مرت به مع أهله وأصدقائه كالجراحة وبتر الارجل وما إلى ذلك، بالإضافة الى تأثير طول فترة المرض بالمستشفى الذي يعطله عن عمله ورؤية أسرته.

كما تقوم الأم بشؤون الأسرة فان أصابها المرض قد تعجز عن تدبير شؤون البيت وحياة أولادها، خاصة إذا كان المرض مستمرا ومزمن مما تزيد من سوء حالتها النفسية وإحساسها بالعجز والذنب مما يعيق علاجها وشفائها في وقت قصير<sup>2</sup>.

#### 2- آثار المرض المزمن على العلاقات الزوجية:

قد يؤثر المرض على العلاقات الزوجية وقد تنهار الروابط بين الزوجين نتيجة للمرض المزمن كما قد يطلب أحد الزوجين الطلاق لعدم القدرة على الاستمرار في الحياة الزوجية وخاصة إذا كان المرض غير قابل للشفاء وينتج عنه عجز جنسي وكان في بداية حياتهما

1- عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية، 1999، ص ص 89- 91.

2- نفس المرجع، ص ص 95-92.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

مما يصعب الاستمرار في الحياة الزوجية<sup>1</sup>، ومنه نشير الى أهم الأمراض التي تؤثر على العلاقة الزوجية فيما يلي:

### أ- تأثير مرض القلب على الحياة الزوجية:

يعيش مرضى القلب المزمّن حياة خاصة وحيدة أكبر على تفاقم المرض والمضاعفات التي تحدث نتيجة بذل جهد كبير، وعند المعاشرة الزوجية يحس المريض بتسارع دقات القلب وألم في الصدر وضيق في التنفس وقد يزعج من ذلك مما قد تحدث له نوبة قلبية أخرى، لذلك وجب أخذ احتياطات لازمة في مدة المعاشرة الزوجية ووقتها وأن تكون منتظمة على فترات متباعدة وأن يكون المريض في راحة تامة، وبالنسبة للنساء المصابات بأمراض القلب تستطيع القيام بواجباتها لكن يفضل تأخير الحمل والولادة حتى تحس بأنها أفضل حالا ويجب إتباع الارشادات والتوجيهات الطبية اللازمة والمتابعة الخاصة لمرضها أكثر فتعقيدات الحمل والولادة تتطلب عناية فائقة<sup>2</sup>.

### ب- تأثير مرض السرطان على الحياة الزوجية:

يصاب مرضى السرطان بحالة من القلق والخوف في حياتهم بالإضافة الى ما يبذلونه من جهد نحو العلاج مما يسبب لهم ضغطا واجهاد للنفس وفقدان الرغبة الجنسية بسبب العلاجات الكيميائية والاشعاعية والعمليات الجراحية، إضافة أنه تغير من شكل المصاب وتسبب له أضرار من تساقط الشعر وفقدان الوزن الشديد مما يؤثر على حالته النفسية وتنعكس على حياته الجنسية والانجابية<sup>3</sup>.

### ج- تأثير السمنة على الزواج والمظهر الجذاب:

تعتبر السمنة من العيوب للجاذبية سواء للرجل أو المرأة فكل منهما يريد الارتباط بحسن المظهر معتدل البنية، ولاشك السمنة المفرطة تتعارض مع مظهر المرأة الجذابة، فالرجل دائما يبحث عن المرأة الرشيقة والجذابة والجميلة فكلما زادت الكرش ووزن الجسم في المرأة قلت جاذبيتها ولم تعد مفضلة لدى الرجل، وكما سبق وأن أشرنا فان السمنة عائق على المعاشرة الزوجية وتضعف من القدرة على الإنجاب، وفي وقتنا الحالي ومتطلباته الكثيرة

1- عبد المحي محمود صالح، مرجع سابق، ص 90.

2- عائشة محمد صدقي موسى، أثر الامراض المزمنة على الحياة الزوجية في الفقه الإسلامي، جامعة النجاح الوطنية،

كلية الدراسات العليا، مذكرة ماجستير، نابلس، فلسطين، 2014، ص ص 158، 159.

3- نفس المرجع، ص 161.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

وخروج المرأة للعمل للقيام بالأنشطة تحتاج الى خفة الحركة واللياقة، ولذلك فإن السمنة تقف عائق في طريق الزواج والانجاب بالنسبة للمرأة.

### 3- تأثير الامراض المزمنة اجتماعيا على الفرد

بالإضافة إلى ما تحدثه الأمراض المزمنة من أضرار سيئة على الصحة العامة فهي تثقل كاهل الفرد فلا يستطيع القيام بأعماله كالمعتاد مما تنقص تدريجيا من وظيفته الإنتاجية مخلفة مجموعة من الآثار النفسية والاجتماعية والثقافية على أسرته وبيئته التي يعيش فيها، كما تضيق عليه في معيشته بمجموعة قيود من الأنشطة واجب اتباعها من نظام غذائي صحي إلى ممارسة بعض الأنشطة دون غيرها بالإضافة الى إتباع أنواع معينة من العلاج لأجل صحته وعافيته.

في الكثير من الأحيان يشعر المصاب بالأمراض المزمنة بالعزلة الاجتماعية وعدم استمتاعه بوقت فراغه ونقص في مشاركته في الأنشطة المتعلقة بالعمل وابتعاد أصدقائه عليه مما يولد له نقص الثقة بنفسه، كما يشعره بأنه مقيد الحركة وأنه عبئ للأسرة والمحيطين به بما يسببه من إجهادا نفسيا واقتصاديا وأنهم يتحملون مصاريف العلاج والمشاكل المترتبة عليها، كل هذا يسبب للمصابين إحباطا نفسيا ويشعرهم بالعجز الذي قد يظهر مضاعفات للمرض مما يزيد الازمة أكثر.

كما أن الشخص البدين له معاناته ومصاعب تواجهه كالعزلة عن الأصدقاء وخجله من شكله كما يصعب إيجاد ملابس له وفي الأماكن العامة والجلوس في السيارة والحافلة وغيرها من وسائل المواصلات، كما أن البدين يعاني من العنوسة وهذا لرغبة العديد من الأشخاص بالارتباط بأشخاص ذات أوزان معتدلة.

تشير الدراسات أن الأفراد الذين المصابون بداء السكري هم معرضين بنسبة كبيرة لخطر الإصابة بأمراض القلب والاعوية الدموية مقارنة مع غير مصابين من عامة الأشخاص<sup>1</sup>.

### 4-تأثير المرض على الفرد اقتصاديا:

تشكل الأمراض المزمنة بما فيها أمراض القلب والاعوية الدموية عبئ كبيرا على الأفراد من الجانب الصحي والجانب المالي أيضا لأن معالجتها مكلفة جدا من الأدوية والمتابعة الصحية للطبيب المختص.

1- الاتحاد الدولي لمرضى السكري، أمراض القلب والاعوية الدموية لمن يعانون من السكري، 2017، ص 10.

## الفصل الثالث العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي والصحة الانجابية

فالبدانة على سبيل المثال لها تأثير اقتصادي واضح على ميزانية الأسرة من حيث كمية ما يتناوله الشخص البدن ضعف الشخص العادي بالإضافة الى تناول الأكل خارج المنزل مما يزيد عبء اقتصاديا على الأسرة، بالإضافة الى ذلك مصاريف التدابير التي ينتهجها البدن لإنقاص الوزن بما فيها العلاجات والجراحات والأدوية التي تتطلب استخدام لفترة طويلة ومصاريف الاشتراك في النوادي الرياضية والأجهزة الرياضية.

### 5- تأثير الأمراض المزمنة على المجتمعات:

للأمراض المزمنة مخاطر عديدة فبالإضافة الى الوفيات التي تحصد الأرواح كل سنة وتتسبب في اعتلال الصحة هي تهدد التنمية البشرية، ففي عام 2011 توفي حوالي 15 مليون من سكان العالم في سن مبكرة قبل بلوغ سن 70 بسبب هذه الأمراض أغلبها في العالم النامي، بالإضافة الى ذلك فان هذه الأمراض تؤدي الى زيادة معدلات الفقر بين الافراد والاسر كما تعيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات فنجد سنويا حوالي 100 مليون فرد يقعون تحت وطأة الفقر نتيجة دفع تكاليف باهظة للخدمات الصحية ونجد ذلك أكثر في البلدان المنخفضة الدخل والموارد، مما يزيد من استنزاف موارد الاسرة سريعا. وتؤثر الأمراض المزمنة على العمالة الإنتاجية وعلى اقتصاد البلدان نتيجة دفع تكاليف باهظة من أجل الوقاية وتوفير الرعاية للمصابين والتي تقدر بالمتوسط سنويا للبلدان المنخفضة الدخل للوقاية والحد من الأمراض القلبية الوعائية بنحو 8 مليار دولار سنويا<sup>1</sup>، إن هذا الإنفاق الكبير في مجال الرعاية الصحية يثقل كاهل الدول مما يرغم الحكومات على خفض الانفاق في مجالات مهمة الأخرى كالتعليم والبنية التحتية أو يزيد من استدانتها من الخارج وبطء في تسديد دينها، فهناك علاقة وطيدة بين الفقر وهذه الأمراض فالزيادة السريعة للأمراض تقلل وتعرقل من مبادرات التخفيف من وطأة الفقر في البلدان المنخفضة الدخل لأن الأسر تدفع تكاليف باهظة للاستفادة من الخدمات الصحية ونجد الأسر الفقيرة والمحرومة اجتماعيا هي التي تتأثر أكثر وتموت في سن مبكرة مقارنة بالأسر الغنية.

1-دان شيشولم وبنك بنا تقالا، المعركة من اجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية، الرقم 4، العدد 51، صندوق النقد الدولي، ديسمبر 2014، واشنطن، ص19.

## الفصل الثالث \_\_\_\_\_ العوامل المؤثرة على السلوك الإنجابي والصحة الإنجابية

### خلاصة:

عرفت الجزائر عدة تطورات هامة في مستويات الخصوبة حيث تراجعت بداية من الثمانينات حتى قاربت المستويات العالمية، وترجع الى عدة عوامل منها الأمنية والاقتصادية والثقافية والصحية، ثم بدأت تشهد الخصوبة إرتفاع بداية من سنة 2000 نتيجة إرتفاع معدلات الزواج ودخول جيل سنوات الخصوبة المرتفعة (السبعينات والثمانينات) سوق الزواج، كما أن هناك تراجع طفيف في إستعمال وسائل منع الحمل.

كما أثرت الأمراض المزمنة على الخصوبة حيث تقف عائقا لدى النساء المصابات وتتطلب ظروف صحية استثنائية لأمومة آمنة وبالتالي تؤدي الى تغيير في السلوك الإنجابي لهن.

بالإضافة الى انعكاسات هذه الأمراض على صحة الأم والطفل والأسرة التي تعتبر من مكونات المجتمع، فهناك انعكاسات أخرى على الفرد والأسرة والمجتمعات من جميع النواحي الاقتصادية والاجتماعية والنفسية.

---

# الفصل الرابع

متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

---

المبحث الأول: أهمية الرعاية الصحية اثناء الحمل وبعده للنساء المصابين بأمراض المزمنة.

أولاً: الحمل وأهمية الرعاية الصحية اثناءه وبعده.

ثانياً: موقف الشريعة والقانون الجزائري في الإجهاض للنساء المصابين بأمراض

مزمنة.

المبحث الثاني: وفيات الأمهات

أولاً: الوضع الصحي للحوامل والوفيات الناجمة عنها.

ثانياً: وفيات الأمهات في الجزائر ومجهودات الدولة في حماية الام والطفل.

خلاصة

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

### تمهيد:

الحمل والولادة عملية طبيعية، إلا أنها لا تخلو من المخاطر سواء للام أو للجنين، لذلك يجب توفير الرعاية الصحية الجيدة للحمل في وقت مبكر كي يساعد في اكتشاف بعض المشكلات التي تعرقل سير مراحل الحمل ونموه للوقاية واتخاذ التدابير الوقائية اللازمة قبل فوات الأوان.

وقد تكون الام الحامل مصابة بمرض مزمن أو أمراض أخرى وبعد حدوث الحمل فإنها تحتاج إلى عناية مزدوجة تبعا لخطورة وشدة المرض، كما أنها تحتاج الى عناية خاصة من خلال بعض التدابير التي يجب أن تتبعها لوحدها وبعضها يتوقف بمدى إمكانية الحصول عليها والاستفادة منها وهذا حسب بعض المتغيرات السوسيو ديموغرافية للمرأة.

ويتناول هذا الفصل متطلبات الرعاية الصحية للنساء المصابين بأمراض مزمنة أثناء الحمل وبعد الولادة وأهم المشاكل التي تعترض النساء في هذه المرحلة كالإجهاض والمضاعفات المحيطة به، كما نتطرق الى موقف القانون والشرعية الى الإجهاض العلاجي في حالات إنقاذ الام من الخطر، بالإضافة الى التطرق لوفيات الأمهات في العالم والجزائر ومجهودات الدولة لتحسين الصحة الانجابية وخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

المبحث الاول: أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده للنساء المصابين بأمراض المزمنة.

أولاً: الحمل وأهمية الرعاية الصحية اثناءه وبعده.

يعرف الحمل على أنه الفترة ما بين التخصيب وحتى الولادة ويستمر لمدة 40 أسبوعاً بدأ من اليوم الأول لآخر دورة طمث المرأة.

### 1- التغيرات الطبيعية والمشاكل التي تحدث أثناء الحمل:

هناك أعراض طبيعية تظهر أثناء الحمل سواء في بدايته أو في نهايته وهي الغثيان والتبول المتكرر والام الثدي وكبر حجمه وتغير لون الجلد كما ان حركة الجنين تصبح واضحة مع تقدم في الحمل ومن المشاكل الشائعة التي تحدث في الحمل هي<sup>1</sup>:

\* **حرقة الفؤاد:** وهو شائع الحدوث في الفترة الأخيرة من الحمل وهو شعور بالحرقة خلف القفص الصدري ويحدث نتيجة ارتداد محتويات المعدة الحمضية وتسببها الأغذية الحارة والدسمة والشاي الداكن والوجبات الكبيرة التي تتطلب زيادة في افرازات الاحماض في المعدة من اجل هضمها لذلك تتطلب العناية في الاكل واخذ وجبات خفيفة ومفيدة للحمل مع شرب كميات كبيرة من الماء لتجنب الحرقة المعدية او استعمال بعض الادوية في العلاج.

\* **الغثيان والتقيؤ:** ويحدث عادة في بداية الحمل خلال الثلاث أشهر الأولى خصوصاً في الفترة الصباحية ولا يمتد بعدها وإذا كان التقيؤ بشدة واستمر لفترة طويلة يجب زيارة الطبيب والمعالجة.

\* **الإمساك:** ويكون أكثر شدة عند تقدم الحمل وهو ناتج عن عاملين هما هرمون البروجسترون وما يسببه من ارتخاء العضلات وبالتالي تقل حدة تقلصات الأمعاء الغليظة بالإضافة الى تأثير نمو الجنين وضغطه على الأمعاء الغليظة في الحوض مما يسبب الام في البطن لذلك على المرأة اتخاذ بعض الاحتياطات لمنع حدوث الإمساك كالنظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية كالمشي والسباحة وشرب السوائل بكثرة وإذا لم تنفع يمكن اخذ بعض الادوية البسيطة.

<sup>1</sup> - نورمان سميث، مرجع سابق، ص ص 79-89.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

\* **البواسير:** يتسبب الضغط المتزايد لوزن الحامل في زيادة حجم الاوردة فتتضخم وتبرز وهي موجودة مثل كتل صغيرة في فتحة الشرج ويطلق عليها اسم البواسير وتسبب البواسير الحكة والالام والنزف أثناء حركة الأمعاء لتمرير البراز المتصلب والجاف.

\* **آلام الظهر:** تعاني الام من الام الظهر وآلام الارتفاق في الفترة الأخيرة من الحمل نتيجة الحمل الزائد وزيادة الوزن ولكنه يختفي بعد الولادة.

\* **تورم اليدين والقدمين:** يبدأ تورم القدمين واليدين في الأسابيع الأخيرة من الحمل وقد يكون قليل كما قد يكون تورم وانتفاخ زائد وهي طبيعة لمعظم حالات الحمل، إلا أنها قد تتورم بشكل كبير لتصيب الوجه فقد يكون خطر بالإصابة بتسمم الحمل خاصة إذا كان مصحوبا بارتفاع الضغط الدموي.

\* **دوالي الاوردة:** وهي تحدث في الساقين في الفترة الأخيرة من الحمل حيث تزداد قوة الثقل عند الوقوف على الأوردة الدموية وزيادة ضغط الدم عليها وقد تنتفخ وتوسع بسبب بطء الدورة الدموية من الساقين إلى القلب وتسبب ألم في الوريد المصاب كما تشعر الحامل بالثقل والخفقان والوخز، لذلك على المرأة تجنب الوقوف كثيرا والاستمرار في تحريك الساقين لتجنب تجمع الدم في الساقين.

\* **تقلصات الساق:** هي تشنجات لا إرادية للعضلات وتسبب الألم والصعوبة في استخدام الطرف المصاب وأغلب الأحيان يكون الساق وهو يحدث في الفترة الأخيرة من الحمل وأحسن علاج تدليك العضلة المصابة.

\* **الافرازات المهبلية:** بسبب الحمل تكون الغدد الافرازية في عنق الرحم أكثر نشاطا وهي حالة عادية في فترة الحمل، وقد تكون هذه الافرازات مصحوبة بحكة، كما قد تكون الحكة الشديدة ناتجة عن الإصابة بعدوى المبيضات (مرض القلاع) بسبب "فطر المبيضات" وهي شائعة الحدوث أثناء الحمل ويمكن علاجها بسهولة، وتعتبر معظمها غير مضره بالطفل ولكن يجب العلاج.

\* **الإرهاق:** من الطبيعي أن تشعر المرأة بعدم الراحة في فترة الحمل ولذلك نظرا للتغيرات الفيزيولوجية والمشاكل التي تحدث لها تجعلها تغير من جدول حياتها في النوم والاكل والملبس وغيرها<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - نورمان سميث، مرجع سابق، ص ص 79-89.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

### 2- مضاعفات الحمل والامراض المرتبطة بالإنجاب:

إن متابعة الحمل ومراقبته جيدا يساعد في الكشف المبكر للأعراض الصحية التي ترافقه وبهذا تتفادى حدوث مشاكل خطيرة التي من المحتمل أن تهدد حياة الام والجنين، وتعتبر كل الحمول معرضة للخطر حيث يعاني 15% من الحمول من مضاعفات قد تكون مهددة للحياة وتستدعي الرعاية الضرورية والتدخل التوليدي للحفاظ على الحياة<sup>1</sup>.

وفي فترة الحمل قد تصاب بداء المبيضات بسبب ارتفاع مستويات الاستروجين (وهو هرمون نسائي يزداد عند البلوغ والحمل ويتراجع بعد انقطاع الطمث ويستخدم في صناعة حبوب الحمل المختلفة) وهو لا يؤثر في الحمل إلا أنه قد يحدث الولادة قبل الأوان والمخاض المبكر والإجهاض والبكتيريا المهبلية، إلا أنه لا يزال لحد الآن عدم كفاية الأدلة في ذلك ويجب على الحامل الخضوع الى العلاج اثناء الحمل اذا كانت مصابة بالبكتيريا مما يسبب لها انزعاجا أثناء الحمل ويكون له أثر أكبر بعد الولادة إذ تنتقل العدوى إلى الأعضاء في الحوض بعد المخاض مما يسبب التهابات أخرى في حوض المرأة، كما أن الحمل والأمراض المزمنة كالسكري ونقص المناعة تزيد من خطر الإصابة بالعدوى في المسالك البولية<sup>2</sup>.

كما تحدث اضطرابات أثناء الحمل تؤدي إلى بعض المشاكل فيه وتؤثر في نمو الجنين وصحة الأم مثل خلل تخثر الدم، السكري، الضغط الدموي، مشاكل القلب، اضطرابات الغدة الدرقية، مشاكل في الرئة والامعاء والكبد، خلل نفسي والعدوى<sup>3</sup>.

#### أ- تسمم الحمل:

تسمم الحمل هو عرض يصيب المرأة وليس تسمما للجنين أو جسم المرأة، فهو حالة من التشنجات أو الغيبوبة التي ممكن أن تصيب الحامل وقد تكون مسبقة بتسمم الحمل حيث

<sup>1</sup> - مارج بيرير ، وفيات الأمهات هل يتحقق هدف الحمل الامن، قضايا الصحة الإنجابية، مؤسسة المرأة الجديدة، بريطانيا، 2007، ص 20.

<sup>2</sup> - كارولين برادبير، الامراض النسائية، ترجمة هنادي مزبودي، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، كتاب العربية، الرياض، السعودي، الطبعة الأولى 2014، ص ص 35-47.

<sup>3</sup> - نورمان سميت، مرجع سابق ، ص 17.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

يعتبر من الحالات الطارئة التي تهدد حياة الأم والجنين وتصاب به من 5-7% من النساء الحوامل<sup>1</sup>.

### \* أسباب الإصابة بتسمم الحمل وحدوثه:

- لا يوجد سبب مباشر لحدوث تسمم الحمل ولكن من الظواهر المرتبطة به هي:
- أمراض السكري وضغط الدموي ومرض الكلى.
- الغذاء وزيادة نسبة الاملاح.
- عوامل وراثية من أحد أفراد العائلة الام او الأخت.
- كبر حجم المشيمة واستسقاء الجنين.

يحدث التسمم "عند وجود نقص أو قصور في تزوية الاوعية الدموية التي تمد المشيمة والرحم بالغذاء، يؤدي ذلك إلى إفراز مواد كيميائية أو أجسام مضادة تنتشر في دم الأم وتتسبب في خلل في بطانة الرحم، فتؤدي إلى تضيق في الأوعية الدموية بشكل عام فتؤدي إلى قصور في أعضاء الجسم مثل القلب والدورة الدموية، الكلى، الكبد والجهاز العصبي"<sup>2</sup>.

ومن العوامل التي تزيد الإصابة بتسمم الحمل هو الحمل الأول في سن متأخرة، بالإضافة الى نقص العناية أثناء فترة الحمل والإصابة بالضغط الدموي قبل الحمل أو قصور كلوي، الحمل بالتوأم والحمل العنقودي بالإضافة إلى وجود تاريخ مرضي بالأسرة.

وتحدث أغلب حالات تسمم الحمل أثناء الولادة بنسبة 50% بينما تحدث نسبة 25% قبل الولادة أثناء فترة الحمل ونسبة 25% تحدث بعد الولادة ومن أعراضه غثيان وقيء، صداع في الرأس، تورم الجسم وزيادة مفرطة في الوزن، اضطرابات عصبية، وجود بروتين في البول، وجود ألم في المعدة.

وعلامات حدوثه تأتي على مراحل حيث يكون التشنج في عضلات الوجه ونوبة صرع وخروج رغوة من الفم وعض اللسان وتوقف التنفس والتبول اللاإرادي ثم أخيرا الدخول في غيبوبة وفقدان الوعي.

ب- **النزيف المهبلية:** وهو من المضاعفات الشائعة أثناء الحمل وإذا حدث قبل 24 أسبوع فان الجنين لا يبقى على قيد الحياة ويعتبر النزيف تهديدا للإجهاض، واما إذا حدث بعد

<sup>1</sup> -الاتحاد الدولي لتنظيم الاسرة وجمعية تنظيم وحماية الاسرة الفلسطينية، مطوية تسمم الحمل، القدس، فلسطين، فيفري

2012، ص3.

<sup>2</sup> - نفس المرجع ص3.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

24 أسبوع من الحمل فيعتبر نزيف ما قبل الوضع ولذلك يجب الفحص لمعرفة الأسباب ومن بين أسباب النزيف قبل الوضع<sup>1</sup>:

- المشيمة مزاحة وفي غير محلها أو انفصالها إذا كان النزيف خلف المشيمة.
- أوعية متقدمة (أوعية متقدمة تغمر الجزء المتقدم، رأس الطفل أو المقعدة).
- سبب محلي (ورم عنق الرحم أو سرطان الرحم، نمو صغير غير مضر أو عدوى).
- ج- **المخاض قبل الأوان**: يكون قبل إتمام 37 أسبوعا من الحمل، قد يكون السبب معروفا أو لا، كما قد يحدث للمرأة مخاض زائف ويصعب تشخيص المخاض قبل الأوان مع تقلص وتمدد الرحم، وإذا حدث ولادة قبل الأوان تلزم الطفل رعاية خاصة لاستكمال ميعاده وتعد متلازمة الضائقة التنفسية من أحد الأعراض التي تصيب الطفل المولود قبل أوانه بسبب عدم نضج الرئتين.

د- **الحمل خارج الرحم** : ممكن أن يحدث في بعض الأحيان حمل خارج الرحم بعد إنقسام البويضة الملقحة والتي لا تصل إلى تجويف الرحم فتتغرس خارجه في مراحل نموها الأولى وتكون غير قادرة على استكمال مرحلة نموها، ويمكن أن يكون السبب انسداد أو التصاقات في الجزء الرفيع من قناة فالوب أو بسبب عدوى قديمة لم تكن تظهر للمريضة ويصبح حمل خارج الرحم وتستمر في نمو بطيء ولا يمكنها الاستمرار حية، كما يمكن أن يحدث انفجار في الحمل خارج الرحم ويكون أحيانا مصحوبا بنزيف داخلي ويجب التدخل الجراحي إذا استمر الحمل خارج الرحم في النمو<sup>2</sup>.

هـ- **مضاعفات وأمراض أخرى**: منها عدوى المسالك البولية حيث نجد من بين كل 3 نساء امرأة تعاني من هذه الالتهابات في حياتها على الأقل لمرة واحدة، وبعد سن الأربعين تزداد احتمالية الإصابة بالالتهابات أكثر خاصة التهاب المثانة البولية مما قد يؤدي الى زيادة مضاعفات الخطر<sup>3</sup>، بالإضافة الى تأخر نمو الجنين ومرض الدم الانحلالي.

<sup>1</sup> - نورمان سميث، مرجع سابق، ص 91.

<sup>2</sup> - نورمان سميث، مرجع سابق، ص ص 24-26.

<sup>3</sup> - إيمان السيد، مرجع سابق، ص 13.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

### 3- الرعاية أثناء الحمل وأهميتها:

تعتبر الرعاية أثناء الحمل مهمة لما لها دور في تخفيض المشاكل المصاحبة للحمل والوفيات الناتجة عنها، وهي مرحلة مهمة تشمل مجموعة من الأنشطة التثقيفية الغذائية والسلوكيات الصحية قبل المخاض خاصة إذا كانت المرأة تعاني من مرض مزمن مما يزيد من خطورة الوضع والعناية الفائقة أكثر، كما توصي منظمة الصحة العالمية النساء الحوامل بأربع زيارات على الأقل في فترة الحمل وتشدد على أهميته في بداية الحمل للكشف المبكر عن التشوهات الجنينية أو التعرف على عوامل الخطورة والخاصة بالتاريخ الطبي للمريضة والولادة، وفي النصف الثاني من الحمل يكون الهدف من المتابعة هو التركيز عن الكشف عن ضغط الدم المرتفع ونمو الجنين أو وجود نزيف وعند اقتراب موعد الولادة يفحص بطن الحامل للكشف عن وضعية الجنين وسوء المجيئ الذي يكون فيه اتجاه الجنين للأعلى مما يسبب مشاكل أكثر تعقيدا.

كما أن أهمية الفحص الطبي من خلال الرعاية الأولية تفيد في الوقائية والتشخيص المبكر للأمراض قبل الحمل خاصة سرطان عنق الرحم، والفحوصات ضد الحصبة الألمانية التي تصيب المرأة الحامل في بديء الحمل وتنتقل الإصابة الى الطفل مما تسبب له عيوباً خطيرة بالقلب والعينين والاذنين<sup>1</sup>، وتشكل الوراثة عاملاً في انتقال بعض الأمراض فاذا كان هناك قريب يعاني من خلل جيني منتشر في العائلة فاحتمال الإصابة وارد لذلك وجب الفحص والتأكد من سلامة الجنين في فترة الحمل الأولى<sup>2</sup>، وإذا كانت الأم مصابة بمرض مزمن كالسكري والصرع فإن أهمية الفحص كبيرة في الأسابيع الأولى من الحمل وذلك للتقليل من خطورة التعرض للإجهاد أو تشوهات الجنين بضبط كمية الأنسولين ووقت تناولها، أما الصرع فيجب تناول الأدوية الأكثر الأمان للجنين والتي ينصح بتناولها قبل وبعد الحمل<sup>3</sup>.

تزداد أهمية الفحص وزيارة الطبيب أثناء الحمل حسب صحة الأم فاذا كانت بها حالة مرضية كمرض السكري وأمراض الكلى والصرع والضغط الدموي ومرض القلب أو جراحة قديمة على مستوى الرحم وغيرها أو مشكلة قديمة في حمل سابق أو الحمل الحالي فيجب

1 - نورمان سميث، مرجع سابق ، ص 8.

2 - نفس المرجع ، ص 13.

3 - نفس المرجع ، ص 17

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

الرعاية أكثر لتفادي المضاعفات الخطيرة التي تحدث أثناء الحمل مثل الإجهاض والولادة القيصرية أو وفاة الجنين وغيرها من تعقيدات الحمل والولادة، لذلك يجب التواصل المستمر مع الطبيب الاخصائي عبر الزيارات المبرمجة، مع ضرورة ممارسة بعض التمارين الرياضية وأهمها المشي الذي له أثر إيجابي على سير الحمل والولادة كما يجب تثقيف المرأة الحامل بكيفية التعامل مع قرب موعد الولادة والعلامات الدالة عليها<sup>1</sup>.

يتم إجراء فحوصات روتينية واختبارات البول والدم من أجل رصد نتائج تقدم الحمل وصحته وصحة الأم وتكرارها وعن المشاكل الموجودة والتي قد تتطور مع الحمل والتي قد تكون اختيارية في بعض الأحيان.

وتوصي منظمة الصحة العالمية النساء الحوامل بتوصيات من شأنها ضمان حمل سليم بدا من التغذية الجيدة التي تعتمد على الخضروات الخضراء والبرنقال، واللحوم والأسماك والبقوليات والمكسرات والحبوب الكاملة و الفاكهة التي توفر الطاقة والبروتين والفيتامينات والمعادن للصحة الجيدة والحفاظ على النشاط البدني، كما توصي بفحوصات الأم والجنين الروتينية والتدابير الوقائية اللازمة أثناء الحمل لمنع حدوث المضاعفات والمشورات المقدمة من طرف الطبيب الى غاية الولادة بالإضافة إلى الدعم النفسي والعاطفي من خلال الأسرة والزوج، وهذا من أجل السيطرة على تأزم الحمل ومضاعفاته كقياس الضغط الدموي المنتظم وسماع صوت قلب الجنين وغيرها من الفحوصات الروتينية عند الطبيب والمكملات الغذائية اثناء الحمل وقبله كما توصي اثناء الولادة ان تكون تحت اشراف أطباء متخصصين او قابلات مؤهلات خاصة للنساء في المناطق الريفية، وتتصح منظمة الصحة العالمية من اجل صحة الام والجنين وخفض معدلات وفيات الأمهات ما لا يقل عن ثمانية زيارات قبل الولادة موزعة كما يلي زيارة في الربع الأول من الحمل وزيارتين في الربع الثاني وخمسة زيارات في الربع الثالث والجدول التالي يوضح ذلك<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> - احمد محمد بدح واخرون، مرجع سابق، ص 235.

<sup>2</sup> - OMS, Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, janvier 2018, p02.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

جدول رقم (28): عدد الزيارات أثناء الحمل حسب توصيات منظمة الصحة العالمية

رقم الزيارة المطلوبة	الاسبوع
الثلاث الاول	
1	12
الثلاث الثاني	
2	20
3	26
الثلاث الثالث	
4	30
5	34
6	36
7	38
8	40

Source : Modèle de l'OMS pour les soins prénatals 2016,p2.

وتوصي المنظمة كذلك بتناول مكملات الحديد وحمض الفوليك عن طريق الفم يوميا لمنع فقر الدم والانتان النفاسي وانخفاض الوزن عند الولادة والولادة المبكرة لدى النساء الحوامل الذي ينتشر بينهن بشكل كبير بحوالي 40% منهن وتشمل الأسباب الرئيسية لفقر الدم نقص الحديد والامراض المزمنة والالتهابات، وإذا تم تشخيص فقر الدم لدى المرأة اثناء الحمل يجب زيادة المكملات اليومية من الحديد واتباع نظام غذائي صحي وتثقيفي للأغذية الغنية بالفيتامينات.

### 4- متطلبات الرعاية الصحية للنساء الحوامل المصابات بالأمراض المزمنة :

لقد تزايد الاهتمام بصحة الام والوليد في السنوات القليلة الماضية ورعاية الحمل لما لها أهمية في تحقيق الامومة الامنة التي تهدف الى تقليل وفيات الأمهات والأطفال والحفاظ على صحة الام وجنينها ، كما ان الرعاية الصحية للحامل في بدايته له أهمية في اكتشاف بعض الامراض التي تؤثر على حياة الام وجنينها كالسكري وفقر الدم وامراض القلب وغيرها او في اكتشاف حالات تسمم الحمل واكتشاف الأوضاع غير طبيعية للجنين وتعسر الولادة، وتردد المرأة على عيادة رعاية الحمل والنصائح التثقيفية المقدمة لها المتعلقة بالغذاء او ممارسة الرياضة او الفحوصات اللازمة في كل مرحلة من الحمل من شأنها ان تجتاز

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

مرحلة الولادة الامنة والحفاظ على صحتها وصحة جنينها فاكثراً ما يقلق المرأة اصابتها بمرض مزمن والاثار والمتاعب الناجمة عنه ونلخص بعض الجوانب في التعامل مع الامراض المزمنة اثناء فترة الحمل .

### العناية قبل بدا الحمل لأي امرأة:

- تناول كمية كافية من حمض الفوليك مقدرة ب 400 مكغ، الذي له دور في الإنقاص من العيوب الولادية، يستحسن البدء فيه قبل الحمل الى غاية الثلث الأول من الحمل.
- بالنسبة للمرأة التي تتناول الدواء يجب اعلام الطبيب بذلك فقد تكون غير امنة للجنين حيث تستبدل بأخرى أكثر امان.
- فحص الدم لتحري بعض الامراض.

### أ- الرعاية للنساء الحوامل المصابات بالداء السكري<sup>1</sup> :

لقد أدى التطور الكبير في الرعاية الطبية إلى زيادة فرص الحمل الناجح وطفل معافى مثله مثل وليد امرأة غير مصابة، عكس ما كان في وقت مضى، اذ كان يعد أمراً بالغ الخطورة على الأم والوليد، لكن لسلامة الحمل للنساء المصابات بالسكري يقتضي مجهوداً أكبر تتمثل في مجموعة من النصائح وهي:

- تكرار الزيارات للطبيب وذلك لمتابعة الحمل وتتبع تعليماته بدقة، حيث أن أغلب الدراسات أثبتت لنجاح الحمل هو إبقاء مستوى السكر في الدم طبيعياً من خلال قياسه بشكل دوري واستخدام جرعات الانسولين مقسمة على فترات.
- تناول الأكل الصحي والمتوازن يتم بمشاوره الطبيب الخاص وخصائي التغذية بحيث تلبى نصف الاحتياجات اليومية من النشويات و20% من احتياجات الطاقة وكمية منخفضة من الدهون والكوليسترول، كما يجب ان لا تحتوي الوجبة على حلويات محلاة بالسكر، واحتواء الغذاء على كمية من الألياف التي لها دور في خفض من كمية الأنسولين التي تحتاجها المرأة أثناء الحمل.
- إذا كان وزن المرأة زائداً يجب خفض كمية السعرات الحرارية من خلال غذائها اليومي.

<sup>1</sup> - ماهر عبد الوهاب، مرجع سابق، ص ص 110-113.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

- تناول الخضروات والحبوب في مكان الفواكه وعصائر الفواكه خوفا من ارتفاع مستويات السكر في الدم وتناول كمية كافية من النشويات في الإفطار وتناول وجبات خفيفة بين الوجبات الرئيسية.
  - تحتاج المرأة أثناء الحمل زيادة في كمية السعرات الحرارية بحوالي 200 سعر حراري وزيادة في البروتين ب 30% يوميا لذلك يجب الأكل للحفاظ على الأم والجنين، وقد يتطلب الوضع الذهاب إلى المستشفى لأخذ المشورة في الغذاء وضبط جرعة الأنسولين ويجب عدم ترك المعدة فارغة.
  - تكون زيادة الوزن طبيعية في فترة الحمل في حدود من 5-12 كلغ في طول فترة الحمل.
  - ممارسة التمارين الرياضية يساعد في تنظيم مستوى السكر في الدم ويساعد في الولادة بمشورة الطبيب ويعتبر المشي السريع أو السباحة أو ركوب الدراجة مناسب في هذه المرحلة إذ لم يكن هناك مشاكل أخرى الى جانب السكري أو المشي الخفيف.
  - الراحة خاصة في الثلاث الأشهر الأخيرة ووسط النهار.
- ب- الرعاية الصحية للنساء المصابات بالضغط الدموي:

يجب على كل امرأة حامل ومصابة بالضغط الدموي أن تعمل على تطبيق النصائح والارشادات الطبية الوقائية التي تضمن لها حمل جيد وخالي من المضاعفات كمرقبة ضغطها الدموي بشكل مستمر ومنتظم وفي كل أطوار الحمل واستعمال الوصفات الطبية التي يقدمها الطبيب المختص لتجنب ارتفاع الضغط الدموي بالإضافة إلى اللجوء إلى المستشفى عند الولادة لأنه المكان المناسب للوضع والمتابعة الصحية الجيدة.

كما ينصح لهذه الفئة التقيد ببعض الارشادات الصحية وهي<sup>1</sup>:

- الزيارات الطبية أكثر والرعاية الدقيقة حيث يتطلب المزيد من الفحوصات والاختبارات أكثر من النساء غير المصابات من قبل بداية الحمل إلى نهايته وإتباع تعليمات الطبيب بدقة.
- الغذاء المتوازن والتقليل من كميات الملح في الطعام وكثرة شرب الماء والسوائل حتى 4 لترات من السوائل الذي يساعد في التخلص من الزيادة المخزنة في الجسم.
- الراحة والاسترخاء الكافية مع رفع الساقين إلى الأعلى في الصباح والظهر.

<sup>1</sup> - ماهر عبد الوهاب، مرجع سابق، ص 114.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

- الحرص على تناول الدواء المناسب وقت الحمل بانتظام مع موافقة الطبيب لضبط مستوى ضغط الدم ولمنع تسمم الحمل التي تسببها بعض الأدوية.
- قياس مستوى الضغط يوميا وبانتظام، والانتباه على حدوث مضاعفات التي يجب اخبار الطبيب فوراً عند حدوثها.
- إذا استمر الضغط الدموي في الارتفاع لمدة طويلة رغم علاجه أو حدوث مضاعفات الضغط مثل نزيف الشبكية أو هبوط وظائف الكلية أو تضخم القلب فيجب تدخل الطبيب لإمكانية استمرار الحمل من عدمه.
- خلال فترة الحمل يجب المراقبة المستمرة لضغط الدم، مع اختبارات البول وتحاليل الدم، مع الموجات فوق الصوتية لقياس نمو الطفل<sup>1</sup>.

### ج- الرعاية الصحية للنساء الحوامل المصابات بالربو:

يتطلب الحمل عند النساء المصابات بالربو عناية فائقة ورعاية طبية جيدة عند اخصائي الحساسية وأمراض الصدر وعند أخصائي النساء والتوليد لكي يكون الحمل أكثر أماناً ونجاحاً، فيجب التعاون بينهما ويجب زيارة الطبيب كل أسبوعين أو أربعة أسابيع حتى الأسبوع 28 من الحمل ومن بعدها يستحسن زيارته كل أسبوع حتى نهاية الحمل، وكذلك قياس ضغط الدم ومراقبة نمو الطفل ونبضات قلبه بعد الأسبوع 12 وإجراء تحاليل البول، ويعتبر علاج الربو أثناء الحمل من الأهمية القصوى والتدابير اللازمة للنساء وليس هناك اختلاف كثير لعلاج الربو خارج الحمل ومن أهميتها السيطرة على الاعراض والوقاية من النوبة الحادة وبقاء وظائف الرئة قريبة من الطبيعي وإنقاص درجة الالتهاب ومن العلاجات هي<sup>2</sup>:

- مراقبة وظائف الرئة لدى الأم وهي مهمة لمراقبة تدهور أعراض الربو سواء في المنزل أو في المراكز الصحية، ومراقبة حالة الطفل وحركته خلال الزيارات الطبية وخاصة بعد الأسبوع 24 من الحمل ومراقبة نبضات قلب الجنين.
- التنقيف للمرأة المصابة واعطائها معلومات عن حالتها من شأنها أن تحسن وتفيد في صحتها أثناء الحمل واخذ الدواء اللازم والتدابير اثناء تفاقم حالتها.

<sup>1</sup> - المعهد الكندي لأبحاث الصحة، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم اثناء الحمل، 2015، رابطة اونتااريو للقبالات. ص6.

<sup>2</sup> - مهند محسن صالح، مرجع سابق، ص ص 15- 16.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

- وتساعد بعض هذه التعليمات الصحية في السيطرة على المرض ونجاح الحمل وهي<sup>1</sup>.
- تجنب المثبرات البيئية التي تزيد الوضع سوءا مثل حبوب اللقاح والغبار والفطريات ودخان التبغ والمساحيق التنظيف والعطور والحيوانات.
- أخذ التطعيم ضد الانفلونزا وتجنب الإصابة بنزلات البرد والعلاج في حالة الإصابات في الجهاز التنفسي بالمضاد الحيوي المناسب أثناء الحمل وإذا تفاقمت الأزمة يجب تدخل الطبيب.
- أخذ الدواء الموصوف من عند الطبيب أثناء الحمل لأنها أكثر أمانا.
- الرضاعة الطبيعية للطفل وتجنب الغذاء الخارجي من أجل صحة الطفل وعدم انتقال المرض وراثيا.

### د- الرعاية الصحية للنساء المصابات بأمراض القلب<sup>2</sup>:

يشكل مرض القلب عند النساء الحوامل خطرا على صحتهن وصحة مولودهن خاصة إذا كان اهمال في الرعاية الطبية أثناء الحمل، لكن هذا لا يحرمهن من الامومة إذا وجدت رعاية وعناية جيدة فان مرحلة الحمل تتم بصحة وسلام ومن متطلبات الرعاية الصحية اللازمة نجد:

- وجود الاشراف الطبي الجيد وزيارة مراكز رعاية الحوامل على فترات متقاربة مرة كل أسبوعين في الشهور الأولى من الحمل ثم أسبوعيا في الأسابيع الأخيرة منه.
- الحمل في سن صغيرة بالنسبة للمرأة المريضة بالقلب أحسن من التأخير الى عمر متقدم اذ يصبح المرض في حالة متقدمة مما يزيد من خطورة الوضع.
- الاكتفاء بعدد قليل من الأبناء لان كثرة الانجاب تسبب الإرهاق البدني والنفسي لمريضة القلب ويؤثر على صحة قلبها.
- قد تتطلب حالة المريضة الدخول إلى المستشفى لفترات متعددة وطويلة أثناء الحمل للراحة والعلاج.
- عند قرب موعد الولادة لابد من دخول السيدة الى المستشفى أسبوع قبل الولادة على الأقل.

<sup>1</sup> - ماهر عبد الوهاب، مرجع سابق، ص 115.

<sup>2</sup> - نفس المرجع ، ص 138.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

- المعالجة الفورية لمرض فقر الدم والأمراض المعدية كالإنفلونزا والتهاب القصبة الهوائية لأنه يؤثر على صحة الأم والقلب وتجنب أماكن الازدحام والأشخاص المرضى والمصابين بنزلات البرد.
- تعتبر أخطر فترة على مرض القلب هي فترة الولادة وما بعدها لذا يجب أن تتم الولادة بمستشفى مؤهل جيدا.
- أغلب حالات الولادة لمرضى القلب تتم ببسر وسهولة اذا عملت بالإرشادات.
- 5- أهمية الرعاية بعد النفاس : تعتبر الرعاية بعد الولادة مهمة جدا في حياة الأم وهذا للوقاية من الأمراض التي تحدث في مدة النفاس، وقد أوصت منظمة الصحة العالمية بالرعاية بعد الولادة لجميع الأمهات حتى النساء اللاتي لا يشعرن بالمرض في فترة حددت بـ 6 أسابيع بعد النفاس، والتي قد تظهر فيها مشاكل صحية متعلقة بالولادة أو قد تسبب الأمراض المزمنة المتعلقة بالولادة التي تهدد حياة وصحة الأم، وحسب منظمة الصحة العالمية فان ثلثي الوفيات بين الأمهات تحدث بعد الولادة خاصة في الأسبوع الاول، لذلك الرعاية في مرحلة ما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الامنة وذلك لما لها دور في التقليل من الوفيات والتمتع بصحة ورفاهية الأمهات، ويجب على الدول توفير خدمات الرعاية ما بعد الولادة حيث كان النزيف بعد الولادة سبب للعديد من وفيات النساء<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>- مارج بيرير، مرجع سابق، ص 20.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

ثانيا: موقف الشريعة والقانون الجزائري من الإجهاض للنساء المصابات بأمراض مزمنة.

1- تعريف الإجهاض: يعرف الإجهاض على أنه "خروج محتويات الحمل قبل عشرين أسبوعاً"<sup>1</sup>، ويعرف أيضا بأنه " إخراج الحمل من الرحم في غير مواعده الطبيعي، عمدا وبلا ضرورة بأي وسيلة من الوسائل"<sup>2</sup> يشير مصطلح الإجهاض عموما إلى أنه يكون متعمدا إلا أن هناك إجهاض تلقائي وإجهاض علاجي وإجهاض جنائي وهنا نميز بين ثلاث أنواع من الإجهاض:

1-1- الإجهاض التلقائي (السقط، فقدان الجنين): يحدث خارج إرادة المرأة وتلقائيا وبدون سبب ظاهر وعادة يحدث في فترة مبكرة من الحمل، وله أسباب عديدة كالأمراض المزمنة أو أمراض تتعلق بالأم كالخلل في جهازها التناسلي مثل عيوب خلقية في الرحم، وقد تكون بإصابة المرأة بحادثة تفقدها جنينها كتعرضها لسقوط أو ضربة أو صدمة نفسية شديدة، كما قد تكون لأسباب تتعلق بالبويضة الملقحة أو مستوى الحيوانات المنوية أو الهرمونات للمرأة، ويتميز هذا النوع بالتكرار حيث يصل الى 30% من حالات الحمل<sup>3</sup>.

1-2- الإجهاض الاختياري (الجنائي) : وهو الإجهاض الذي يكون من طرف الأم أو أي شخص آخر وذلك للتخلص من جنينها بأي وسيلة كانت ودون وجود سبب معين أو يكون السبب نتيجة اغتصاب أو زنا.

هذا النوع من الإجهاض له أضرار ومضاعفات كبيرة على صحة المرأة ويهدد حياتها، خاصة إذا كانت ظروف إجرائه غير صحية وغير آمنة أو من غير طبيب، وعادة ما تحدث فيه نسبة وفيات عالية، كما ترتفع نسبة إصابة الأمهات بأمراض عديدة خاصة في الجهاز التناسلي أو حدوث عقم، ويصبح الحمل القادم معرضا لعدة مخاطر مثل تشوه الجنين أو إنزال قبل الولادة أو حصول إجهاض تلقائي، بالإضافة لكل هذا فان النساء يعانين بعد الإجهاض من اضطرابات نفسية شديدة والشعور بالذنب<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - محمد علي البار، مشكلة الإجهاض دراسة طبية فقهية، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، السعودية، الطبعة الأولى، ص10.

<sup>2</sup> - محمد بن يحيى بن حسن النجيمي، الإجهاض احكامه وحدوده في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، الرياض، السعودية، الطبعة الأولى، 2011، ص19.

<sup>3</sup> - مصطفى محمد امين وعبد الحميد عبد الخالق، الإجهاض وحكمه في الشريعة الإسلامية، دون بلد، ودون سنة، ص6

<sup>4</sup> - محمد علي البار، مرجع سابق ، ص 26

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

**1-3- الإجهاض العلاجي (الطبي) :** هو إيقاف سير الحمل إنقاذاً لحياة الأم الوالدة، أي أنه علاج لحالة مرضية أصابت الحامل بحيث أصبح الحمل يهدد حياتها أو سلامتها<sup>1</sup>، أي هو إنهاء حمل قائم وقد يكون إرادياً أو عفويًا قبل موعده الطبيعي لولادته سواء ميتاً أو غير قابل للحياة.

كما أن الإجهاض يتم لدواعي صحية تقتضيها ظروف المرأة الحامل أو جنينها مع كادر طبي مؤهل ومختص وفي ظروف معينة صحية وضوابط وشروط تحددها القوانين المعمول بها<sup>2</sup>، وهو ما نعالجه في هذه الدراسة.

### 2- موقف الشريعة الإسلامية في الإجهاض العلاجي :

قرر الطب الإسلامي أن حالات الإجهاض التلقائي أو الطبيعي للام الحامل لا يؤخذ الانسان عنها ما لم يقصد وقوعه لقوله صلى الله عليه وسلم " تجاوز الله عن امتي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه".

والأصل في الحمل وجوب احترامه والمحافظة عليه وعدم الاعتداء عليه بل الاهتمام به في كل مراحلها الى غاية الولادة لذلك حرم الإسلام الإجهاض، وفي حالات خاصة تكون فيها المرأة مصابة بمرض مزمن مع مضاعفات تستدعي الضرورة إلى الإجهاض وإنقاذ حياة الأم أو حالة إصابة الجنين بتشوهات، هنا نقف بشيء من التفصيل في حكم الشريعة الإسلامية في هاتين الحالتين:

**2-1- حكم إجهاض الجنين لإنقاذ حياة أمه:** مكن الطب الحديث والتطور التكنولوجي من معرفة حالات الخطورة التي تستدعي الإجهاض لإنقاذ حياة الأم إذا استمر الحمل في هذه الحالة فرق العلماء بين مرحلتين وهي قبل نفخ الروح وبعد نفخ الروح، كما اختلف الفقهاء والأطباء قديماً وحديثاً على موعد نفخ الروح فذهب أغلب جمهور العلماء قديماً وهذا في اقوال الامام النووي وابن رجب الحنبلي وابن حجر والقرطبي، على أن الروح تتفخ في إكمال الأربعة الأشهر الأولى استناداً لحديث ابن مسعود رضي الله عنه المتفق عليه قال حدثنا رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " أن أحدكم يجمع خلقه في بطن أمه أربعين يوماً نطفة، ثم يكون علقة مثل ذلك، ثم يكون مضغة مثل ذلك، ثم يبعث الله ملكاً فيؤمر بأربع،

<sup>1</sup> - محمد بن يحيى بن حسن النجيمي، مرجع سابق، ص ص 35-38.

<sup>2</sup> - باسم محمد الشرجي، الإجهاض بين التجريم والإباحة، كلية الحقوق، جامعة البحرين، المركز العربي للنشر والتوزيع، دون سنة، ص 201.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

برزقه واجله، وشقي أو سعيد، ثم ينفخ فيه الروح"<sup>1</sup>، أما العلماء المعاصرين فقد ذهبوا إلى أن الروح تنفخ بعد الأربعين يوماً الأولى استناداً إلى حديث حذيفة رضي الله عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "إذا مر بالنطفة ثنتان وأربعون ليلة بعث الله إليها ملكاً فصورها وخلق سمعها وبصرها وجلدها ولحمها وعظامها ثم يقول أي رب اذكر أم انثى" رواه مسلم عن حذيفة<sup>2</sup>.

### أ-مرحلة قبل نفخ الروح

منهم من أجاز إجهاض الحامل إذا ثبت هلاك الأم باستمرار الحمل وتوفر شروط الضرورة مستتدة إلى ذلك بتقرير طبيين مختصين، ويجب على الطبيب أن يتأكد بأن استمرار الحمل يهدد حياة الأم وأن مخاطر الإجهاض أقل من مخاطر استمرار الحمل والولادة، أي أن حالات الإجهاض التي تستدعي إنقاذ حياة الأم هي:

- استمرار الحمل يحدث عاهة ظاهرة في جسم الأم بحيث يثبت من أصحاب الاختصاص أن السبيل الوحيد لإنقاذ الأم هو الإجهاض<sup>3</sup>.

أن تكون الحامل بوضع يهدد حياتها بالخطر إذا لم تلجأ إلى الإجهاض.

أغلب المذاهب الفقهية أجازت الإجهاض قبل نفخ الروح وذلك لعدم وجود القتل وهو بمنزلة تلف العضو وإنقاذ نفس قائمة ولو أدى ذلك إلى قتل نفس أخرى غير متيقنة الحياة، واستناداً إلى قوله تعالى: "...ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً" سورة النساء الآية 29، وقوله عليه الصلاة والسلام " لا ضرر ولا ضرار" في حالة وجود الجنين في بطن أمه وهي في حالة تستدعي العلاج يجب إخراجها منها ومما يستدل به على جواز الإسقاط قبل نفخ الروح القاعدة الفقهية القائلة " إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضرراً بارتكاب أخفهما"، وضرر الأم أكبر من ضرر جنين لم يكتمل خلقه بنفخ الروح فيه مما يجعل إنقاذها واجباً<sup>4</sup>. يجب أن تستدعي الضرورة أو المصلحة للإجهاض خوفاً على ضرر الأم قبل نفخ الروح فيه، أما غير ذلك فلا يجوز إسقاطه بغية التخلص منه أو خشية الفقر أو المحافظة على جمال المرأة.

<sup>1</sup> - محمد بن يحيى بن حسن النجيمي، مرجع سابق، ص 35.

<sup>2</sup> - محمد علي البار، مرجع سابق، ص 29.

<sup>3</sup> - محمد بن يحيى بن حسن النجيمي، مرجع سابق، ص 91

<sup>4</sup> - نفس المرجع، ص ص 96، 97.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

كما أجمع الفقهاء المعاصرين على جواز الإجهاض إذا ثبت حقا وفاة الأم بترك الجنين في بطنها، وجاء في قرار المجمع الفقهي الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في دورته الثانية عشر المنعقدة في مكة " إذا كان الحمل قد بلغ مائة وعشرين يوما لا يجوز إسقاطه ولو كان التشخيص الطبي يفيد بأنه مشوه الخلقة، إلا إذا ثبت بتقرير لجنة طبية من الأطباء الثقات المختصين أن بقاء الحمل فيه خطر مؤكد على حياة الأم، فحينئذ يجوز إسقاطه سواء كان مشوها ام لا دفعا لأعظم الضررين"<sup>1</sup>.

### ب- بعد نفخ الروح

قد أجمع أغلب الفقهاء القدامى في تحريم قتل الجنين بعد نفخ الروح فيه مهما كان الجنين مشوها أو غير ذلك لان في الإجهاض قتل للنفس المحرمة بغير حق، ولم يستثنوا حالة خطر استمرار الحمل على الأم، أما العلماء المعاصرين فقد اختلفوا في قولين وهما:

- **الراي الأول:** عدم جوازه ومنهم الشيخ محمد بن صالح العثيمين و د. محمد سعيد رمضان البوطي، واستدلوا بذلك بعد نفخ الروح بقتل نفس معصومة لإنقاذ نفس أخرى معصومة، وأن أحياء نفس بقتل نفس لم تذكر في الشرع، وأن مات وماتت معه أمه فهذا قضاء الله وقدره.
  - **الرأي الثاني:** أجاز الإجهاض بعد نفخ الروح ومنهم مجلس المجمع الفقهي الإسلامي، مجمع البحوث الإسلامية بالأزهر، هيئة كبار العلماء بالسعودية، لجنة الفتوى بالكويت والدكتور يوسف القرضاوي وآخرون واستدلوا بذلك إذا كان الإجهاض يتوقف على حياة الأم عملا بقاعدة ارتكاب اخف الضررين، وأن لا نضحي بحياة الأم من أجل الجنين وإنها هي الأصل في بقاءها وأن بقاء الجنين يؤدي إلى هلاكهما معا، وأن الأم عماد الأسرة وفقدانها يسبب الأمل للأهل والأولاد، ويتم الإجهاض بشروط بعد تأكد من الخطر في حالة استمرار الحمل بتقرير أطباء ثقات مختصين وأن الإجهاض الوسيلة الوحيدة لدفع الضرر ولا يوجد علاج لذلك ، وأن لا يكون خطر على حياة الأم في الإجهاض<sup>2</sup>.
- وإن كان بعض الفقهاء لم يسمحوا بذلك حتى في هذه الحالة كابن الحزم والظاهرية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> -دليلة براف، الإجهاض في ضوء احكام الشريعة الإسلامية وقانون العقوبات الجزائري، مقال منشور، جامعة البليدة، كلية الحقوق، ص 303.

<sup>2</sup> - محمد سليمان النور، أثر المعرفة الطبية المعاصرة في حكم الإجهاض، مجلة الصراط، العدد 32، جامعة الشارقة، 2015، ص ص395، 396.

<sup>3</sup> - محمد علي البار، مرجع سابق ، ص 40

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

### 2-2- حكم إجهاض الجنين المشوه

- أ- قبل نفخ الروح: قد أجاز البعض من العلماء المعاصرين الإجهاض والبعض الآخر حرمه
- الرأي الأول: جوازه، ومنهم مجلس مجمع الفقهي الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في دورته 12 سنة 1990 بمكة المكرمة ويوسف القرضاوي وآخرون، ومن الأدلة التي تجيز اجهاضه حسب قولهم أن الطفل المشوه تشوها كبيرا الذي لا يمكن علاجه يسبب لأهله كثير من الصعوبات والالام بالإضافة إلى نظرة المجتمع إليه ومشقته في تعاملاته مع الناس، ويتم الإجهاض بشروط منها إثبات وتأكيد تشوّهه بتقرير أطباء مختصين وثقات وبأجهزة طبية حديثة وفحوصات تثبت بأن الطفل مشوه تشوها خطيرا ولا يمكن علاجه وأن بقاءه يتسبب له الأم و مشقة لأهله، وطلب الزوجين وأن الإجهاض لا يسبب خطرا على الحامل<sup>1</sup>.
- الرأي الثاني: تحريم الإجهاض ومنهم د. محمد سعيد رمضان البوطي، وعبد الفتاح ادريس واستدلوا بذلك أنه لا يدخل في الضرورة الشرعية وقد يمكن علاجها وأنها احتمالية وغير مؤكدة وهي من قضاء الله وقدره.
- بعد نفخ الروح: اتفق العلماء المعاصرين على تحريم إجهاض الجنين المشوه بعد نفخ الروح فيه والوجوب المحافظة عليه ولا يجوز قتله بسبب تشوّهه أو عيوب خلقية<sup>2</sup>.
- نستخلص مما سبق من أقوال الفقهاء على تحريم الإجهاض سواء قبل نفخ الروح أو بعده إلا ما كان في حالة الضرورة القصوى، وهي التيقن بالخطر الأكيد على صحة الأم إذا كان بقاء الحمل يضر بصحتها ضررا جسيما لا يمكن احتمالها ويهدد بوفاتها، وخاصة في ظل التطور الكبير للطب والقدرة على تشخيص الخطر من عدمه، وهناك اختلاف في جواز اسقاط الجنين في حالة ثبوت إصابة الجنين بتشوهات جسيمة غير معتادة ولا يمكن الشفاء منها وهذا قبل نفخ الروح.

<sup>1</sup> - محمد سليمان النور، مرجع سابق، ص ص 404، 406.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 401.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

### 3- موقف المشرع الجزائري في إباحة الإجهاض لدواعي طبية:

نص المشرع على إباحة الإجهاض وعدم المعاقبة عليه في حالات الضرورة المتعلقة بالأم، كما جاء في المادة 308 من قانون العقوبات الجزائري «لا عقوبة على الإجهاض إذا استجوبته ضرورة انقاذ حياة الام من خطر متى اجراه طبيب او جراح في غير خفاء وبعد إبلاغه السلطة الإدارية»<sup>1</sup>.

في هذه الحالة يكون الإجهاض ضروري لإنقاذ حياة الأم ولا يكون هناك عقوبة ولكن بتوفر شروط معينة وهي أن يكون الهدف من الإجهاض هو انقاذ حياة الأم او دفع الخطر عنها وان يقوم بالإجهاض كادر طبي مؤهل ومختص، وهو من يبرر وضع الخطر وحالة الأم ولا يكون من شخص اخر وأن يبلغ السلطات.

كما نصت مدونة أخلاقيات الطب في المادة 33 على " لا يجوز للطبيب أن يجري عملية لقطع الحمل إلا حسب الشروط المنصوص عليها في القانون 430" <sup>2</sup>.

ونص المادة 72 من القانون 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على ما يلي " يعد الإجهاض لغرض علاجي إجراء ضروريا لإنقاذ حياة الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي أو العقلي المهدد بخطر بالغ"<sup>3</sup>.

نلاحظ أن المشرع في هذه المادة أضاف الحالة الفيزيولوجية والعقلية للأم بعد أن كانت مقتصرة على حياتها فقط، كما أن قانون حماية الصحة وترقيتها وضع شروط إجراء الإجهاض ومكان إجرائها وإعفائها من صفة التجريم بتوفر حسن النية وتحقيق هدف معين كالاعتقاد بأن الفعل ضروري لإنقاذ حياة الأم، وتوفر الخبرة والتأهيل كطبيب النساء.

وقد تم تعديل هذه المادة بموجب قانون الصحة الجديد، حيث نصت المادة 77 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة على أنه "يهدف الإيقاف العلاجي للحمل إلى حماية صحة

<sup>1</sup> - المادة 308 من الأمر رقم 156/66 المؤرخ في 08/06/1966 المتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 49 المؤرخة في 11/06/1966.

<sup>2</sup> - المادة 33 من المرسوم التنفيذي 92-276 المؤرخ في 06/07/1992 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 52 المؤرخة في 08/07/1992.

<sup>3</sup> - المادة 72 من قانون رقم 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 08 المؤرخة في 17/02/1985.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

الأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي مهددين بخطر بسبب الحمل<sup>1</sup>. وقد أحالت الفقرة الثانية من نفس المادة إلى التنظيم لتبيين كيفية تطبيق هذه المادة، كما أن المشرع اشترط أن يتم الإجهاض في المؤسسات العمومية الاستشفائية، حيث نصت المادة 78 من القانون 11/18 على أنه «لا يمكن إجراء الإيقاف العلاجي للحمل إلا في المؤسسات العمومية الاستشفائية»<sup>2</sup>.

ونص المادة 72 من القانون 05/85 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على ما يلي " يعد الإجهاض علاجي عندما يكون ضروريا لإنقاذ حياة الام من الخطر او للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي أو العقلي المهدد بالخطر". نلاحظ أن المشرع في هذه المادة أضاف الحالة الفيزيولوجية والعقلية للام بعد أن كانت مقتصرة على حياتها فقط، كما أن قانون حماية الصحة وترقيتها وضع شروط اجراء الإجهاض ومكان اجرائها واعفائها من صفة التجريم بتوفر حسن النية وتحقيق هدف معين كالاعتقاد بأن الفعل ضروري لإنقاذ حياة الأم، وتوفر الخبرة والتأهيل كطبيب النساء.

---

<sup>1</sup> - المادة 77 من قانون رقم 11/18 المؤرخ في 02/07/2018 يتعلق بالصحة، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخة في 29/07/2018.

<sup>2</sup> - المادة 78 من قانون رقم 11/18 المؤرخ في 02/07/2018 يتعلق بالصحة، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخة في 29/07/2018.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

المبحث الثاني: واقع الرعاية الصحية للنساء الحوامل في العالم ووفياتهن.

أولاً: الوضع الصحي للنساء الحوامل والوفيات الناجمة عنها.

تعتبر نسب وفيات الأمهات عن العدد السنوي لأي علة سببها أو فاقمها الحمل أو ما يحيط به باستثناء أن تكون هناك أسباب طارئة وهذا أثناء فترة الحمل والولادة أو في غضون 42 يوماً بعد الولادة لكل 100 ألف ولادة حية لسنة معينة.

كما عرفت منظمة الصحة العالمية وفيات الأمهات بأنها "وفاة المرأة في سن الإنجاب خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوم من انتهاء الحمل".  
كما تتعرض النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة في العالم إلى عدة مشاكل صحية وأزمات تؤدي بها إلى ارتفاع الوفيات في هذه الفئة حسب تقرير منظمة الصحة العالمية والتي تتلخص فيما يلي1:

- أغلب وفيات الأمهات بحوالي 99% تحدث سنويا في البلدان النامية والبالغ عددها حوالي نصف مليون تقريبا.
- الأمراض المعدية مثل السل والإيدز والناجمة عن العدوى تؤثر على وفيات النساء في سن الإنجاب حيث تعتبر ثالث أهم أسباب الوفاة في البلدان المنخفضة الدخل وفي جميع أنحاء العالم.
- الحروق الناتجة عن الطهي وحوادث المرور والعنف الممارس من الشريك المعاصر أو أحد افراد الاسرة من أهم الأسباب العشر المؤدية إلى الوفيات للنساء في سن الإنجاب البالغات من 20-59 سنة.
- السرطانات وخاصة سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي التي تصاب به النساء ونجد حوالي 80% من الحالات الوفيات الناتجة عن سرطان عنق الرحم تحدث في البلدان النامية والمنخفضة الدخل حيث تتخفف فيه فرص الاستفادة من الكشف المبكر والعلاج.
- حمل المراهقات في الفئة العمرية 15-19 سنة وما له من مضاعفات حيث يمثل أهم أسباب الوفاة خاصة في البلدان النامية الذي يتم في ظروف غير آمنة ومن طرف اشخاص غير مؤهلين في وسط غير نظيف بشكل كبير في حدوث تلك الوفيات.

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية، صحة المرأة، موقع <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

اطلع عليه يوم 20-03-2018 ، 10:00.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

- المخدرات والكحول التي تعرض الفتاة لخطر استهلاكها على صحتها حيث تتزايد أعدادها في الوقت الحالي بالإضافة إلى ذلك وجود الأنماط السيئة من تدني النظام الغذائي وقلة النشاط البدني.

- يمثل الإجهاض المتعمد والتلقائي والحمل غير المرغوب فيه والعنف الممارس ضد المرأة من الظواهر المنتشرة عبر كافة أنحاء العالم، بالإضافة إلى الاكتئاب والانتحار الذي ينتج عن الاضطرابات الصحية النفسية، كما أن هناك حوالي 43% من حالات الحمل في العالم هي حالات غير مرغوب فيها<sup>1</sup> والجدول التالي بين ذلك:

جدول رقم (29): حالات الحمل في العالم النامي

الحالات المسجلة	عدد الحالات (مليون)
حمل غير مرغوب فيه	89
ولادة غير مخطط لها	30
عملية اجهاض	84
اسقاط الحمل	10
وفيات مواليد	1

- المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم سنة 2017، ص64.

### 1-وفيات الأمهات في العالم:

لاتزال معدلات وفيات النساء أثناء الحمل والولادة مرتفعة في أغلب دول العالم الثالث رغم انخفاضها في الآونة الأخيرة وهي تحتل مرتبة مهمة في الدراسات السكانية لما لها من انعكاس على الوضع الصحي العام في أي دولة ومدى توفير خدمات الرعاية للمرأة في فترة الحمل والولادة وما بعدها.

يتسبب الحمل والولادة في وفيات الأمهات سواء كانت مباشرة مثل مضاعفات الحمل والولادة والنفاس والاجهاض غير آمن والنزيف والعدوى وتسمم الحمل أو غير مباشرة مثل وجود أمراض قبل الحمل أو حدوث أمراض أثناء الحمل وأدى به الحمل إلى تفاقمه أو عدم توفر الرعاية وعدم الحصول عليها، كما أدرج فئة وفيات الأمهات المتأخرة والمرتبطة

<sup>1</sup> - صندوق الأمم المتحدة للسكان، عالم منقسم، الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية في زمن عدم المساواة، حالة سكان

العالم 2017، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 2017، ص 66.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

بالأسباب المباشرة وغير مباشرة التي تلي الولادة بعد 42 يوم وقل من سنة<sup>1</sup>، وفي العالم سنة 2015 شهد وفاة 303000 امرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة بالإضافة لذلك فان في كل وفاة 01 امرأة تعاني 12 امرأة حالة اصابة بمرض أو عدوى<sup>2</sup>.

تشهد معدلات وفيات الأمهات عبر العالم انخفاضا محسوسا مع المجهودات التي تقوم بها منظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان وغيرها من الهيئات المهتمة بشأن صحة السكان، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات الى 44% لكل 100000 ولادة حية في غضون 25 سنة الماضية حيث انخفض عدد حالات الوفاة المسجلة الى 216 حالة لكل 100000 ولادة حية، بعد أن كان من قبل 385 حالة سنة 1990 بالإضافة الى انخفاض المعدل التقريبي لخطر الوفاة الام طيلة العمر على الصعيد العالمي انخفاضا شديدا حيث اصبح من وفاة ام لكل 73 الى وفاة ام واحدة لكل 180 حالة. ورغم الانخفاض في حالات الوفاة المرتبطة بمضاعفات الحمل أو الولادة إلا أنها نجد تفاوت كبير في الحالات، حيث مثلت الدول النامية 99% من حالات وفيات الامومة في العالم سنة 2015 كما نجد إقليم في افريقيا جنوب الصحراء ارتفاع في الوفيات حيث مثلت حوالي 66% منها (546 حالة وفاة)<sup>3</sup>.

كما أن المرض المزمن له تأثير كبير في وفيات الأمهات حيث تشهد أكثر من حالة وفاة من بين 4 حالات وفيات للأمهات ناجمة عن الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري والسمنة والملاريا والايذز وغيرها، والتي تتفاقم آثارها الصحية مع الحمل، حيث جرت دراسة لمنظمة الصحة العالمية ل 115 بلد أظهرت أن أكثر من 60 ألف حالة وفاة للأمهات أثناء الحمل أو بعده ناجمة عن الإصابة بمرض مزمن حيث تسببت في 28% من حالات الوفيات<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - مارج بيرير، مرجع سابق، ص 18.

<sup>2</sup> - موقع منظمة الصحة العالمية، لماذا لا تزال نساء كثيرات يمتن في فترة الحمل أو أثناء الولادة، موقع <http://www.who.int/features/qa/12/ar> اطلع عليه يوم 2018/04/11، على الساعة 21:53.

<sup>3</sup> - تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة، الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات في الفترة بين 1990-2015، سنة 2015، ص 4.

<sup>4</sup> - الأمم المتحدة، انخفاض معدلات وفيات الأمهات ولكن الامراض المزمنة تزيد مخاطر الحمل، موقع <https://news.un.org/ar/story/2014/05/202362>، اطلع عليه يوم 2018/04/11 على الساعة 21:20.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

جدول رقم (30) : معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي سنة 2015 في العالم.

خطر وفاة الأمهات طيلة العمر، وفاة ام واحدة لكل عدد	عدد حالات وفيات الأمهات	معدل وفيات الأمهات	الأقاليم المصنفة على أساس أهداف الإنمائية للألفية
180	303000	216	العالم
9004	7001	12	الأقاليم المتقدمة
150	302000	239	الأقاليم النامية
450	1003	70	افريقيا الشمالية
36	201000	546	افريقيا جنوب الصحراء الكبرى
3002	8004	27	شرق اسيا
5001	380	43	شرق اسيا باستثناء الصين
210	66000	176	جنوب اسيا
190	21000	180	جنوب اسيا باستثناء الهند
380	13000	110	جنوب شرق اسيا
370	7004	91	غرب اسيا
1001	610	33	القوقاز واسيا الوسطى
680	3007	67	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
760	6000	60	أمريكا اللاتينية
250	3001	175	البحر الكاريبي
150	500	187	اوقيانوسيا

المصدر: تقديرات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان بالأمم المتحدة، الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات في الفترة بين 1990-2015، سنة 2015، ص4.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ التفاوت الكبير في وفيات الأمهات عبر مختلف مناطق العالم خاصة ما بين الدول المتقدمة والدول النامية، فبعض الدول المتقدمة تكاد تنعدم فيها وفيات الأمهات، بينما نجد دول أخرى تتفاقم فيها كثيرا خاصة دول جنوب افريقيا وجنوب اسيا التي لاتزال تعرف معدلات كبيرة لوفيات النساء، ولم تتحسن كثيرا خلال العقود الماضية، كما أن تحسن الأوضاع المعيشية والاقتصادية في البلدان المتطورة وسياساتها

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

الصحية المتبعة لرعاية الامومة من شأنها خفض الخطر الذي يلحق بالأم أثناء الحمل والولادة.

وتعتبر المضاعفات التي تحدث خلال الحمل والولادة وما بعدها أكثر الأسباب المحيطة بوفيات النساء وتتفاقم عند الحمل والولادة خاصة إذا لم يكن رعاية وتدارك للوضع الصحي للمرأة أثناء الحمل والمتابعة الجيدة بالقيام بالفحوصات اللازمة في المؤسسات الاستشفائية وتحت إشراف كوادر طبية مؤهلة، ونجد هناك تباين في مستويات المتابعة الصحية للحامل للحفاظ على صحتها وجنينها باختلاف المستوى الثقافي والاجتماعي لهن، فتدني هذه المستويات عامل لزيادة معدلات الوفيات بالإضافة إلى عدد الأحمال السابقة، ونجد أكثر من 75% من المضاعفات التي تسبب وفيات النساء هي:

- النزيف الوخيم الذي يعقب الولادة بالدرجة الأولى.
  - العدوى التي تحدث عادة بعد الولادة.
  - ارتفاع ضغط الدم الذي يحدث أثناء فترة الحمل.
  - تعسر الوضع.
  - الإجهاض غير الآمن.
- أما بقية الوفيات فهي تحدث بسبب التعرض في فترة الحمل الى أمراض مثل الملاريا الايدز وفقر الدم<sup>1</sup>.

### 2- واقع خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل في العالم:

تختلف نسب تلقي الرعاية الصحية حسب المناطق في العالم وحسب مراحل تقدم الحمل و الوضع ، فنجد في البلدان الفقيرة والمنخفضة الدخل أن النساء الفقيرات أقل حصول على هذه الخدمات وخاصة عندما يقل فيها العاملين الصحيين ذو كفاءة ومهارة مثل افريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب اسيا، رغم ذلك فإن في العشر سنوات الأخيرة شهدت معدلات تلقي خدمات الرعاية الصحية الماهرة أثناء الولادة ارتفاع في العديد من المناطق في العالم، إلا أنه لا يستفيد منها إلا 51% من النساء في البلدان ذات الدخل المنخفض وهذا

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمهات حقائق رئيسية في 16 فيفري 2018 ، نشره إخبارية شوهد يوم 13-07-

2018 موقع منظمة الصحة العالمية -maternal-mortality ، على الساعة 16:16.  
<http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

يعني أن ملايين من الولادات مازالت تتم دون مساعدة كادر طبي مثل طبيب أو قابلة أو ممرضة مدربة ففي عام 2015 خضعت ما يقارب 40% من الحوامل إلى الفحوصات السابقة للولادة في هذه الدول الفقيرة والتي تجد صعوبات في الاستفادة من الخدمات أثناء الحمل وبعد الولادة ومن أهمها الفقر وبعد المسافة وانعدام المعلومات الصحية ونقص الخدمات والممارسات الثقافية والخبرة، بينما نجد في البلدان المرتفعة الدخل أن جميع النساء تقريباً تلقين أربع فحوصات قبل الولادة على الأقل و بمساعدة كادر صحي أثناء الولادة ومن خدمات صحية بعد الولادة<sup>1</sup>.

كما أن الرعاية الصحية والتغذية اللازمة قبل الحمل مهمة لبدء حياة انجابية سليمة لذلك نجد 468 مليون امرأة في سن الانجاب أي حوالي 30% من نساء العالم مصابات بفقر الدم وأن غالبيةهن أصبن به بسبب نقص الحديد، وترتكز أعلى نسبة في افريقيا حوالي (48% - 57%) وجنوب شرق اسيا 182 مليون امرأة في سن الإنجاب و 18 مليون امرأة حامل، بالإضافة إلى فقر الدم بين المرهقات 15-19 سنة الذي يتجاوز 60% في غانا ومالي والسينغال مما يسبب في ضعف القدرة البدنية للنساء ومخاطر صحة الأمومة والمواليد ونقص الوزن، كما أن نقص اليود لدى الحامل مرتبط بالتشوه الخلقي والتخلف العقلي لدى الأطفال، وهناك أيضا صلة بين نقص فيتامين B12 وبين زيادة مخاطر الإصابة بالسكري في الهند<sup>2</sup>.

ومن بين مساعي الدول ومجهوداتها في توفير وسائل منع الحمل لتنظيم الاسرة وضمان وصولها الى كل النساء حيث انتقل معدل انتشارها بين عامي 1970-2015 من 36% الى 64%<sup>3</sup> وهي نسبة معتبرة لكن تبقى بعض النساء لا تتلقى أو لا تلبى احتياجاتهن من وسائل تنظيم الاسرة.

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية، نشره إخبارية في 16 فيفري 2018 وفيات الأمهات حقائق رئيسية، مرجع سابق.

<sup>2</sup> - منظمة الصحة العالمية، تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل واثاء الحمل والارضاع، مرجع سابق، ص 3.

<sup>3</sup> - صندوق الأمم المتحدة للسكان، مهمة تنتظر الإنجاز، حالة سكان العالم 2019، مرجع سابق، ص 54.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

ثانيا: صحة الأمهات في الجزائر ومجهودات الدولة في خفض وفياتهن.

لقد شهدت الصحة في الجزائر تطورات هامة أدت الى تحسنها تدريجيا منذ الاستقلال خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية من خلال الآليات المعتمدة بتحسين التغطية التوليدية وزيادة عدد المؤسسات والعيادات الطبية بغرض متابعة الحمل والفحوصات اللازمة الوقائية والعلاجية للنساء، وكذلك زيادة الكوادر المؤهلة (طبيب مختص، قابلة، ممرضة....) ومجانية العلاج الذي يعتبر مكسبا للشعب الجزائري أدى الى تحسن ملحوظ يعتد به في خفض معدلات وفيات الأمهات، بالإضافة الى ارتفاع معدل الولادات التي تتم بإشراف كادر طبي مؤهل.

كما أن الجزائر من بين الدول التي تعهدت منذ بداية الالفية الجديدة على تحقيق الأهداف الإنمائية ومن بين هذه الأهداف تحسين صحة الأمهات والأطفال باعتبار هذه الأهداف مؤشر لقياس التقدم المحرز للتنمية البشرية.

ومن بين الإجراءات المتخذة في الجزائر لتحسين الصحة الإنجابية اجراء العديد من المسوح الوطنية بداية من التسعينات التي تسمح للدولة والمجتمع بمعرفة التطورات الحاصلة على صحة الأم ورعايتها من أجل زيادة التحسين في الأوضاع الصحية، كما أنها كانت بمثابة القوة الدافعة للتعجيل في بعض الإصلاحات واتخاذ القرارات خاصة بعد سنة 2002 ومن أهم هذه المسوح الإحصائية التي تتمحور أساسا في متابعة الحمل والولادة وفترة النفاس هي:

- المسح الجزائري لصحة الام والطفل سنة 1992 (EASME).

- المسح العنقودي سنة 2000 (MICS2).

- المسح الجزائري لصحة الاسرة 2002 (EASF)

- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2006 (MICS3).

- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2012-2013 (MICS4).

- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2018-2019 (MICS6).

كما تضمنت قوانين الدولة الجزائرية محاور حول تحسين خدمات الصحة العمومية وصحة الأمهات والطفل والتي شهدت كل مرة إعادة النظر وتعديل في القوانين مع متطلبات صحة السكان حاليا والتي بدأت بقانون رقم 05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 الذي يتعلق بحماية الصحة وترقيتها، ثم القانون رقم 90-17 المؤرخ في 31 يوليو 1990 والذي يعدل

## الفصل الرابع ——— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

ويتم القانون السابق، ويلها المرسوم التنفيذي المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب رقم 92-276 المؤرخ في 06 يوليو 1992، ثم تم تعديله سنة 2006 بالأمر 06-07 المؤرخ في 15 يوليو 2006 وأخيرا قانون الصحة الجديد رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 والذي يتعلق بالصحة للأشخاص والحفاظ عليها وترقيتها من كل الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وضمان الحصول على العلاج لكل المواطنين، كما تهدف إلى التكفل باحتياجات المواطنين ومبدأ الشمولية والمساواة في الحصول على هذه الخدمات الصحية منها الوقائية والعلاجية للأمراض المعدية وغير المعدية، كما تضمن هذا القانون تذكير بواجبات الدولة في مجال الصحة منها العلاج المجاني وتغطية خدمات الصحة عبر كامل التراب الوطني.

كما تضمن القانون جهود الدولة في حماية الصحة من خلال التدابير الصحية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية والبيئية الرامية للحد من الأخطار الصحية والقضاء عليها وتقادي حدوث أمراض أخرى، كما خصص هذا القانون القسم الثالث من الباب الثاني للوقاية من الأمراض غير المتنقلة (الأمراض المزمنة) ومكافحتها بوضع مخططات وطنية متعدد القطاعات لمكافحة عوامل الخطر والكشف المبكر لها، كما تدعم الدولة البرامج والنشاطات الصحية وتغيير السلوكيات الضارة التي تحد من هذه الأمراض، كما تضمن القانون في الفصل الثالث البرامج الصحية النوعية والمتعلقة في القسم الأول بحماية صحة الأم والطفل بكل التدابير الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والإدارية التي تهدف الى حماية صحة الأم قبل وأثناء وبعد الحمل وضمان الظروف الصحية للطفل ونموه، بالإضافة إلى أهمية التنظيم العائلي للحفاظ على صحة الأم بالإضافة الى مجموعة من التدابير الوقائية والعلاجية لصحة الام والطفل (الإجهاض، الرضاعة الطبيعية، التلقيح، الفحص<sup>1</sup>).

كما أن توفر الهياكل الصحية والكوادر الطبية من المجهودات التي قامت بها الدولة لتحسين وضع الأمهات والأطفال في الجزائر والصحة بشكل عام، والجدول التالي يبين تطور هذه الهياكل وتحسينها، منذ الاستقلال الى وقتنا الحالي:

<sup>1</sup> - القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

جدول رقم (31): تطور الكوادر الطبية في الجزائر منذ الاستقلال الى غاية 2017

السنوات	الاطباء	عدد السكان لكل طبيب	أطباء الاسنان	عدد السكان لكل طبيب اسنان	الصيدالمة	عدد السكان لكل صيدلي
1962	1279	7835	151	69205	204	51225
1973	2467	5938	372	39379	396	36992
1980	8512	2193	1691	11038	1105	16892
1990	23550	1063	7199	3476	2134	11725
2000	32332	941	8197	3711	4814	6318
2006	39459	849	9684	3457	7267	4607
2010	56209	640	11633	3093	9081	3962
*2013	66230	578	12782	2996	10538	3634
*2014	69076	566	13168	2970	11078	3531
*2015	73431	544	13645	2929	11475	3483
**2016	74937	545	13747	2971	11888	3435
**2017	78838	529	14263	2925	12337	3382

Source : ONS, Rétrospective Statistique 1962 – 2011, Alger, p 111–116

\*.الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2013-2015، نشرة رقم 46، 2016، ص25

\*\* .الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، نشرة رقم 48، 2018، ص21

يتضح من الجدول أعلاه ان هناك تطور كبير وملحوظ في الكوادر الطبية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا وهذا للارتقاء بالخدمة الصحية المقدمة للسكان، الذي ساهم في تحسين بعض المؤشرات الصحية كارتفاع معدل التغطية الطبية وتراجع معدل وفيات الأطفال.

## الفصل الرابع \_\_\_\_\_ متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

جدول رقم (32): تطور الهياكل الصحية في الجزائر منذ الاستقلال الى غاية 2010

السنوات	المستشفيات العمومية للصحة الجوارية	مركز صحي	عيادة متعددة الخدمات	قاعة علاج	مركز النفاس
1974	143	558	106	1402	50
1980	183	662	161	1364	54
1990	284	1309	510	3344	475
2000	268	1252	497	3964	430
2010	271	-	-	-	528
*2013	271	-	1615	5634	-
*2014	271	-	1637	5726	-
*2015	271	-	1659	5762	-
**2016	273	-	1684	5875	-
**2017	273	-	1695	5957	-

Source : ONS, Rétrospective Statistique 1962 – 2011, Alger, p111-116

\*الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2013-2015، نشرة رقم 46، 2016، ص26  
 \*\*الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، نشرة رقم 48، 2018، ص22

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الهياكل الصحية عرفت تطورا كبيرا منذ الاستقلال حيث مس هذا التطور بشكل كبير في قاعات العلاج التي قفزت من 497 سنة 2000 إلى 1695 سنة 2017 وكذلك العيادات المتعددة الخدمات وتقدم هذه المنشآت العديد من الخدمات المتنوعة في العديد من الاختصاصات، حيث إهتمت الدولة الجزائرية بتطوير قطاعات الصحة من خلال زيادة المنشآت الصحية وتوظيف أطباء وكوادر الصحة وزيادة نفقات القطاع والتي ساهمت في زيادتها عدة عوامل منها النمو الديموغرافي السريع والتطور الطبي الكبير في تكنولوجيات العلاج.

جدول رقم (33): تطور المتابعة الطبية للنساء الحوامل.

السنة	1992	2002	2006	2012-2013
المتابعة الطبية قبل الولادة %	58	81	90.4	92.7

المصدر: التحقيقات السكانية في الجزائر من 1992-2013

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ تحسن في نسبة الحوامل التي تحصلن على رعاية طبية أثناء فترة الحمل على الأقل مرة واحدة خاصة بين سنة 1992 التي كانت حوالي 58% وارتفعت إلى 81% سنة 2002 بشكل ملحوظ مما يدل على تحسن في الوضع الصحي في الجزائر وفي البرامج التوعوية الصحية والتكفل الموجهة للمرأة الحامل، لكن تبقى نسبة قليلة من النساء تفتقر إلى هذه الرعاية مما يستلزم بذل جهود أكبر لوصول الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية إلى جميع النساء.

فالمتابعة الصحية أثناء الحمل لها دور كبير في خفض معدلات الوفيات وتقليل من المخاطر التي تتعرض لها المرأة أثناء النفاس وتجنب الولادة المبكرة أو الإجهاض، فالمتابعة تسمح بمعرفة أي خطر قد يحصل للحمل واتباع تعليمات الطبيب بشأن التغذية أو المكملات الغذائية وإجراء التحاليل الطبية الوقائية، بالإضافة إلى معرفة موعد الولادة المحتمل. كما ارتفعت نسب الولادة في مرافق صحية مؤهلة وبإشراف كوادر طبية وهذا من شأنه المساهمة في ولادة صحية وامنة وتساعد في اكتشاف أي مضاعفات خطيرة على الام او الطفل ومعالجتها فوراً قبل تفاقمها.

جدول رقم (34): تطور معدلات وفيات الأمهات في الجزائر من سنة 1992-2017

السنة	1992	1999	2001	2004	2007	2009	2011	2013	2014	2017
معدل الوفيات	*210	117,4	113,8	99,5	88,9	84	73,9	69,9	60,3	**57

**SOURCE** : INSP, Enquête mortalité maternelle, 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH p12.

\*تحقيق صحة الام والطفل 2002.

\*\* موقع النهار الجزائرية اون لاين بتاريخ 20/01/2020.

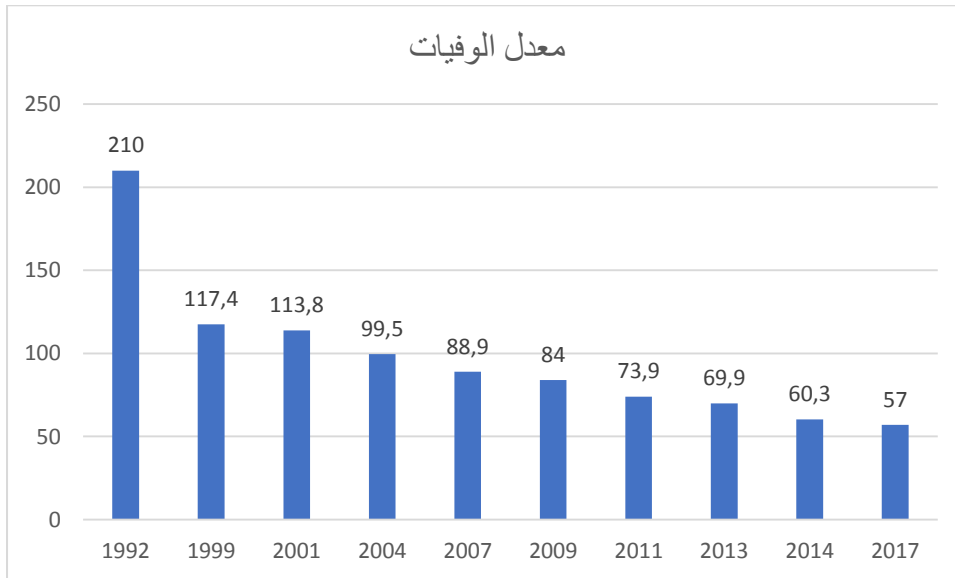
نلاحظ من خلال الجدول الخاص بتطور وفيات الأمهات في الجزائر أن هناك انخفاض كبير بين سنة 1992 وسنة 1999 بحوالي 44% في فترة أقل من 10 سنوات وهذا تحسن جيد رغم أنه يضل مرتفع جدا مقارنة بالدول المتقدمة، كما نلاحظ الانخفاض التدريجي من سنة إلى أخرى وهذا راجع إلى السياسيات المتخذة من طرف الدولة الجزائرية لتحسين صحة الأمهات وتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، كما انخفضت وفيات الأمهات بشكل ملحوظ بعد سنة 2001 وهذا يرجع إلى تحسن الصحة العامة في الجزائر وما يرتبط بها في رعاية الامومة، كما يرجع ذلك إلى الانخفاض في الخصوبة الذي عرف انخفاض

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

ملحوظا من 7 أطفال لكل امرأة سنة 1970 إلى 3.0 طفل لكل امرأة سنة 2018، ويرجع هذا الانخفاض لعدة عوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية منها ارتفاع مستويات التعليم وخروج المرأة إلى الشغل وانتشار استعمال وسائل منع الحمل بشكل كبير، ولكن رغم انخفاض معدلات وفيات الأمهات بشكل ملحوظ الا انها تبقى بعيدة كل البعد عن المستويات العالمية للدول المتطورة.

كما أن تزايد الأمراض المزمنة ساهم بشكل كبير في وفيات الأمهات حيث أنها السبب المباشر في هذه الوفيات المسجلة مثل النزيف والضغط الدموي ومضاعفات الإجهاض التي نتجت عن الحمل وهي من بين ثلاث أسباب رئيسية الأولى المؤدية للوفيات وهذا حسب دراسة ميدانية لوفيات الأمهات ببلدية باتنة لسنوات من 2014-2017، حيث كانت الأسباب السابقة المباشرة لحدوث وفيات وكان النزيف الدموي قبل وبعد الولادة من بين أكبر الأسباب لوفاة الام ويزيد خطورته مع فقر الدم<sup>1</sup>.

### شكل بياني رقم (01): تطور معدلات الوفيات في الجزائر من سنة 1992-2017



<sup>1</sup> - نوال بن عمار، أسباب وفيات الأمهات (دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الام والطفل بباتنة)، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 7، عدد 28، جامعة الاغواط، الجزائر، جانفي 2018، ص 189.

## الفصل الرابع ————— متطلباتها الرعاية الصحية اثناء الحمل للنساء المصابين بالأمراض المزمنة

خلاصة:

بتقدم العلم وتطوره تزايد الاهتمام بصحة الأم والجنين الذي حدث في طرق التشخيص والعلاج من فترة الحمل الى غاية الولادة، وزيادة فرص بقائهم على قيد الحياة من خلال برامج صحية جيدة وقائية ومبكرة لاجتياز أمومة آمنة بلا خطر، ومعززة للصحة سواء في الحاضر أو المستقبل التي تقدم للأم في الفترة المحيطة بالحمل والوضع وما بعده وهذا لتفادي المضاعفات واكتشاف الحالات الخطيرة للحمل السابقة الذكر وبعض الأمراض المزمنة، كما أن هذه الجهود والتدخلات تقدم إلى الأم حسب حالتها طبيعية روتينية إلى حالات خاصة حسب شدة المرض ومضاعفاته.

ومن جهة أخرى هناك ارتفاع في الأمراض غير السارية حيث نسجل ارتفاع كل سنة بإصابات جديدة، وهذا ما يؤثر على الصحة العامة والنساء الحوامل التي قد تؤثر عليها مما يستدعي في بعض الحالات الإجهاض العمدي المشروط في حالات انقاذ الام .

ولقد شهدت بعض الدول انخفاض في معدلات وفيات الامهات ولا تزال البعض منها تسعى لتحقيق ذلك من خلال السياسات الصحية المتبعة لتفادي معظم هذه الوفيات والكشف المبكر لأي مضاعفات أثناء الحمل والولادة وما بعدها، حيث تحتاج النساء في هذه المرحلة إلى رعاية صحية أكبر لاجتياز أمومة بدون خطر.

ومن خلال بعض المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية يتضح أن الوضع الصحي في الجزائر يتجه نحو التحسن خاصة بعد سنة 2000، وهذا من خلال السياسات الصحية المتبعة والجهود المبذولة، كما صدر مرسوم مؤخرا بتغطية نفقات الولادة للنساء في العيادات الخاصة والتكفل بها من طرف الدولة الجزائرية خاصة المناطق الداخلية والجنوب التي لازالت تشهد ارتفاع في وفيات الأمهات أثناء النفاس.

---

# الباب الثاني

---

---

# الفصل الأول

---

**تمهيد:**

من خلال هذا الفصل سنحاول التطرق الى أهم خصائص العينة من النواحي الديموغرافية والصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك من خلال بعض المؤشرات لاختذ فكرة توضيحية على عينة دراستنا مثل:

- سن المبحوثات الحالي.
  - سن الزواج الأول للمبحوثات.
  - السن عند الإصابة بالمرض المزمن.
  - السن عند الانجاب بعد الإصابة بالمرض المزمن.
  - مدة الحياة الزوجية قبل المرض وبعدها.
  - عدد الأطفال الكلي.
  - عدد الحمل بعد الإصابة بالمرض.
  - المستوى التعليمي للنساء وازواجهن.
  - الحالة الصحية للنساء حسب نوع المرض ومضاعفاته.
  - الحالة المهنية.
  - الدخل الشهري الإجمالي للزوجين معا.
  - حالة العلاقة الزوجية بعد المرض.
  - الحالة الصحية حسب استعمال وسائل منع الحمل والمدة المتوسطة بين ولادتين.
  - رغبة الزوجين في المزيد من الانجاب بعد المرض.
- وقد تم حساب بعض المقاييس الإحصائية الوصفية كمقاييس النزعة المركزية وادراج بعض الرسوم البيانية التوضيحية للمتغيرات الكمية والكيفية.

أولاً: خصائص العينة الديموغرافية

جدول رقم (1): توزيع المبحوثات حسب السن الحالي وسن الزواج.

السن الحالي	التكرار	%	سن الزواج	التكرار	%
15-19	0	0	15-19	24	18,46
20-24	9	6,92	20-24	63	48,46
25-29	18	13,85	25-29	33	25,38
30-34	22	16,92	30-34	7	5,38
35-39	23	17,69	35-39	2	1,54
40-44	27	20,77	40-44	1	0,77
45-49	31	23,85	45-49	0	0
المجموع	130	100	المجموع	130	100

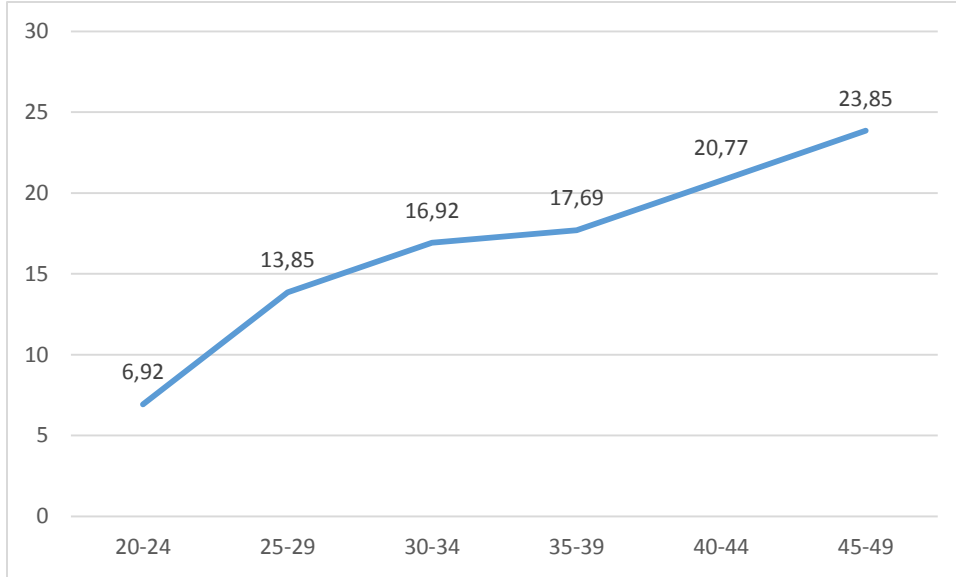
يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه أن فئات السن الحالي للنساء غير متكافئة وهذا شيء طبيعي لان البحث يستهدف فئة النساء المتزوجات ولهن مرض مزمن على الأقل والذي عادة يبدأ في سن متأخرة مع تعرضهن للحمل على الأقل مرة واحدة بعد المرض، حيث تراوحت أعمار النساء الحالية ما بين 20-49 سنة، فنجد أعلى نسبة سجلت للنساء اللواتي أعمارهن ما بين 45-49 سنة بنسبة 23.85% وهي تمثل منوال العينة حيث نجدها مرتفعة لان المرض المزمن غالبا ما يبدأ في سن متأخرة غير أنه مس جميع فئات الاعمار، وبالإضافة إلى توفر الشروط التي وضعناها في البحث، ثم تليها الفئة العمرية من 40-44 سنة بنسبة 20.77% ثم تبدأ بالانخفاض تدريجيا الى أن تصل إلى نسبة 6.92% في الفئة العمرية من 20-24 سنة، كما وجدنا متوسط العمر المبحوثات في هذه الدراسة هو 37.15 سنة.

ويشير الجدول أعلاه أيضا أن حوالي نصف المبحوثات تزوجن في سن ما بين 20-24 سنة والتي قدرت بحوالي 48.46% ثم تليها الفئة العمرية ما بين 25-29 سنة بنسبة 25.38% ثم الفئة العمرية 15-19 والتي تقدر ب 18.46% والباقي نسب ضئيلة في الفئات العمرية الأخرى، كما نلاحظ أن الزواج المبكر سائد في هذه المنطقتين (بسكرة والمسيلة) حيث سجلنا أكثر من نصف العينة بحوالي 67% تم زواجها قبل سن 25 سنة

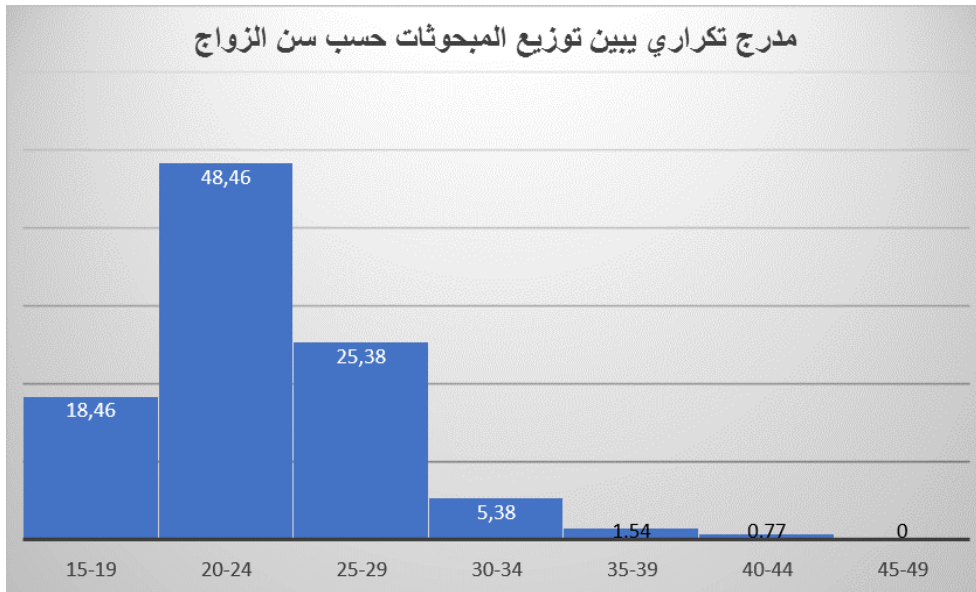
## الفصل الأول خصائص العينة

وتظهر أكثر حيث أغلب المبحوثات تجاوزن سن 40 سنة، مما يدل على أنهن تزوجن في سن مبكرة، وفي وقت مضى بعيد، الذي كان فيه سن الزواج النساء منخفض، كما سجلنا نسبة نساء ضئيلة تزوجن في سن متأخرة والذي يكون فيه توقيت الإنجاب خطيرة خاصة مع المرض المزمن، وقد قدر متوسط العمر عند الزواج الأول لدى النساء المبحوثات بـ27,23 سنة.

شكل بياني رقم (01): مضع تكراري يوضح توزيع افراد العينة حسب السن الحالي



شكل بياني رقم (02): مدرج تكراري يبين توزيع المبحوثات حسب سن الزواج

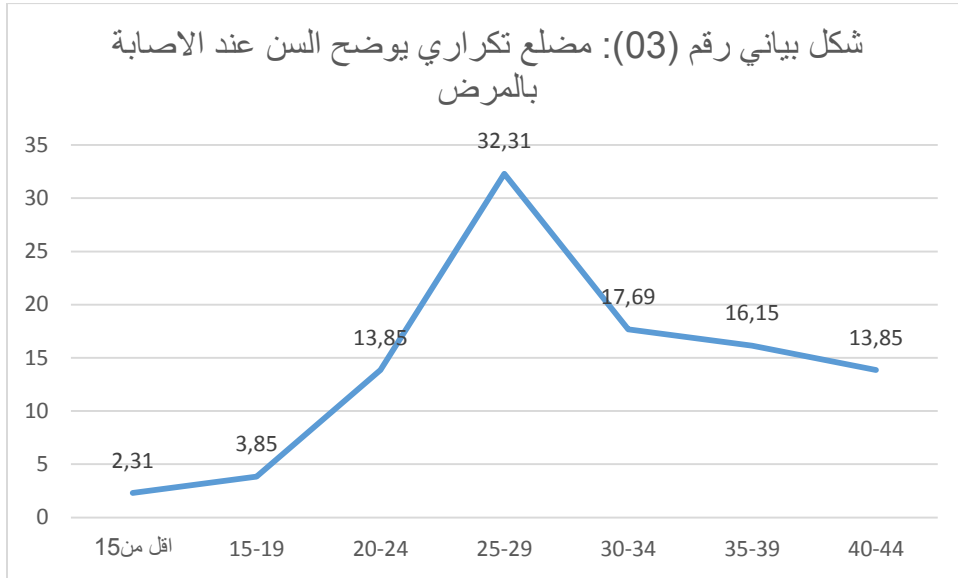


جدول رقم (2): توزيع المبحوثات حسب سن الإصابة بالمرض وسن الإنجاب بعد المرض المزمن

السن عند الإصابة بالمرض	تكرار	%	العمر الذي أنجب فيه بعد المرض	التكرار	%
أقل من 15	3	2,31	15-19	1	0,77
15-19	5	3,85	20-24	21	16,15
20-24	18	13,85	25-29	38	29,23
25-29	42	32,31	30-34	24	18,46
30-34	23	17,69	35-39	23	17,69
35-39	21	16,15	40-44	22	16,92
40-44	18	13,85	45-49	1	0,77
المجموع	130	100	المجموع	130	100

يظهر الجدول أعلاه سن الإصابة بالمرض للنساء المبحوثات حيث ترتفع الإصابة بالمرض في سن 25-29 سنة حيث قدرت بنسبة 32.31% ثم تليها الفئة العمرية 30-34 سنة، ثم تليها الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 16,15% يعتبر السن فوق 30 سنة السن الذي تكثر فيه الإصابة بالأمراض المزمنة حسب عدة دراسات خاصة الضغط الدموي والسكري، كما سجلنا إصابة بعض النساء في سن صغيرة أقل من 15 سنة قدرت ب 2.31%.

كما يظهر الجدول نفسه العمر الذي تم فيه الإنجاب للنساء بعد اصابتهم بالمرض المزمن حيث سجلت أعلى نسبة في الفئة العمرية 25-29 سنة إذ قدرت ب 29.23% وهي نفسها فئة سن الإصابة بالمرض كما أشرنا سابقاً، كما سجلت نسبة ضئيلة في الفئتين العمريتين 15-19 سنة 45-49 سنة بنفس النسبة 0.77% أما باقي فئات العمر التي تم فيها الإنجاب فسجلت نسب متقاربة نوعاً ما قدرت بحوالي 17%.



جدول رقم (3): توزيع المبحوثات حسب مدة الحياة الزوجية قبل الإصابة بالمرض المزمن وبعده.

المرضى	التكرار	%	المرضى	التكرار	%
الإصابة بالمرض قبل الزواج	14	10.76	أقل من سنة	2	1.53
1-4	50	38.46	1-4	52	40
5-9	24	18.46	5-9	43	33.07
10-14	16	12.30	10-14	20	15.38
15-19	11	8.46	15-19	7	5.38
أكثر من 20 سنة	15	11.53	أكثر من 20 سنة	6	4.61
المجموع	130	100	المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان حوالي 38.46% من المبحوثات أصبن بالمرض في مدة تتراوح ما بين 1-4 سنوات من زواجها وهي فترة قصيرة جدا ومنهن من أصبن بالمرض في السنة الأولى من زواجها، ثم تليها الفترة ما بين 5-9 سنوات التي قدرت بنسبة 18.46% وهنا نلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثات أصبن بالمرض المزمن في مدة لا تتجاوز 10 سنوات من الزواج كما وجدنا نسبة 10.76% من النساء أصبن بالمرض قبل

الزواج والمقدر عددهن 14 امرأة ومنها من أصيبت بالمرض في سن صغيرة جدا كمرض الربو، ونجد نسبة حوالي 20% من النساء عشن حياة زوجية بدون مرض تفوق 15 سنة وهي فترة جيدة تساعد الأم في الحفاظ على صحتها الإنجابية والخصوبة الجيدة.

كما يشير الجدول في شطره الثاني إلى مدة الحياة الزوجية بعد المرض حيث نلاحظ ارتفاعها في المدة الزمنية من 1-4 سنوات بنسبة 40%، ثم تليها المدة الزمنية من 5-9 سنوات بنسبة 33.07% ثم الفئة العمرية 10-14 سنة بنسبة 15.38%، وفي المقابل سجلت نسبة 1.53% للنساء اللواتي لم تتجاوز اصابتهم بالمرض سنة واحدة. لاحظنا أن النساء اللواتي أصبن بالمرض قبل زواجهن والتي تصل أقدمية زواجهن إلى 1 سنة على الأكثر أن هذا هو أول حمل في حياتهن الإنجابية.

لمدة أقدمية الزواج قبل الإصابة بالمرض دور مهم في خصوبة المرأة المتزوجة وتكرار الحمل والانجاب بعد المرض، حيث كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض كلما حققت الزوجة العدد والنوع المرغوب فيه من الأطفال والذي ينعكس إيجابيا على صحتها وسلوكها الإنجابي بعد مرضها من خلال الإنجاب المتباعد أو التوقف بعد المرض والذي نهتم به في دراستنا.

جدول رقم (4): توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال الكلي وعدد الأطفال بعد الإصابة

عدد الأطفال الكلي	التكرار	%	عدد مرات الحمل بعد المرض	التكرار	%
2-1	55	42,3	1	82	63,1
3-4	42	32,3	2	27	20,8
4-5	27	20,8	3	17	13,1
أكثر من 5	6	4,6	4 فأكثر	4	3,1
المجموع	130	100	المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول أن اغلبية النساء لديهن عدد أطفال لا يتجاوز 4 مع تسجيل نسبة النساء اللواتي لديهن أقل من طفلين ب 42.3% ثم تليها النساء اللواتي لديهن أطفال من 3-4 بنسبة 32.3% فيما سجلت نسبة 4.6% للنساء اللواتي لديها أكثر من 5 أطفال، أما متوسط عدد الأطفال داخل الأسرة فقد بلغ 3.06 طفل لكل امرأة.

## الفصل الأول خصائص العينة

كما يشير الجدول أيضا أن غالبية النساء لم يتجاوزن 2 حمل بعد مرضهن حيث أنجبن حمل واحد بنسبة 63.1% وحملين بنسبة 20.8% واللواتي أنجبن من 3-4 حمل بعد المرض قدرت نسبتهم 14.6% في المقابل نجد نسبة 1.5% من النساء اللواتي أنجبن 4 فأكثر أطفال بعد المرض.

جدول رقم (5): توزيع المبحوثات حسب عدد وفيات الأطفال قبل وبعد المرض

وفيات الأطفال قبل المرض	التكرار	%	وفيات الأطفال بعد المرض	التكرار	%
0	110	84,6	0	100	76,9
1	17	13,1	1	25	19,2
2	1	,8	2	2	1,5
3	2	1,5	3	2	1,5
4	0	0	4	1	,8
المجموع	130	100	المجموع	130	100

نلاحظ من خلال مقارنة الجدول بين وفيات الأطفال قبل وبعد المرض انها ارتفعت قليلا مع المرض المزمّن حيث كانت قبل المرض لوفاة واحدة 13.1% وارتفعت بعد المرض الى 19.2%، وفي عدم حدوث أي وفاة قبل المرض كانت 84.6% وانخفضت بعد المرض الى 76.9% وهذا ما تؤكد ان المرض له تأثير على الوفيات.

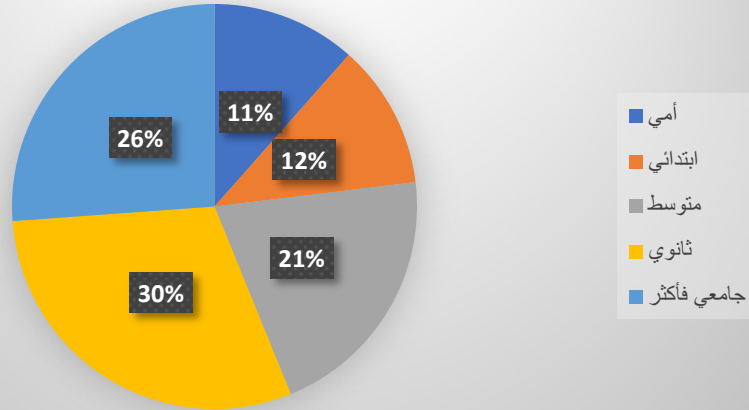
ثانياً: الخصائص الاجتماعية للمبحوثات

جدول رقم (6): توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي للمبحوثات وأزواجهن.

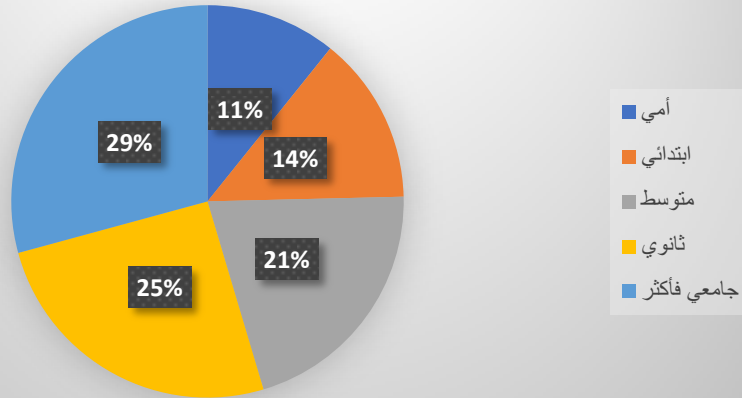
المستوى التعليمي للزوجة	التكرار	%	المستوى التعليمي للزوج	التكرار	%
أمي	15	11,54	أمي	14	10,77
ابتدائي	15	11,54	ابتدائي	18	13,85
متوسط	27	20,77	متوسط	27	20,77
ثانوي	39	30	ثانوي	33	25,38
جامعي فأكثر	34	26,15	جامعي فأكثر	38	29,23
المجموع	130	100	المجموع	130	100

يظهر الجدول المستوى التعليمي للمبحوثات وأزواجهن فنسجل ارتفاع في المستوى الثانوي للنساء المبحوثات بنسبة 30% وهي النسبة التي تمثل منوال العينة، ثم تليها المستوى الجامعي بنسبة 26.15% ثم المستوى المتوسط بنسبة 20.77% وبالنسبة للمستوى الابتدائي والأمي نجدها ضئيلة وهذا راجع الى سعي الدولة المستمر في القضاء على الامية وهي تقدر بـ 11.54%، وأما بالنسبة لأزواجهن فان النسب تقريبا متماثلة مع النساء المبحوثات مع اختلاف طفيف في المستوى الثانوي والجامعي فبالنسبة للأزواج فان المنوال العينة هو المستوى الجامعي حيث قدر بـ 29.23% وتخفض هذه النسب ترتيبيا مع انخفاض المستوى التعليمي لتصل الى 10.77% في المستوى الأمي، وهذا ما يبينه الشكل التالي:

شكل بياني رقم(04): دائرة نسبية توضح المستوى التعليمي للمبحوثات



شكل بياني رقم(05): دائرة نسبية توضح المستوى التعليمي للازواج



جدول رقم (07): توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية ومكان اقامتهن

الحالة المهنية	التكرار	%	مكان الإقامة	التكرار	%
نعم	40	30,77	حضر	102	78.46
لا	90	69.23	ريف	28	21.54
المجموع	130	100	المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) ارتفاع في نسبة النساء الماكثات في البيت بدون عمل والتي قدرت بحوالي 69.23% أما نسبة النساء العاملات فقدرت بحوالي 30.77% وأغلبهن يسكن في الوسط الحضري والشبه حضري بنسبة 78.46% مقابل 21.54% يقطن في

الوسط الريفي، وبالتالي المنوال هنا يمثل فئة الماكثات في المنزل والقاطنات في المناطق الحضرية.

جدول رقم (08): توزيع المبحوثات حسب حالة العلاقة الزوجية بعد المرض

العلاقة الزوجية	التكرار	%
جيدة	37	28,5
حسنة	42	32,3
متوسطة	43	33,1
سيئة	8	6,2
المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن حوالي 33,1% من المبحوثات صرحن بأن العلاقة الزوجية بعد المرض متوسطة وحوالي 32,3 قلنا إنها حسنة، وما نسبته 28,5% قلنا بأن العلاقة جيدة وسجلنا 6,2% من النساء صرحن بأن العلاقة الزوجية أصبحت بعد المرض سيئة.

جدول رقم (09): يمثل توزيع للمبحوثات حسب الدخل الشهري لأسرهن

الدخل الشهري	التكرار	%
أقل من 18000	28	21,54
من 18000 دج الى 30000 دج	23	17,69
من 30000 دج الى 40000 دج	26	20
من 40000 دج- 50000 دج	19	14,62
أكثر من 50000	34	26,15
المجموع	130	100

نلاحظ من خلال قراءتنا للجدول أن حوالي 26.15% من المبحوثات يقدر دخلهن أكثر من 50 ألف دج ثم تليها فئة الدخل الضعيف الأقل من 18 ألف دج بنسبة 21.54% ثم تليها نسبة النساء اللواتي يتراوح دخلهن ما بين 30-40 ألف دج بنسبة 20% ثم تليها نسبة النساء اللواتي دخلهن يتراوح ما بين 18-30 ألف دج بنسبة 17.69% ثم في الأخير نسبة النساء اللواتي يتراوح دخلهن ما بين 40-50 ألف دج بنسبة 14.62%، ويتضح من

## الفصل الأول خصائص العينة

خلال عينتنا أن الغالبية من المبحوثات ينتمين إلى الطبقة المتوسطة والفقيرة حيث لا يزيد دخلهن عن 40 ألف دج بالإضافة إلى نسبة معتبرة دخلهن اقل من 18 ألف دج.

### ثالثا: الخصائص الصحية للمبحوثات

جدول رقم (10): توزيع المبحوثات حسب الحالة الصحية للنساء المبحوثات حسب نوع المرض ومضاعفاته:

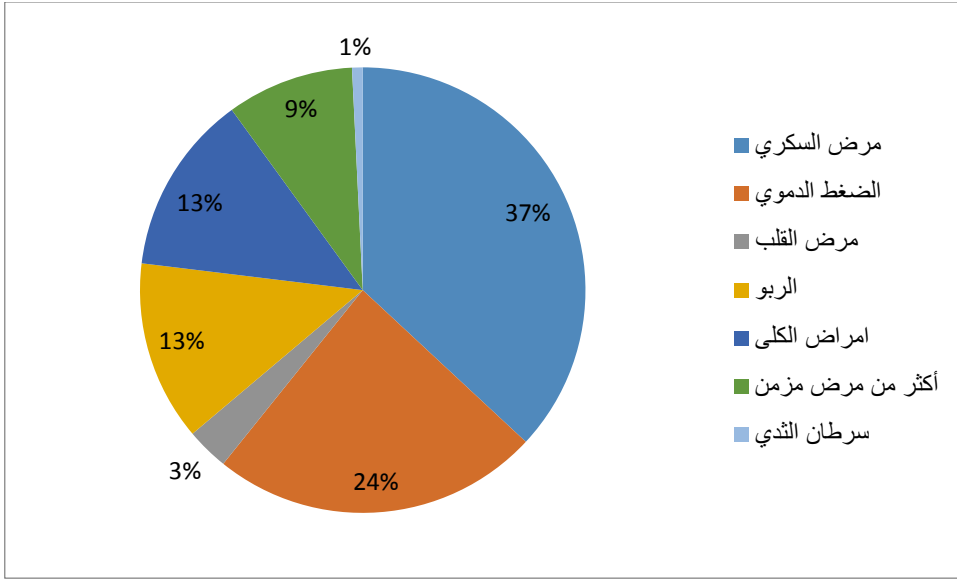
نوع المرض	ك	%	مضاعفات الحمل	ك	%	مضاعفات الولادة	ك	%
مرض السكري	48	36,92	الاجهاض	46	46	انتفاخ والم في الساقين	48	28,2
الضغط الدموي	31	23,85	حمل خارج الرحم	2	2	نزيف	13	7,6
مرض القلب	4	3,08	ولادة مبكرة	19	19	فقر الدم	67	39,4
الربو	17	13,08	موت الجنين	8	8	افراز مهبلي كري الرائحة	37	21,8
أكثر من مرض مزمن	12	9,23	مولود ميت	6	6	عدوى	5	2,9
سرطان الثدي	1	0,77	ولادة قيصرية	19	19	المجموع	170	100
المجموع	130	100	المجموع	100	100			

نلاحظ من خلال قراءتنا للجدول أعلاه أن هناك ارتفاع في نسب الإصابة الداء السكري والضغط الدموي بنسب قدرت ب 36.92% و 23.85% على التوالي حيث سجلت أكبر عدد من النساء المصابات، بينما سجلت باقي الأمراض نسب ضئيلة كأعراض الربو وأمراض الكلى التي سجلت نفس النسبة مقدرة 13.08%، كما نلاحظ أن هناك نسبة 9.23% من النساء لديهن عدة أمراض مزمنة.

كما يشير الجدول نفسه إلى المضاعفات الناتجة عن الحمل والمتمثلة في الإجهاض بنسبة 46% والولادة المبكرة والولادة القيصرية بنفس النسبة 19% فيما سجلت اقل نسبة للحمل خارج الرحم بنسبة 2%.

أما مضاعفات الولادة والفترة المحيطة بها فنجد ارتفاع في فقر الدم لدى النساء بنسبة 39.4% وتليها الانتفاخ وألم في الساقين بنسبة 28.2%، ثم تليها افرازات مهبلية بنسبة 21.8% النزيف 7.6% واخيرا العدوى بنسبة 2.9%.

شكل بياني رقم(06): دائرة نسبية توضح نوع الاصابة بالمرض المزمن للمبحوثات

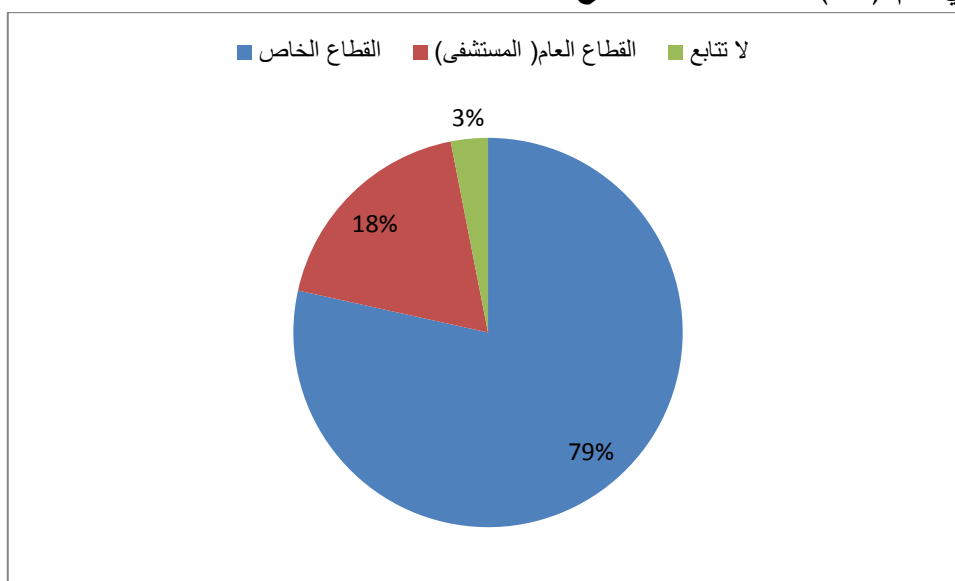


جدول رقم (11): توزيع المبحوثات حسب مكان متابعة للمرض المزمن.

مكان المتابعة	التكرار	%
القطاع الخاص	102	78,5
القطاع العام (المستشفى)	24	18,5
لا تتابع	4	3,1
المجموع	130	100

نلاحظ من خلال الجدول أن حوالي 78.5% من النساء المبحوثات يتابعن مرضهن المزمن عند الطبيب المختص وتقريبا كل ثلاث شهور، كما نسجل نسبة 18.5% من النساء يتابعن مرضهن المزمن في المستشفى وهي النساء اللواتي دخلهن ضعيف اقل من 18000 دج واللواتي يسكن في مناطق نائية بعيدة عن الأطباء المختصين ونسبة 3.1% لنساء لا تتابع مرضها المزمن.

شكل بياني رقم (07): دائرة نسبية توضح مكان متابعة المبحوثات للمرض المزمن



جدول رقم (12): توزيع المبحوثات حسب الحالة الصحية و استعمال وسائل منع الحمل والمدة المتوسطة بين ولادتين:

استعمال وسائل الحمل			الغرض منها			نوع الوسيلة			المدة المتوسطة بين ولادتين		
%	التكرار	%	%	التكرار	%	%	التكرار	%	التكرار	%	
79.23	103	63.84	83	76.7	79	15.45	17	سنة 1	76.7	79	
		15.38	20	2.91	3	37.27	41	سنة 2			
				3.88	4	30.90	34	سنة 3			
		20.76	27	13.59	14	16.36	18	أكثر من 3 سنوات			
				2.91	3						
20.77	27	20.76	27	2.91	3						
100	130	100	130	100	* 103	100	130	المجموع	100	* 103	

\* 27 امرأة لا تستعمل وسائل منع الحمل.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اغلب النساء يستعملن وسائل منع الحمل بنسب فاقت 79% وأغلبهن يستعملن نوع الحبوب بنسبة 76.7% حيث هي الوسيلة الأكثر

## الفصل الأول خصائص العينة

استعمالا وشيوعا بين المبحوثات، كذلك نجد استعمال الواقي الذكري بنسبة 13.59% الى جانب وسائل أخرى ضئيلة الاستعمال كاللولب والحقن وطريقة الحساب، كما نجد الهدف والغرض من الاستعمال هو المباشرة والتأجيل بنسبة 63.84% واما الذين يستعملن بغرض التحديد وعدم الولادة نهائيا نسبة 15.38%.

جدول رقم (13): توزيع المبحوثات حسب عدد مرات الكشف الطبي خلال وبعد الحمل الاخير

عدد مرات الكشف خلال الحمل	التكرار	%	عدد مرات الكشف بعد الولادة	التكرار	%
لم تتابع	0	0	لم تتابع	17	13,1
2-1	16	12,3	2-1	73	56,2
4-3	50	38,5	4-3	34	26,2
5 مرات فأكثر	64	49,2	5 مرات فأكثر	6	4,6
<b>المجموع</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>المجموع</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

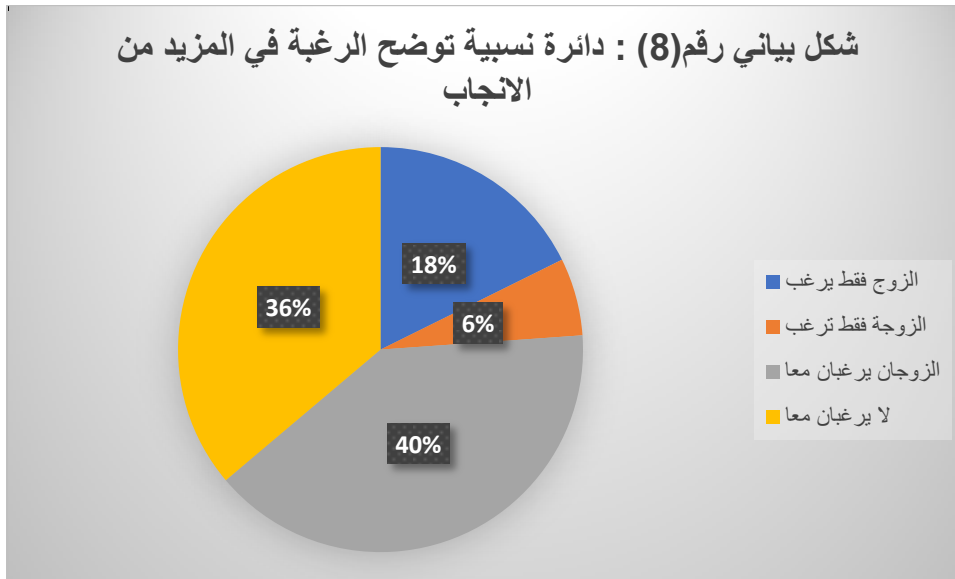
نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن جميع المبحوثات أجرينا كشف طبي خلال الحمل وحوالي نصف أفراد العينة بلغ عدد مرات الكشف الى حوالي أكثر من 5 مرات بنسبة 49.2%، ومن 4-3 مرات بلغت نسبتهم 38.5% وفي الأخير 12.3% من اللواتي كشفن من 2-1 مرات وهي نسب معتبرة وجيدة للصحة الإنجابية.

كما يشير الجدول نفسه الى نسب المتابعة الطبية بعد الحمل وهي فترة النفاس حيث وجدنا أن نسبة 56.2% من النساء قمن كشف من 2-1 مرات في فترة النفاس ونسبة 26.2% قمن كشف من 4-3 مرات كما وجدنا نسبة 13.1% من النساء لم يتابعن عند الطبيب بعد الوضع وهي فئة لم تعاني من مشاكل بعد وضع الحمل.

جدول رقم (14): توزيع المبحوثات حسب الرغبة في إنجاب طفل آخر

الرغبة في الانجاب	التكرار	%
الزوج فقط يرغب	23	17,7
الزوجة فقط ترغب	8	6,2
الزوجان يرغبان معا	52	40,0
لا يرغبان معا	47	36,2
المجموع	130	100

كما نلاحظ من خلال الجدول أن الرغبة في إنجاب طفل آخر يرجع بنسب مرتفعة الى الزوجان معا سواء بالرغبة بالإنجاب أو عدم الرغبة في الانجاب بنسب تتراوح على التوالي 40% و 36.15% أما فيما يخص رغبة الزوج فقط فهي تقدر بنسبة 17.69% أما رغبة الزوجة فقط فهي ضئيلة وتقدر ب 6.15% والشكل التالي يوضح ذلك:



استنتاج:

من خلال توزيع العينة على بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والصحية يمكن تقديم بعض الاستنتاجات والمؤشرات ملخصة كما يلي:

- أغلب افراد العينة سنهن ما بين 45-49 سنة بنسبة 23.85%.
- أغلب افراد العينة تزوجن في سن ما بين 20-24 سنة بنسبة 48.46%.
- سن الإصابة بالمرض الأعلى للمبحوثات هو من 25-29 سنة بنسبة 32.31%.
- سن الانجاب الأول بعد المرض هو نفسه سن الإصابة بالمرض من 25-29 سنة بنسبة 29.23%.
- بلغت أعلى مدة للحياة الزوجية للنساء قبل المرض من 1-4 سنوات بنسبة 42.3%.
- وبلغت أعلى مدة للحياة الزوجية بعد المرض من 1-4 سنوات بنسبة 40%.
- اغلب أفراد العينة لديهن عدد أطفال كلي من 1-2 طفل بنسبة 42.3%.
- اغلب النساء المبحوثات أنجبن مولود واحد بعد اكتشافها للمرض بنسبة 63.1%.
- سجلنا وفاة طفل واحد للمبحوثات قبل المرض بنسبة 13.1% وبعد المرض 19.2%.
- المستوى التعليمي للمبحوثات أغلبهن مستوى ثانوي بنسبة 30%، واغلب ازواجهن جامعيين بنسبة 29.23%.
- وجدنا أن أغلب المبحوثات لا يعملن بنسبة 69.23%.
- تميزت العلاقة الزوجية بعد المرض بالمتوسطة حسب تصريح المبحوثات بنسبة 33.1%.
- 26.15% من المبحوثات تجاوز دخلهن 50 ألف دج للزوجين معا.
- يحتل مرض السكري والضغط الدموي المراتب الأولى في الإصابة لدى أفراد العينة بنسب قدرت ب 36.92% و 23.85% على التوالي.
- مكان المتابعة لإفراد العينة لمرضهن المزمّن عند الطبيب المختص بنسبة 78.5%.
- أغلب النساء المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 79.23% واحتلت الحبوب الصدارة كوسيلة لمنع الحمل بنسبة 76.7%.
- قدرت المدة المتوسطة بين ولادتين لدى المبحوثات 02 سنة بنسبة 37.27%.
- تجاوز مرات الكشف الطبي أثناء الحمل 5 مرات بنسبة 49.2% وبعد الحمل تراوحت من 1-2 مرات بنسبة 56.2%.
- أغلب المبحوثات هن وازواجهن يرغبن في إنجاب طفل اخر بعد المرض بنسبة 40%.

---

# الفصل الثاني

---

**تمهيد:**

في هذا الفصل سوف نتطرق إلى اختبار بعض من المتغيرات الاجتماعية والثقافية التي قد تؤثر على السلوك الانجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة ومن هذه المتغيرات الحالة العملية والمستوى التعليمي ودخل الاسرة، هذه المتغيرات تدخل في الفرضية الثانية والتي مفادها:

- ارتفاع المكانة الاجتماعية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة يؤثر ايجابا على سلوكها الإنجابي.

وندرس في هذه الفرضية جملة من المؤشرات للمتغير التابع تمثلت في:

- ✓ عدد الحمل بعد المرض.
- ✓ عدد الزيارات قبل الحمل وبعد الولادة.
- ✓ عدد مرات الاجهاض.
- ✓ وفيات الأطفال بعد المرض.
- ✓ المدة المتوسطة الفاصلة بين ولادتين.
- ✓ استعمال وسائل منع الحمل والغرض منها.
- ✓ الرغبة في المزيد من الانجاب.

ومؤشرات المتغير المستقل تمثلت في:

- ✓ المستوى التعليمي للزوجة.
- ✓ عمل الزوجة.
- ✓ دخل الزوجين معا.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (15): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة ومدى تعرضها للحمل بعد المرض.

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض		الخلفية
					ك	%	
40	2	4	14	20	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	5	10	35	50	%		
90	2	13	13	62	ك	لا تعمل	
100	2,2	14,4	14,4	68,9	%		
15	-	-	1	14	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	-	-	6,7	93,3	%		
15	2	1	1	11	ك	ابتدائي	
100	13,3	6,7	6,7	73,3	%		
27	-	6	4	17	ك	متوسط	
100	-	22,2	14,8	63	%		
39	2	4	11	22	ك	ثانوي	
100	5,1	10,3	28,2	56,4	%		
34	-	6	10	18	ك	جامعي فأكثر	
100	-	17,6	29,4	52,9	%		
28	2	7	2	17	ك	اقل من 18000دج	<u>الدخل الشهري</u>
100	7,1	25,0	7,1	60,7	%		
23	-	1	7	15	ك	من 18000دج الى 30000دج	
100	-	4,3	30,4	65,2	%		
26	-	3	3	20	ك	30000دج - 40000دج	
100	-	11,5	11,5	76,9	%		
19	-	1	7	11	ك	40000دج - 50000دج	
100	-	5,3	36,8	57,9	%		
34	2	5	8	19	ك	أكثر من 50000	
100	5,9	14,7	23,5	55,9	%		
<b>130</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>82</b>	ك	<b>المجموع</b>	
<b>100%</b>	<b>3,1</b>	<b>13,1</b>	<b>20,8</b>	<b>63,1</b>	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو النساء اللواتي أنجبن بعد المرض حمل واحد بنسبة 63.1% مقابل 3.1% للنساء اللواتي أنجبن أكثر من 3 حمل.

ولمعرفة تأثير الحالة المهنية للنساء على عدد الحمل بعد المرض، نجد أن النساء الماكثات في البيت هن الأكثر تدعيماً لاتجاه الجدول حيث أنجبن حمل واحد بعد المرض بنسبة 68.9% مقابل 50% للنساء العاملات، بينما في الحمل الثاني نجد نسبة العاملات تعرضن للحمل أكثر من غيرهن بنسبة 35% مقابل 14% لغير العاملات، أما الحمل الثالث فإن الماكثات بالبيت تعرضن له بنسبة 14.4% مقابل 10% للعاملات، كما تعرضن أيضاً غير العاملات للحمل الرابع أكثر من الماكثات بالبيت بنسبة 5% مقابل 2.2%.

نستنتج أن العاملات وغير العاملات أغلبهن أنجبن طفل واحد بعد المرض، غير أن العاملات تعرضن للحمل الثاني والرابع أكثر من غيرهن رغم علمهن بمخاطر الحمل إلا أنها تخاطر بتكرار الحمل ويرجع لأسباب هما عدم تحقيق الحجم الأمثل من الأطفال (انظر الملحق 02-الجدول رقم 11) حيث أنهن لم ينجبن قبل المرض بالإضافة إلى زواجهن المتأخر أو الإصابة بالمرض قبل الزواج أو بعده مباشرة، أما غير العاملات فقد أنجبن أكثر في الحمل الثالث رغم ارتفاع عدد الأطفال لديهن قبل المرض.

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين الحالة المهنية وعدد مرات الحمل بعد المرض وبعد حسابنا لاختبار كاي تريغ لبيرسون برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 7.248 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 5.99 عند درجة حرية 2 ونسبة 5%.

نلاحظ أيضاً من الجدول أن النساء المبحوثات مهما اختلف مستواهن التعليمي إلا أنهن يدعمن اتجاه الجدول بحمل واحد بعد المرض، فنجد أن الاميات أنجبن طفل واحد بعد المرض بنسبة 93.3% ويرجع السبب إلى أن الاميات تعرضن للحمل قبل المرض أكثر من غيرهن بالإضافة إلى زواجهن في سن صغيرة وينتمين إلى فئة السن من 40-49 سنة (انظر الملحق 2- جدول 6) وتنخفض النسبة بارتفاع المستوى التعليمي للنساء لتصل إلى حد 52.9% للجامعيات، ونلاحظ أن النساء المتعلمات تعرضن للحمل بعد المرض أكثر من غيرهن ذوات المستوى التعليمي المنخفض ويظهر ذلك في الحمل الثاني حيث نجد أن

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

النساء الجامعيات تعرضن للحمل الثاني بنسبة 29.4% والمستوى الثانوي 28.2% ويرجع ذلك لعدم انجاب أطفال قبل المرض وتأخر سن الزواج، وتنخفض النسبة بانخفاض المستوى التعليمي لتصل الى 6.7% بالنسبة للمستوى الامي والابتدائي، أما عدد الحمل التي تجاوزت 3 مرات فان النساء ذوات المستوى المتوسط والابتدائي هن الأكثر تعرض لها بنسب 22.2% و 20% على التوالي بينما تنخفض في المستويات التعليمية المرتفعة.

كذلك يرجع تعرض النساء المتعلمات للحمل بعد المرض أكثر من غيرهن الى عدم تحقيق العدد المرغوب فيه بالإضافة الى أن هناك من النساء تزوجن بعد اصابتهن بالمرض المزمن بنسبة 10.76%، ونلاحظ أن نسبة 6.2% من المبحوثات أصبن بالمرض في السنة الأولى من الزواج وأغليبتهم من المستويات التعليمية المرتفعة (انظر الملحق رقم 02 جدول رقم 7) لذلك تعرضن للحمل أكثر من غيرهن، لان التعليم يزيد من وعي المرأة اتجاه صحتها الإنجابية والا فلن تخاطر بالحمل لو أنها أنجبت أطفال قبل مرضها، بالإضافة الى زواجها المتأخر لذلك فان المستوى التعليمي لوحده لا يعكس سلوك المرأة الانجابي وللتأكد من طبيعة العلاقة أكثر قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.30 حيث يمثل ارتباط ضعيف بين المتغيرين وبالتالي الى جانب تأثير المستوى التعليمي في عدد الحمل بعد المرض توجد عوامل أخرى تؤثر ايضا.

كذلك بعد تطبيق كاي تربيع ليبرسون بين المستوى التعليمي وعدد مرات الحمل بعد المرض برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 21.790 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 21.03 عند درجة حرية 12 ونسبة دلالة 5%.

كما يشير الجدول نفسه الى ان اغلب النساء المبحوثات مهما كان دخلهن فإنهن مواظبات للاتجاه العام للجدول حيث صرحن انهن تعرضن للحمل مرة واحدة بعد اصابتهن بالمرض بنسب متفاوتة، الا ان ارتفاع الدخل يزيد من تعرض النساء للحمل بعد المرض في الحمل الثاني حيث نلاحظ نسبة 36.8% عند فئة الدخل من 40000-50000 دج، اما الحمل الثالث فان ذوات الدخل المنخفض الأقل من 18000 دج هن الأكثر تعرض له بنسبة 32.1% وتليها فئة الدخل المرتفع الأكثر من 50 ألف دج بنسبة 20.6% وينخفض في باقي فئات الدخل.

وعند حسابنا لمربع كاي تربيع لبيرسون بين الدخل وعدد مرات الحمل بعد المرض برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 16.852 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 15.51 عند درجة حرية 8 ونسبة دلالة 5%.  
ان اهم ما نلاحظه من هذا الجدول ان اغلبية المبحوثات مهما اختلف مستواهن الثقافي او الاجتماعي حملن مرة واحدة على الأقل بعد اصابتهم بالمرض، الا تحسن الحالة التعليمية والمهنة والاجر يزيد من وعيهم اتجاه الحمل الخطيرة والتخطيط الجيد لأسرتهم باستعمال وسائل منع الحمل وتباعد الولادات مراعاة لظروفها الاجتماعية والصحية، كما تساعد بعض العوامل الأخرى في توجيه السلوك الانجابي منها السن عند الإصابة بالمرض ومنها من أصيبت قبل الزواج أو في السنة الأولى من زواجها فتضطر الى إنجاب الطفل الأول مهما كان سن زواجها أو ظروفها الصحية وذلك كدليل على قدرتها على الإنجاب.  
ويعتبر ارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي للنساء من أهم العوامل المؤثرة على الانجاب ومراعاة ظروفهن الصحية وتوقيت الانجاب، لان المتعلمات يستفدن من إرشادات الأطباء ومختلف المعلومات الموجودة في الصحف والمجلات أو النشرات الإخبارية المتعلقة بالصحة وخاصة مع اقترانها بالمرض المزمن الذي يزيد من وعيها اتجاه رعاية صحتها والتعرف على حالات الحمل الخطيرة في الوقت المناسب.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (16): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الأسرة بعدد وفيات الأطفال قبل وبعد المرض:

المجموع	وفيات الاطفال بعد المرض					وفيات الاطفال قبل المرض				وفيات الأطفال		
	4	3	2	1	0	3	2	1	0	الخلفية		
40	-	-	1	8	31	-	-	3	37	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	-	-	2,5	20	77,5	-	-	7,5	92,5	%		
90	1	2	1	17	69	2	1	14	73	ك	لا تعمل	
100	1,1	2,2	1,1	18,9	76,7	2,2	1,1	15,6	81,1	%		
15	-	-	-	3	12	1	-	2	12	ك	أمي	<u>لمستوى التعليمي</u>
100	-	-	-	20	80	6,7	-	13,3	80	%		
15	1	-	-	1	13	-	1	4	10	ك	ابتدائي	
100	6,7	-	-	6,7	86,7	-	6,7	26,7	66,7	%		
27	-	-	-	6	21	-	-	2	25	ك	متوسط	
100	-	-	-	22,2	77,8	-	-	7,4	92,6	%		
39		1	1	9	28	1	-	6	32	ك	ثانوي	
100		2,6	2,6	23,1	71,8	2,6	-	15,4	82,1	%		
34	-	1	1	6	26	-	-	3	31	ك	جامعي	
100	-	2,9	2,9	17,6	76,5	-	-	8,8	91,2	%	فأكثر	
28	1	-	-	9	18	1	-	2	25	ك	اقل من	<u>الدخل الشهري معاً</u>
100	3,6	-	-	32,1	64,3	3,6	-	7,1	89,3	%	18000دج	
23	-	1	-	4	18	1	1	3	18	ك	من	
100	-	4,3	-	17,4	78,3	4,3	4,3	13,0	78,3	%	18000دج الى 30000دج	
26	-	--	-	3	23	-	-	5	21	ك	30000دج	
100	-	-	-	11,5	88,5	-	-	19,2	80,8	%	- 40000دج	
19	-	-	-	5	14	-	-	4	15	ك	40000دج-	
100	-	-	-	26,3	73,7	-	-	21,1	78,9	%	50000دج	
34	-	1	2	4	27	-	-	3	31	ك	أكثر من	
100	-	2,9	5,9	11,8	79,4	-	-	8,8	91,2	%	50000	
130	1	2	2	25	100	2	1	17	ك	ك	المجموع	
100	0,8	1,5	1,5	19,2	76,9	1,5	0,8	13,1	%	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب وفيات الأطفال بالنسبة للنساء المبحوثات سواء قبل المرض أو بعده هي وفاة واحدة حيث سجلت قبل المرض نسبة 84.6% وبعد المرض نسبة 76.9%، كما نجد ارتفاع قليل في الوفيات بعد المرض أكثر منه قبل المرض وهذا ناتج عن المشاكل والتعقيدات التي تنتج عن الامراض المزمنة أثناء الحمل وتأثر المولود أو الجنين بهذه المشاكل مما ينتج عنه وفاة أو إجهاض قبل أوانه.

ونجد عند ادخال متغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية للنساء أنه قبل المرض عند النساء العاملات لم تتعدى وفاة واحدة بنسبة 7.5% مقابل 15.6% لغير العاملات والتي تصل الى ثلاث وفيات، أما بعد المرض فيظهر تأثير الحالة المهنية على وفيات الأطفال حيث نجد ان وفيات الأطفال عند غير العاملات أكبر لتصل الى أربع وفيات، بينما عند النساء العاملات فهي لا تتعدى 2 وفيات بنسبة 2.5%، وهنا يظهر تأثير الحالة العملية على السلوك الانجابي للمرأة والمحافظة على سلامة الحمل وأولادها اثناء المرض، وثقافتها الصحية العالية من خلال وسائل الاعلام أو الصحف أو وسائل الاتصال الحديثة التي تمكن من اكتساب خبرة جيدة لرعاية الأبناء وطرق الحديثة للحفاظ على صحتهم، وتظهر العلاقة بين المتغيرين بعد حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.11 وهو ارتباط ضعيف بين المتغيرين.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي فنلاحظ تأثيره على وفيات الأطفال عند المريضات ونلاحظه أكثر وضوحا في المستوى التعليمي الثانوي والجامعي حيث تعدت النسبة الى حالات وفات اثنتين وثلاث وفيات حيث قبل المرض لم تتعدى وفاة واحدة، وقد يرجع الى زواجهن المتأخر والمرض المزمن معا ومحاولة الإنجاب في سن متأخر مع المرض من شأنه زيادة حدوث وفيات (ملحق 2-جدول4).

وفي متغير الدخل نلاحظ ارتفاع نسب وفيات الأطفال عند النساء اللواتي لديهن دخل أقل من 18000 دج لحد أربع وفيات بنسبة 3.6% وثلاث وفيات للواتي لديهن دخل يتراوح من 18 ألف دج -30 ألف دج بنسبة 4.3%.

نستنتج على العموم ان وفيات الأطفال تزيد بعد إصابة الأم بالأمراض المزمنة وما ينتج عنها من مشاكل صحية وتعقيدات تزيد من احتمال وفيات الأطفال، كما أن وفيات الأطفال المبكرة خاصة في الشهر الأول تتأثر بمرحلة ما قبل الولادة وظروف الحمل وصحة

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

الأم التي تلعب دورا هاما في تشكيل صحة الوليد، وتبلغ معدلات الوفاة في هذه المرحلة أعلى مستويات لها من حياة الطفل، وتمثل الولادة قبل الأوان والاختناق عند الميلاد والعدوى أهم أسباب المؤدية للوفاة، فتعليم المرأة وارتفاع ثقافتها له دورا هاما لصحة طفلها بتلقي خدمات الرعاية الصحية العالية والتطعيمات اللازمة بالإضافة الى نوع الأغذية الضرورية لصحة الحمل ومتطلباته، كذلك بمعرفتها بحالات المرضية الحرجة التي تستدعي التدخل العلاجي والفوري لإنقاذ حياة الطفل.

كما أن الرعاية بعد الولادة مباشرة لها أهمية كبيرة في خفض معدلات الوفيات بين النساء والأطفال حيث أن أغلبها تكون في الساعات الأولى بعد الولادة، لذلك يجب إعطاء أهمية بالغة لزيادة وعي النساء بأهميتها وبذل جهود إضافية لتحسين الأوضاع الصحية من طرف السلطات الجزائرية للنساء والأطفال للتقليل منها في هذه الفترة.

كما ان الجزائر عرفت تطورا ملحوظا في خفض معدلات وفيات الأطفال وحديثي الولادة الا أن هذه الفئة المصابات بالأمراض المزمنة تزيد من سوء الوضع والتي تزيد بينها حالات الوفيات وتبقى الجزائر بعيدة عن معدلات الدول المتطورة.

أظهر تأثير متغير العوامل الثقافية والاجتماعية (الحالة المهنية، والمستوى التعليمي للام، والدخل الشهري) على وفيات الأطفال للنساء المصابات بالأمراض المزمنة، فكلما ارتفعت هذه العوامل كلما انخفضت وفيات الأطفال، كما ان وفيات الأطفال المبكرة تؤثر في مستويات الخصوبة لدى النساء مما يعرض النساء الى الحمل من جديد في فترة قصيرة، فكلما كانت الوفيات منخفضة كلما قل الانجاب بعد المرض.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (17): العلاقة بين المستوى التعليمي والحالة المهنية ودخل الاسرة بمدى تعرضهن للإجهاد:

المجموع	3 فأكثر	2	1	0	عدد الاجهيزات		الخلفية
					ك	%	
40	1	2	11	26	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	2,5	5	27,5	65	%		
90	3	6	23	58	ك	لا تعمل	
100	3,3	6,7	25,6	64,4	%		
15	-	1	5	9	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	-	6,7	33,3	60	%		
15	2	2	2	9	ك	ابتدائي	
100	13,3	13,3	13,3	60,0	%		
27	1	1	9	16	ك	متوسط	
100	3,7	3,7	33,3	59,3	%		
39	1	3	8	27	ك	ثانوي	
100	2,6	7,7	20,5	69,2	%		
34	-	1	10	23	ك	جامعي فأكثر	
100	-	2,9	29,4	67,6	%		
28	1	2	8	17	ك	اقل من 18000 دج	<u>الدخل الشهري</u>
100	3,6	7,1	28,6	60,7	%		
23	2	2	6	13	ك	من 18000 دج الى 30000 دج	
100	8,7	8,7	26,1	56,5	%		
26	1	1	5	19	ك	30000 دج - 40000 دج	
100	3,8	3,8	19,2	73,1	%		
19	-	-	7	12	ك	40000 دج - 50000 دج	
100	-	-	36,8	63,2	%		
34	-	3	8	23	ك	أكثر من 50000 دج	
100	-	8,8	23,5	67,6	%		
130	4	8	34	84	ك	المجموع	
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

من خلال معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو النساء اللواتي لم يجهضن أبدا بعد المرض بنسبة 64.6%، أما النساء اللواتي أجهضن مرة واحدة فسجلت نسبة 26.2% مقابل 3.1% للنساء اللواتي أجهضن 3 مرات.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية نجد أن نسبة الإجهاض لمرة واحدة أعلى بقليل عند العاملات حيث سجلت نسبة 27.5% للعاملات و 25.6% لغير العاملات، بينما في الإجهاض المتكرر 2 و 3 مرات ترتفع النسبة عند الماكثات بالبيت أكثر من العاملات بنسب ضئيلة وقد يرجع لكثرة اشتغالهن بمتطلبات البيت والأولاد والزوج مما يتقل كاهلها، أو نقص الثقافة الصحية تجعلها اقل اهتماما بصحتها.

ونلاحظ من خلال الجدول نفسه أن ارتفاع المستويات التعليمية من شأنه التقليل من عدد الإجهاضات حيث سجلت نسبة عدم الإجهاض 69.2% للمستوى الثانوي مقابل 60% للأميات، أما فيما يخص اجهاض لمرة واحدة فإن أغلب النساء في المستويات التعليمية تعرضن له وهذا راجع أن المرض المزمن يحدث حالات إجهاض تلقائي، كما سجلت ارتفاع في الاجهاضات المتكررة في المستويات التعليمية المنخفضة خاصة المستوى الابتدائي بثلاث اجهاضات بنسبة 13.3% مقابل 2.6% للمستوى الثانوي، فارتفاع المستوى التعليمي لدى النساء يساعد في المتابعة الطبية الجيدة وتطبيق تعليمات الطبيبة والارشادات اكثر من النساء الاميات ويقلل نسب الإجهاض لديهن.

أما متغير الدخل فنجد أن ارتفاع الدخل كذلك هو الآخر من شأنه التقليل من عدد الإجهاضات حيث سجلت اعلى نسبة عدم الإجهاض في فئة الدخل التي تتراوح من 30000-40000 دج بنسبة 73.1% ، كما سجلت نسب الإجهاض المتكرر في الفئات الأقل دخل والتي لا تتجاوز 40000 دج، وتعتبر فئة الدخل التي تتراوح من 40000-50000 دج هي التي سجلت أقل نسبة إجهاض لمرة واحدة بنسبة 36.8%.

نستنتج أن المرض المزمن سبب أساسي في حدوث الإجهاض التلقائي أو الطبيعي حيث ساهمت الأمراض بحدوث نسبة من الإجهاض لأغلب المبحوثات، كما أن عدم تلقي رعاية صحية جيدة خاصة في الشهور الأولى يؤدي حتما إلى حدوث اجهاض أو ولادة قبل الأوان، وكما تطرقنا في الفصل النظري لانعكاسات الأمراض المزمنة وتأثيرها على

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

الإجهاض، فمثلا نجد مرض السكري يحدث ولادة قبل الأوان وإنجاب طفل زائد الوزن، أما الضغط الدموي فيكون الجنين ناقص الوزن مما يعرض لزيادة حالات الإجهاض أو السقط. ومنه نستطيع القول أن التعرض للإجهاض يرجع لسببين أساسيين هو عدم تلقي أو نقص في الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل وانتشار الأمراض المزمنة لدى النساء في سن الإنجاب، وكلاهما هو فقدان جنين وإضاعة فرصة للإنجاب وخفض معدلات الخصوبة مما يعرض للحمل مرة أخرى خاصة إذا كانت المرأة لم تتجب قبل المرض وعدم تحقيقها العدد المرغوب فيه من الأطفال، وتلعب العوامل الثقافية والاجتماعية دورا هاما في التقليل من حالات الإجهاض ويعود بفوائد على صحة الأم واطفالها من خلال متابعة حملها بصورة منتظمة واتباع سلوك صحي منتظم مع إرشادات صحية وهذا ما أكدته دراستنا في هذا الجدول السابق بالإضافة إلى مختلف المسوح الخاصة بصحة الأسرة في الجزائر.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (18): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب عدد الزيارات للنساء قبل الولادة .

المجموع	5 فأكثر	4-3	1-2	عدد الفحوصات للحمل		الخلفية
				ك	%	
40	22	17	1	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	55	42,5	2,5	%		
90	42	33	15	ك	لا تعمل	
100	46,7	36,7	16,7	%		
15	7	5	3	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	46,7	33,3	20	%		
15	5	7	3	ك	ابتدائي	
100	33,3	46,7	20,0	%		
27	14	11	2	ك	متوسط	
100	51,9	40,7	7,4	%		
39	22	12	5	ك	ثانوي	
100	56,4	30,8	12,8	%		
34	16	15	3	ك	جامعي فأكثر	
100	47,1	44,1	8,8	%		
28	11	8	9	ك	اقل من 18000 دج	<u>الدخل الشهري</u>
100	39,3	28,6	32,1	%		
23	12	10	1	ك	18000 دج الى 30000 دج	
100	52,2	43,5	4,3	%		
26	16	7	3	ك	30000 دج - 40000 دج	
100	61,5	26,9	11,5	%		
19	10	8	1	ك	40000 دج - 50000 دج	
100	52,6	42,1	5,3	%		
34	15	17	2	ك	أكثر من 50000 دج	
100	44,1	50,0	5,9	%		
130	64	50	16	ك	المجموع	
100	49,2	38,5	12,3	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن حوالي 49.2% من النساء قمن بكشف طبي أثناء الحمل أكثر من 5 كشوفات وتصل الى 12 مرة عند بعض المبحوثات، وحوالي 38.5% من 3-4 كشوفات مقابل 12.3% من يقمن بأقل من 2 زيارات طبية لحملهن.

ومن خلال الجدول نفسه تظهر العلاقة بين الحالة المهنية وعدد مرات الكشف أثناء الحمل حيث ترتفع عدد الكشوفات الطبية أثناء الحمل عند النساء العاملات أكثر من غيرهن وسجلت عدد زيارات أكثر من 5 مرات بنسبة 55% مقابل 46.7% لغير العاملات ونجد أيضا ان غير عاملات يكتفين بعدد أقل من كشافين أثناء الحمل بنسبة 16.7% مقابل العاملات بنسبة 2.5%، نلاحظ أن أغلب النساء سواء العاملات أو الماكثات بالبيت يزنن الطبيب أثناء الحمل وهذا لأهمية وسلامة الحمل مهما كانت حالتها المهنية وقد يفسر الاختلاف بينهما بارتفاع المكانة الاجتماعية بالإضافة الى وجود مضاعفات تستلزم العلاج وليس الوقاية، ويفسر هذا أيضا أن العاملات أكثر وعيا بضرورة الاقبال على الطبيب وأهمية الفحص قبل الولادة لمتابعة كل ما يتعلق بصحتها الإنجابية منذ البداية، كما أن النساء العاملات يخرجن وتكون تنقلهن لوحدهن الى مكان الفحص أسهل وظروفهن المادية كذلك.

أما متغير المستوى التعليمي نلاحظ أن أغلب المبحوثات باختلاف مستواه التعليمي يقمن بأكثر من 5 كشوفات للحمل وهذا راجع إلى مضاعفات المرض المزمن الذي يتطلب زيادة في عدد الفحوصات وما ينتج عنه من مشاكل صحية تتطلب العناية، وترتفع هذه النسبة عند المستوى الثانوي 56.4% وتنخفض عند المستوى الابتدائي ب 33.3%، اما المتابعة الطبية التي لا تتجاوز 2مرات ترتفع عند المستوى الابتدائي والامي بنسبة 20% وتنخفض الى 8% عند الجامعيات، وهذا ما بين لنا دور ارتفاع المستوى التعليمي في درجة الوعي بمخاطر الحمل وزيادة الفحوصات الروتينية مع المرض المزمن لتجنب نتائج سلبية للحمل من اجهاض وولادات مينة.

وفي نفس الجدول نلاحظ العلاقة بين الدخل وعدد مرات الكشف الطبي حيث سجلت أعلى نسبة كشوفات طبية أثناء الحمل لذوي فئة الدخل التي تتراوح من 30000-40000 دج حيث يدعم الإتجاه العام للجدول بنسبة 61.5% وتنخفض عند فئة الدخل الأقل من 18000 دج الى نسبة 39.3%، وأما عدد الكشف الذي يتراوح من 1-2 مرات فسجلت أعلى نسبة لذوي الدخل المنخفض الأقل من 18 الف دج بنسبة 32.1% وتنخفض

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

تدرجيا بارتفاع الدخل لتصل الى 5.3% في فئة الدخل الأكثر من 40 الف دج ، فارتفاع دخل الزوجين من شأنه المساهمة في زيادة المستوى المعيشي للأسرة وبالتالي زيادة وعيها بإجراء فحوصات روتينية أثناء الحمل مع المرض المزمن خاصة اذا كانت هي تعمل وتحمل تكاليف العلاج فتتابع مرضها جيدا ومعرفة حالات الخطر باتخاذ إجراءات وقائية وعلاجية قبل تفاقم الوضع.

وعند حسابنا لمربع كاي تربيع لبيرسون بين الدخل وعدد مرات الكشف للحمل برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 16.682 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 15.51 عند درجة حرية 8 ونسبة 5%.

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ وجود علاقة طردية في ارتفاع مستويات الثقافة والاجتماعية والمتابعة الصحية للحمل، ونلاحظ ارتفاع عدد الفحوصات الطبية لأكثر من 5 مرات وهي التي تتصح بها منظمة الصحة العالمية كما تطرقنا اليها في الجانب النظري حيث ينصح ب 8 زيارات طبية والتي تنعكس إيجابا على صحتها.

وقد بلغت في دراستنا نسبة متابعة الحمل 100% لكل النساء وهذا مؤشر جيد لصحة الأمهات في الجزائر وبدل على استقرار الوضع في البلاد، كما أن تحقيق الامومة الآمنة يجب زيادة إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (19): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب عدد الفحوصات اثناء النفاس.

المجموع	أكثر من 5	4-3	2-1	لم تتابع	المتابعة اثناء النفاس		
					الخلفية	ك	%
40	3	10	23	4	تعمل	ك	
100	7,5	25	57,5	10			
90	3	24	50	13	لا تعمل	ك	المهنة
100	3,3	26,7	55,6	14,4			
15	-	6	6	3	أمي	ك	
100	-	40	40	20			
15	-	2	10	3	ابتدائي	ك	
100	-	13,3	66,7	20			
27	3	5	14	5	متوسط	ك	المستوى
100	11,1	18,5	51,9	18,5			
39	2	10	24	3	ثانوي	ك	التعليمي
100	5,1	25,6	61,5	7,7			
34	1	11	19	3	جامعي فأكثر	ك	
100	2,9	32,4	55,9	8,8			
28	-	8	12	8	اقل من 18000 دج	ك	
100	-	28,6	42,9	28,6			
23	2	3	17	1	18000 دج الى 30000 دج	ك	
100	8,7	13	73,9	4,3			
26	2	6	13	5	30000 دج - 40000 دج	ك	الدخل
100	7,7	23,1	50	19,2			
19	-	3	14	2	40000 دج - 50000 دج	ك	الشهري
100	-	15,8	73,7	10,5			
34	2	14	17	1	أكثر من 50000 دج	ك	
100	5,9	41,2	50	2,9			
130	6	34	73	17	المجموع	ك	
100	4,6	26,2	56,2	13			

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من نصف النساء قمن بالكشف الطبي بعد الولادة من (1-2) مرات بنسبة 56.2% مقابل 4.6% للواتي قمن بالكشف أكثر من 5 مرات، كما نجد نسبة 13.1% من النساء لم يتابعن أثناء فترة النفاس.

وعند ادخالنا الحالة المهنية للنساء في الجدول كمتغير مستقل يتضح أن أغلب النساء تلقين الرعاية الصحية بعد الولادة خاصة عند الكشف الطبي الذي يتراوح من 1 الى 2 مرات حيث نجد النسب متقاربة بين العاملات وغيرهن، كما يظهر أن العاملات أكثر اقبالاً من غيرهن بعدد الكشف الذي يتجاوز 4 مرات حيث سجلت نسبة 7.5% للعاملات و 3.3% لغير العاملات، كما يتضح أيضاً أن الماكثات بالبيت أكثر عزوفاً على المتابعة الصحية حيث سجلت عدم المتابعة بعد الولادة عند الماكثات بالبيت 14.4% أكثر من العاملات 10%.

كما يشير الجدول نفسه الى أن أغلب المبحوثات مهما اختلف المستوى التعليمي لهن فإنهن مواظبات للاتجاه العام، حيث صرحن بانهن قمن بالكشف الطبي في فترة النفاس من 1-2 مرات، كما نلاحظ ارتفاع نسب عدم المتابعة الطبية بعد الولادة عند الاميات ونوات المستوى الابتدائي بحوالي 20% وانخفاضها لدى المتعلقات بنسبة 7.7%، أما بعد الكشف الثالث نلاحظ ارتفاعها في المستوى الأمي 40% والجامعي 32.4% وقد تكون بغرض العلاج ومضاعفات الحمل (انظر الملحق 02-جدول 10)، ونسجل بعد الكشف الخامس ارتفاعه عند اللواتي لهن مستوى تعليمي متوسط بنسبة 11.1% والثانوي 5.1% وانعدامها عند مستويات الامية والابتدائي.

وعند إدخالنا متغير الدخل وجدنا أنه مها اختلفت مستويات الدخل فإن النساء يدعمن الاتجاه العام للجدول بكشوفات تتراوح من 1-2 مرات، حيث نسجل ارتفاعها في فئتي الدخل من 18-30 ألف دج ومن 30-40 ألف دج بنسبة فاقت 73% وانخفاضها في فئة الدخل الأقل من 18000 دج، كما نلاحظ ارتفاع النسب في عدم المتابعة الطبية خلال النفاس في فئة الدخل الأقل من 18000 دج بنسبة 28.6% وتتنخفض النسبة بارتفاع الدخل لتصل الى 2.9% للواتي لهن دخل أكثر من 50000 دج، وعلى العموم تزيد المتابعة الطبية بعد الحمل وخلال فترة النفاس بزيادة الدخل.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

من خلال نتائج الجدول أعلاه نستنتج أن هناك علاقة طردية بين المستويات الثقافية والاجتماعية وزيادة إقبال النساء على الفحوصات الطبية بعد الولادة أكثر من غيرهن، حيث ترتفع المتابعة بارتفاع هذه المستويات، كما وجدنا أن الأمراض المزمنة تؤثر على النفاس بمضاعفات صحية حيث تعرضن أغلب النساء إليها بعد الولادة ما يتطلب إجراء فحوصات بعد الولادة (انظر الملحق 02- الجدول 10) حيث صرحت حوالي 22% فقط من النساء انهن لم يتعرضن إلى مضاعفات في فترة النفاس والباقي تعرضن لها وكان فقر الدم هو الأعلى بنسبة 39%، عموماً مرحلة النفاس مرحلة صعبة وتكثر فيها وفيات النساء لذا يجب الرعاية الجيدة لهذه الفئات المصابة بالأمراض المزمنة سواء قبل أو بعد الولادة، وعليه يجب على النساء زيارة الطبيب والحصول على خدمات الصحة الإنجابية في فترة النفاس والتدخل الفوري خاصة في حالات النزيف والالتهابات وفقر الدم.

كما ان تعرض المولود لمشكل صحي اثناء النفاس قد يبقي المرأة لفترة في المستشفى لأجل الرعاية الصحية للطفل أو المتابعة خلال فترات من الزمن يجعلها تتابع أيضاً لحالتها الصحية، ونلاحظ أن النساء ذوات المستويات المرتفعة هن الأقل تعرضاً لمشاكل المولود بسبب رعاية حملهن الجيدة والتحكم في المرض المزمن بالمتابعة الطبية (انظر الملحق 02- الجدول 27).

كما نلاحظ ارتفاع عدد حالات الولادات في المستشفى أعلى من العيادات الخاصة وذلك راجع لغلاء هذه العيادات من جهة، وتخوفها من استقبال الحوامل المصابات بأمراض مزمنة من جهة أخرى.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (20): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة بمدى استعمال وسائل منع الحمل .

المجموع	لا	نعم	استعمال وسائل منع الحمل		
			خلفية المبحوثات		
40	4	36	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	10	90	%		
90	23	67	ك	لا تعمل	
100	25,60	74,40	%		
15	4	11	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	26,70	73,30	%		
15	4	11	ك	ابتدائي	
100	26,70	73,30	%		
27	7	20	ك	متوسط	
100	25,90	74,10	%		
39	9	30	ك	ثانوي	
100	23,10	76,90	%		
34	3	31	ك	جامعي فأكثر	
100	8,80	91,20	%		
28	6	22	ك	اقل من 18000دج	<u>الدخل الشهري</u>
100	21,40	78,60	%		
23	4	19	ك	18000دج الى 30000دج	
100	17,40	82,60	%		
26	5	21	ك	30000دج - 40000دج	
100	19,20	80,80	%		
19	7	12	ك	40000دج- 50000دج	
100	36,80	63,20	%		
34	5	29	ك	أكثر من 50000دج	
100	14,70	85,30	%		
130	27	103	ك	المجموع	
100	20,80	79,20	%		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الأغلبية الساحقة من المبحوثات صرحن بأنهن يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 79.20% مقابل 20.8% ممن لا يستعملنها.

ويشير الجدول الى العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل والحالة المهنية حيث ان العاملات يفوق استخدام وسائل منع الحمل عن غيرهن بنسبة 90% مقابل 74.4% لغير العاملات، ولمعرفة شدة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل الاقتران الذي وجدناه يساوي 0.51 وهو يعبر عن ارتباط متوسط بين المهنة واستعمال وسائل منع الحمل.

ويشير الجدول نفسه أيضا إلى العلاقة بين المستوى التعليمي واستخدام وسائل منع الحمل حيث ترتفع نسبة الاستعمال أكثر بارتفاع المستوى التعليمي لتصل إلى نسبة 91.2% للجامعيات مقابل 73.3% للمستوى الأمي والابتدائي، نلاحظ معظم النساء المبحوثات يستعملنها بنسب مرتفعة الا أن المستوى التعليمي المرتفع يساعد النساء على السلوك الصحي الجيد من خلال تبادل وتداول أفكار جديدة عن تنظيم الاسرة وعلى عملية الطرق الانجح بأقل الاضرار الصحية لوسائل منع الحمل، حيث النساء الأكثر تعليما يستخدمن جميع وسائل منع الحمل كالعازل الذكري وغيرها حسب ظروفهن الصحية، والملاحظ أن أغلبهن يستعملن حبوب منع الحمل بنسبة 75.7% (ملحق 2- جدول 8) وهي تعتبر الطريقة السهلة والأكثر فعالية وضمان لمنع الحمل، بالإضافة إلى توفرها وسهولة الحصول عليها كل حسب حالته الصحية.

كما نلاحظ أن مستويات الدخل للمبحوثات لا يوجد تباين كبير بينهما في استعمال وسائل منع الحمل فكل مستويات الدخل تستعملها بنسب متقاربة قدرت بحوالي 82%، الا أننا نسجل انخفاضها في فئة الدخل التي تتراوح ما بين 40000-50000 دج بنسبة 63.2%، أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة وانتشار البطالة تدفع المرأة الى استعمال وسائل منع الحمل لتباعد الولادات وتنظيم اسرتها أكثر مراعاة لظروفها.

وقد عبرت النساء المبحوثات عن الغرض من هذا الاستعمال حيث عند النساء اللواتي ينخفض لديهن المستويات الاجتماعية والثقافية كان لغرض التحديد وهذا راجع لأنهن انجبن العدد الكافي من الأطفال قبل المرض وأنهن اصبن بالمرض في سن متأخرة عكس اللواتي تزوجن في سن متأخرة ولم يحققن العدد المرغوب فيه.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

نستنتج من خلال هذا الجدول أن أغلب النساء تقبل على استعمال وسائل منع الحمل مهما كان مستواها الثقافي والاجتماعي أي كل الأجيال (القديمة والجديدة) يستعملن وسائل منع الحمل، إلا أن النساء ذوي المستوى الثقافي والاجتماعي المنخفض لا يعرفن إلا بوسائل الحبوب كمنع الحمل بنسبة 100%، على عكس ارتفاع هذه المستويات يعرف بطرق أخرى كوسيلة لمنع الحمل التي تنتشر بنسب مرتفعة كالحقن واللولب التي تكون مكلفة في بعض الأحيان.

نستنتج أن ارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي للمرأة يزيد من وعيها بأهمية استعمال وسائل منع الحمل للمحافظة على صحتها والمباعدة بين الولادات خاصة مع مرضها المزمن الذي يتطلب عناية فائقة ويكسبها معارف وطرق أخرى لمنع الحمل والحفاظ على صحتها الانجابية، كما يؤثر ارتفاع المستوى الثقافي على عدد الأطفال المنجبين، وهناك عوامل أخرى تدخل في التأثير على استعمال وسائل منع الحمل كتأثير الرغبة في المزيد من الانجاب أو المرض المزمن ومضاعفاته أو الخوف من الآثار الجانبية (أنظر الملحق رقم 02-جدول رقم 24) ولتوضيح ذلك أكثر يمكن الاطلاع على الجدول الموالي.

جدول رقم (21): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب الغرض من استعمال وسائل منع الحمل.

المجموع	التحديد وعدم الولادة نهائيا	المباعدة والتأجيل	الغرض من إ.و.ح		الخلفية
			ك	%	
36	5	31	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	13,9	86,1	%		
67	15	52	ك	لا تعمل	
100	22,4	77,6	%		
11	4	7	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	36,4	63,6	%		
11	4	7	ك	ابتدائي	
100	36,4	63,6	%		
20	5	15	ك	متوسط	
100	25,0	75	%		
30	4	26	ك	ثانوي	
100	13,3	86,7	%		
31	3	28	ك	جامعي فأكثر	
100	9,7	90,3	%		
22	5	17	ك	اقل من 18000 دج	<u>الدخل الشهري</u>
100	22,7	77,3	%		
19	4	15	ك	18000 دج الى 30000 دج	
100	21,1	78,9	%		
21	4	17	ك	30000 دج - 40000 دج	
100	19	81,0	%		
12	2	10	ك	40000 دج - 50000 دج	
100	16,7	83,3	%		
29	5	24	ك	أكثر من 50000 دج	
100	17,2	82,8	%		
103	20	83	ك	المجموع	
100	19,4	80,6	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن حوالي 80.6% من النساء يستعملن وسائل منع الحمل لغرض المباشرة والتأجيل، مقابل 19.4% بغرض التحديد وعدم الولادة نهائياً. وعند ادخالنا المتغير المستقل المتمثل في المهنة نجد العاملات يستعملن وسائل منع الحمل لآجل المباشرة بين الولادات أكثر من غيرهن بنسبة 86.1% مقابل 77.6% لغير العاملات وعند النساء الجامعيات 90.3% مقابل 63.6% عند المستوى الأمي والابتدائي بينما نلاحظ في متغير الدخل لا يؤثر كثيراً بين مستوياته وتبقى الفروقات قليلة بينهم. أن الحالة المهنية للزوجة وخروجها للعمل قلص من أوقاتها اتجاه أسرتها ومكوئها بالمنزل مما يفقدها القدرة على إنجاب عدد كبير من الأبناء وبالتالي يؤدي ذلك الى تنظيم ولاداتها باللجوء الى استعمال وسائل منع الحمل الفعالة والتي تلائم مرضها المزمن بغية تحقيق التوازن بين المهنة والاسرة.

كما نجد سبب الاستعمال لغرض التحديد وعدم الولادة نهائياً يرتفع بانخفاض المكانة الاجتماعية حيث نجد عند غير عاملات بنسبة 22.4% مقابل 13.9% للنساء العاملات، وعند المستوى التعليمي الأمي والابتدائي 36.4% مقابل 9.7% عند الجامعيات ويفسر هذا إن ذوي المستوى التعليمي المنخفض وغير العاملات قد أنجبن عدد أطفال أكبر قبل المرض وتزوجن في مرحلة عمرية صغيرة، لذلك يكون قد أرهقهن المرض وعدد الأطفال فيلجان الى التحديد وعدم الولادة نهائياً، أو هن في فئة عمرية في نهاية مرحلتهم الإنجابية وتجاوزن سن 45 سنة.

وارتفاع نسب المباشرة بين الولادات من شأنه مساعدة الأم في تحسين صحتها واسترجاع عافيتها بشكل جيد وتقادي المضاعفات الناتجة عن المرض المزمن، فالمستوى الثقافي الجيد من شأنه أن يؤثر في حجم الاسرة بعدة طرق كاستخدام الوسائل الفعالة للتقليل من الأطفال والمباشرة بينهما، وبالتالي يستطعن التحكم في خصوبتهن بالإضافة الى أنهن واعيات بدرجة خطورة الإنجاب مع المرض إلا في الحالات التي ذكرناها والتي تخص النساء اللواتي أصبن قبل الزواج أو في السنة الأولى من الزواج حيث يتجاهلن مخاطر الحمل مع المرض لانجاب الطفل الأول لإنجاح الزواج أو أن نوع المرض لا يشكل خطورة لهن ويتحكمن فيه بالمتابعة الطبية الجيدة، حيث ان النساء المصابات بالسكري والضغط

الدموي ومرض الربو هن اللواتي أنجبن أكثر من غيرهن(انظر الملحق 02- الجدول رقم 13).

كما أن النساء ذوات مستويات ثقافية واجتماعية مرتفعة يكون قد تزوجن في سن متأخرة مما يدفعها لاستعمال وسائل منع الحمل من أجل المباشرة بين الولادات، وبذلك يؤثر على سلوكها الانجابي بتحديد فترات بين الولادات لعلمهن بفوائده الصحية والأسرية للأطفال قصد الاهتمام بتعليمهم الجيد وتربيتهم.

جدول رقم (22): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين.

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	المدة الفاصلة بين ولادتين		الخلفية
					ك	تعمل	
33	6	11	11	5	ك	تعمل	<u>المهنة</u>
100	18,2	33,3	33,3	15,2	%		
76	12	23	30	11	ك	لا تعمل	
100	15,8	30,3	39,5	14,5	%		
13	1	6	5	1	ك	أمي	<u>المستوى التعليمي</u>
100	7,70	46,2	38,5	7,7	%		
14	1	4	8	1	ك	ابتدائي	
100	7,1	28,6	57,1	7,1	%		
22	3	9	6	4	ك	متوسط	
100	13,60	40,9	27,3	18,2	%		
34	7	6	13	8	ك	ثانوي	
100	20,60	17,6	38,2	23,5	%		
26	6	9	9	2	ك	جامعي فأكثر	
100	23,1	34,6	34,6	7,7	%		
25	1	7	13	4	ك	اقل من 18000	<u>الدخل الشهري</u>
100	4	28	52	16	%		
17	3	6	6	2	ك	من 18000 دج الى 30000 دج	
100	17,6	35,3	35,3	11,8	%		
23	4	9	7	3	ك	من 30000 دج الى 40000 دج	
100	17,4	39,1	30,4	13	%		
16	6	3	4	3	ك	من 40000 دج - 50000 دج	
100	37,5	18,8	25	18,8	%		
28	4	9	11	4	ك	أكثر من 50000	
100	14,30	32,10	39,30	14,30	%		
<sup>1</sup> 109	18	34	41	16	ك	المجموع	
100	16,5	31,2	37,6	14,7	%		

<sup>1</sup> تسجيل 21 سيدة يعتبر الحمل الأول لها.

من خلال الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه الى النساء اللواتي قدرت المدة المتوسطة بين ولادتين لديهن بحوالي عامين بنسبة 37.6% مقابل 14.7% عند النساء اللواتي باعدن بحوالي سنة واحدة.

كما نلاحظ أن غير العاملات وذوي المستوى الابتدائي والاقبل دخلا هن الأكثر تدعيما لهذا الاتجاه بنسبة قدرت على التوالي 39.5%، 57.1%، 52%، في حين نجد ان 31.2% من النساء باعدن بحوالي 3 سنوات و 4 سنوات كمدة متوسطة.

فيما يخص المدة المتوسطة التي تقدر ب 3 سنوات واكثر ترتفع لدي العاملات بنسبة 18.20% مقابل 15.8% لغير العاملات، وعند المستوى الجامعي 23.1% مقابل 7.1% للمستوى الابتدائي و للمستوى الدخل الذي يتراوح من 40000-50000 دج بنسبة 37.5% مقابل 4% لذوي الدخل الضيف الأقل من 18000 دج، ومنه نقول ان الفئة الأكثر وعيا بمباعدة الولادات هي في ارتفاع مستويات التعليم والمهنة والدخل.

نستنتج من خلال قراءتنا للجدول أن ارتفاع المستوى التعليمي وعمل المرأة للنساء بعد اصابتهم بأمراض مزمنة من شأنه أن يؤثر على سلوكها الانجابي وذلك بتأثيره على المدة المتوسطة بين مواليدها، فهي أكثر وعيا وادراكا للحمل ومضاعفاته الناتج عن تقارب الحمل الذي ينعكس على صحتها وصحة طفلها، بالإضافة الى الأعباء الأخرى كالتربية والرعاية الصحية والمسؤولية اتجاه أبنائها، إلا أننا وجدنا نسب معتبرة من النساء ذوات مستويات ثقافية واجتماعية مرتفعة لم تباعد بين ولاداتها بفترة كبيرة وانجبن بعد عام من انجاب الطفل الأول، وهذا لا يعني أنهن يجهلن مخاطر الحمل والولادة مع المرض بل يرجع الى أسباب أخرى كالتأخر في سن الزواج أو عدم إنجاب طفل قبل المرض أو عدم خطورة المرض والتحكم الجيد فيه، وهو ما أشرنا إليه سابقا بالإضافة إلى العوامل الصحية من الإجهادات ووفيات الأطفال بعد المرض لذلك يقمن بتكرار تجربة الحمل مباشرة بعد الإجهاد أو وفاة طفلها في الأشهر الأولى، كما أن النساء ذوات مستويات تعليمية مرتفعة هن الأكثر ميلا واستعداد لتباعد الولادات وذلك بترك مدة زمنية أكبر بين مواليدها وذلك للحفاظ على صحتها وتخفيف العبء المادي والمعنوي من كثرة الانجاب.

إن تعليم الأمهات وارتفاع مستواهن الثقافي يرفع من تفهم المرأة ولأهمية تباعد الولادات الذي يعود إيجابيا لها وثانيا لأطفالها وإنقاذ حياتهم وتجنب الكثير من التعقيدات

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

الصحية في هذه الفترة، وتعتبر المباشرة الأقل من سنة هي الأخطر وتتسبب في ارتفاع الوفيات بين المواليد الجدد.

وتعتبر فترة المباشرة بين الولادات ذات أهمية كبيرة على صحة الأم والطفل بإبعاد الأم على فترة خطر الحمل والولادة، كما يجب إرشادها وتوعيتها من خلال رفع مستواها الاقتصادي والاجتماعي الذي يمكنها من معرفة علامات الخطر المسبقة وبالتالي اتخاذ التدابير الوقائية قبل تفاقم المشاكل الصحية التي تتعرض لها، كما يجب استعمال وسائل منع الحمل المناسبة للتباعد ولاداتها حسب ظروف مرضها ودرجة خطورتها.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (23): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة حسب العدد المثالي المرغوب في انجابها.

المجموع	أكثر من 5 اطفال	5	4	3	2	العدد المثالي		الخلفية
						ك	%	
40	-	2	25	9	4	ك		المهنة
100	-	5,0	62,5	22,5	10	%	تعمل	
90	17	8	40	15	10	ك	لا تعمل	
100	18,9	8,9	44,4	16,7	11,1	%		
15	4	3	5	1	2	ك	أمي	المستوى التعليمي
100	26,7	20	33,3	6,7	13,3	%		
15	5	3	7	-	-	ك	ابتدائي	
100	33,3	20	46,7	-	-	%		
27	6	-	11	6	4	ك	متوسط	
100	22,2	-	40,7	22,2	14,8	%		
39	2	3	22	7	5	ك	ثانوي	
100	5,1	7,7	56,4	17,9	12,8	%		
34	-	1	20	10	3	ك	جامعي فأكثر	
100	-	2,9	58,8	29,4	8,8	%		
28	4	4	14	2	4	ك	اقل من 18000	الدخل الشهري
100	14,3	14,3	50	7,1	14,3	%		
23	5	1	11	3	3	ك	من 1800 دج الى 30000 دج	
100	21,7	4,3	47,8	13	13	%		
26	6	3	8	7	2	ك	من 3000 دج الى 40000 دج	
100	23,1	11,5	30,8	26,9	7,7	%		
19	-	1	13	3	2	ك	من 40000 دج- 50000 دج	
100	-	5,3	68,4	15,8	10,5	%		
34	2	1	19	9	3	ك	أكثر من 50000	
100	5,9	2,9	55,9	26,5	8,8	%		
130	17	10	65	24	14	ك	المجموع	
100	13,1	7,7	50	18,5	10,8	%		

من خلال الجدول نلاحظ أن نصف المبحوثات يرغبن في إنجاب 4 أطفال وهو اتجاه الجدول العام مقابل 7.7% من النساء يرغبن في 5 أطفال.

ونلاحظ حسب خلفيات المهنية للمبحوثات أن الأكثر رغبة وتدعيماً لهذا العدد هن العاملات بنسبة 62.5% مقابل 44.4% لغير العاملات، وعند ادخالنا لمتغير التعليم وجدنا أن المتعلمات ذوات المستوى الجامعي 58.8% مقابل 33.3% بدون مستوى، في حين نجد أن مستويات الدخل المنخفضة ترغب في انجاب عدد أطفال يتجاوز 5 أطفال بنسبة 23.1% لفئة الدخل الأقل من 40 ألف دج، مقابل 5.9% لفئة الدخل الأكثر من 50 ألف دج.

نستنتج من خلال قراءتنا للجدول أن أغلب النساء يرغبن في 3-4 أطفال وينخفض هذا العدد بارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي لديهن والعكس، فالمرأة العاملة التي لديها مستوى تعليمي مرتفع تلجا إلى تنظيم سلوكها الانجابي بتقليص عدد أطفالها واستعمال وسائل منع الحمل للحفاظ على صحتها.

ولتأكيد العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابع قمنا بحساب كاي تربيع لبيرسون بين الحالة المهنية وهو المتغير المستقل والعدد المثالي وهو المتغير التابع وجدنا قيمته 10.448 وهي قيمة كبيرة من الجدولية التي قدرت ب 9.49 عند درجة حرية 4 ونسبة 5% وهو دال احصائياً مما يوضح وجود العلاقة بين الحالة المهنية والعدد المثالي المرغوب فيه من الأطفال.

كما وجدنا علاقة بين المستوى التعليمي وعدد الأطفال المثالي وهذا بعد حسابنا لكاي تربيع لبيرسون بين المتغيرين حيث يقدر ب 34,754 وهي قيمة أكبر من الجدولية التي قدرت ب 9.49 عند درجة حرية 4 ونسبة 5%، مما يوضح أيضاً العلاقة بين المستوى التعليمي والعدد المثالي المرغوب فيه.

نستنتج ان النساء يفضلن النمط الاجتماعي الحديث بتقليل عدد الأطفال في الأسرة لديهن خاصة وأن تكاليف المعيشة أصبحت تتطلب نفقات عالية لتحسين وضع الأطفال في جميع المجالات الاجتماعية والصحية والتعليمية مما يضمن لهن معيشة مريحة وتحقيق كافة مطالبهم، لذلك فان رغبت النساء مهما اختلف مستواهن الثقافي والاجتماعي يفضلن أربعة أطفال (ولدين وبنيتين) وان التنوع في الجنسين يبقى من أهم الأمور المرغوبة لدى النساء خاصة في وجود على الأقل ذكر واحد للواتي لديها الاناث فقط والعكس صحيح، كما يبقى حدث انجاب ذكر في العائلة من الأمور التي تسعد العائلة خاصة في مناطق الدراسة.

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

جدول رقم (24): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة برغبتها في المزيد من الانجاب.

المجموع	لا يرغبان معا	الزوجان يرغبان معا	الزوجة فقط ترغب	الزوج فقط يرغب	الرغبة في المزيد من الانجاب خلفية المبحوثات		
					ك	تعمل	المهنة
40	10	19	4	7	ك	تعمل	
100	25	47,5	10	17,5	%		
90	37	33	4	16	ك	لا تعمل	
100	41,1	36,7	4,4	17,8	%		
15	6	5	-	4	ك	أمي	المستوى التعليمي
100	40,0	33,3	-	26,7	%		
15	9	2	1	3	ك	ابتدائي	
100	60,0	13,3	6,7	20	%		
27	11	10	1	5	ك	متوسط	
100	40,7	37	3,7	18,5	%		
39	14	17	3	5	ك	ثانوي	
100	35,9	43,6	7,7	12,8	%		
34	7	18	3	6	ك	جامعي فأكثر	
100	20,6	52,9	8,8	17,6	%		
28	8	8	1	11	ك	اقل من 18000	الدخل الشهري
100	28,6	28,6	3,6	39,3	%		
23	12	10	-	1	ك	من 1800 دج الى 30000 دج	
100	52,2	43,5	-	4,3	%		
26	12	10	1	3	ك	من 3000 دج الى 40000 دج	
100	46,2	38,5	3,8	11,5	%		
19	5	10	2	2	ك	من 40000 دج- 50000 دج	
100	26,3	52,6	10,5	10,5	%		
34	10	14	4	6	ك	أكثر من 50000	
100	29,4	41,2	11,8	17,6	%		
130	47	52	8	23	ك	المجموع	
100	36,2	40,0	6,2	17,7	%		

يبرز الجدول أعلاه أن حوالي 40% من النساء هن وازواجهن يرغبان في المزيد من الانجاب الى جانب ذلك نسبة 36.2% لعدم رغبة الزوجان معا في المزيد من الانجاب مقابل 6.2% لرغبة الزوجة وحدها فقط في الانجاب.

يظهر أن النساء العاملات يتفقن مع ازواجهن أكثر بتدعيم هذا الاتجاه ورغبتهم في المزيد من الانجاب بنسبة 47.5% مقابل 36.7% لغير العاملات، ونجد أن غير العاملات يفضلن عدم المزيد من الانجاب بعد المرض هن وازواجهن بنسبة 41.1%، وهذا يدل على أن زيادة الدخل بعمل الزوجة تزيد من الرغبة في الانجاب خاصة إذا لم يصلنا الى الحجم الأمثل في نظرهن قبل المرض.

يشير الجدول أيضا الى العلاقة بين المستوى التعليمي والرغبة في المزيد من الانجاب حيث ترتفع الرغبة في الانجاب بارتفاع المستوى التعليمي والعكس صحيح، حيث سجلنا رغبة الأزواج في المزيد من الاطفال بنسبة 52.9% للنساء الجامعيات مقابل 33.3% للنساء ذو المستوى الامي، وعدم الرغبة في المزيد من الأطفال للمستوى الابتدائي بنسبة 60% مقابل 20.6% للجامعيات ويرجع السبب في ذلك الى تأخر سن الزواج للجامعيات وعدم انجاب أطفال قبل المرض، عكس النساء الاميات اللواتي يتفقن مع ازواجهن في عدم الانجاب حيث حققن العدد المرغوب فيه وتعرضن للحمل اكثر من 4 مرات قبل المرض، أما الرغبة الانفرادية للزوج أو الزوجة تعود إلى عدم تحقيق جنس معين من الأطفال، كما نجد رغبة الزوجة لوحدها ضعيفة جدا ويعود ذلك الى تدهور الحالة الصحية من جراء الحمل والولادة وعدم تجربة الحمل لوحدها إلا إذا أثر عليها الزوج وشاركها وشجعها بقرارات الانجاب.

أما متغير الدخل فيبرز أيضا تأثيره على الرغبة في المزيد من الانجاب حيث ترتفع رغبة الزوجان في المزيد من الانجاب بارتفاع الدخل والعكس صحيح، حيث سجلت نسبة 52.6% لرغبة الزوجان في فئة الدخل من 40-50 ألف دج مقابل 28.6% لفئة الدخل الأقل من 18 ألف دج، وعدم الرغبة سجلت أعلى نسبة في مستوى الدخل المنخفض المقدرة من 18-30 ألف دج بنسبة 52.2% وأدنى نسبة في فئة الدخل المرتفعة 40-50 ألف دج مقدرة ب 26.3%، فارتفاع مستويات الدخل دلالة على عمل الزوجين معا ومساهمتهم في رفع المستوى المعيشي للأسرة الذي يساهم في رفع الوعي الصحي وزيادة عدد الكشوف

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

الطبية ومتابعة الحمل جيدا مما يؤثر في توجيهه السلوك الانجابي بالرغبة في المزيد من الانجاب أو عدمه، كما قد تدخل عوامل أخرى تؤثر الى جانب الدخل في توجيهه هذا السلوك كإنجاب نوع معين من الأطفال.

جدول رقم (25): العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة وحالتها المهنية ودخل الاسرة بالسن عند الانجاب بعد المرض.

المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	السن عند الانجاب بعد المرض		
								الخلفية		
40	-	4	3	9	17	6	1	ك	تعمل	المهنة
100	-	10,0	7,5	22,5	42,5	15,0	2,5	%		
90	1	18	20	15	21	15	-	ك	لا تعمل	
100	1,1	20,0	22,2	16,7	23,3	16,7	-	%		
15	-	9	2	-	2	2	-	ك	أمي	المستوى التعليمي
100	-	60,0	13,3	-	13,3	13,3	-	%		
15	1	6	3	3	1	1	-	ك	ابتدائي	
100	6,7	40,0	20,0	20,0	6,7	6,7	-	%		
27	-	3	6	4	9	5	-	ك	متوسط	
100	-	11,1	22,2	14,8	33,3	18,5	-	%		
39	-	4	7	11	10	6	1	ك	ثانوي	
100	-	10,3	17,9	28,2	25,6	15,4	2,6	%		
34	-	-	5	6	16	7	-	ك	جامعي فأكثر	
100	-	-	14,7	17,6	47,1	20,6	-	%		
28	-	8	4	5	6	5	-	ك	اقل من 18000	الدخل الشهري
100	-	28,6	14,3	17,9	21,4	17,9	-	%		
23	1	2	6	6	4	4	-	ك	من 1800 دج الى 30000 دج	
100	4,3	8,7	26,1	26,1	17,4	17,4	-	%		
26	-	2	7	5	9	3	-	ك	من 3000 دج الى 40000 دج	
100	-	7,7	26,9	19,2	34,6	11,5	-	%		
19	-	5	-	4	8	1	1	ك	من 40000 دج- 50000 دج	
100	-	26,3	-	21,1	42,1	5,3	5,3	%		
34	-	5	6	4	11	8	-	ك	أكثر من 50000	
100	-	14,7	17,6	11,8	32,4	23,5	-	%		
130	1	22	23	24	38	21	1	ك	المجموع	
100	0,8	16,9	17,7	18,5	29,2	16,2	0,8	%		

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

من خلال القراءة الإحصائية للجدول يتضح إن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو سن السيدات التي أنجبن بعد المرض في الفئة العمرية 25-29 بنسبة 29.2% مقابل 0.8% للفئة العمرية أقل من 19 سنة وأكثر 45 سنة وتبقى الفئات العمرية الباقية بنفس النسبة حيث تقدر بحوالي 17%.

بالنسبة لتأثير متغير الحالة المهنية نجد أن النساء العاملات هن الأكثر تدعيماً للاتجاه العام بحيث قدرت نسبتهم 42.5% مقابل 23.3% لغير العاملات وهو سن الخصوبة المثالي وهو السن الذي يتراوح من سن 20-34 سنة حيث نجد أن حوالي 80% من العاملات أنجبن في هذه السن بعد المرض وهذا لوعيهم بمرضهن وخطورة الحمل مع المرض في سن متأخرة، ونجد غير العاملات انتهن سلوك انجابي غير صحي حيث أنجبن بعد مرضهن في سن متأخرة من 35-45 سنة بنسب قدرت بحوالي 42% مما يعرضهن حياتهن لخطر الولادة ومضاعفاتها إلى جانب المرض المزمن.

وحسب متغير المستوى التعليمي فإن الجدول يشير إلى أن حوالي نصف النساء الجامعيات بنسبة 47.1% أنجبن بعد المرض في هذا السن (25-29) الذي يعتبر سن خصوبة عالية وقد لا يشكل خطر عليهن مقابل 6.7% للمستوى الابتدائي و 13.3% بدون مستوى، وتتناقص هذه النسبة للجامعيات بارتفاع سنهن حيث لم ينجبن بعد العمر 39 سنة، عكس المستويات الأدنى من التعليم حيث ترتفع في الفئة العمرية من 40-44 سنة إلى حد 60% للنساء بدون مستوى و 40% للمستوى الابتدائي.

ونلاحظ أيضاً النساء الذين يتجاوز دخلهن أكثر من 30000 دج هن الأكثر تدعيماً لهذا الاتجاه العام حيث أنجبن في الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة أكثر من 30%. نستنتج من الجدول أعلاه ان ارتفاع المستوى الثقافي يزيد من وعي النساء بضرورة الاهتمام بصحتهن الإنجابية والتوقيت المناسب للحمل والتحكم الجيد في مرضها حيث نجد أن الحمل في سن متأخرة مع المرض او بدونه خطر على صحة الام ومولودها.

### استنتاج الفرضية الأولى:

نستنتج من خلال تحليل معطيات الدراسة الميدانية المتعلقة بهذه الفرضية التي مفادها إن "ارتفاع المكانة الاجتماعية للزوجة المصابة بالأمراض المزمنة يؤثر ايجابا على سلوكها الإيجابي" توصلنا الى ما يلي:

سجلنا أن النساء العاملات اللواتي أنجبن بعد المرض 3 أطفال بنسبة 10% مقابل 14.4% للماكثات بالبيت، في حين اللواتي لديهن مستويات تعليمية مرتفعة كالثانوي والجامعي اكتفين بطفلين فقط بعد المرض بنسبة 28.2% و 29.4% على التوالي، كما أن ذوات الدخل المنخفض الأقل من 18 الف دج هن الأكثر انجابا بعد المرض بنسبة 32.1% مقابل 5.3% للمستوى من 40-50 الف دج.

كل النساء المبحوثات تابعن حملهن حيث وصل الى 5 مرات وأكثر وعند البعض وصل الى 12 مرة ونلاحظ ارتفاع عدد مرات الكشف التي تفوق 5 مرات للواتي يعملن بنسبة 55%، وفي المستوى التعليمي تقريبا متقاربة حيث سجلنا ارتفاعها في المستوى الثانوي حيث قاربت 56% مقابل 33.3% للمستوى الابتدائي لأكثر من 5 مرات، أما مستويات الدخل فهي أيضا سجلت نسب متقاربة وارتفاع طفيف عند المستويات المرتفعة. أما الفحص الطبي أثناء فترة النفاس فإن النسب متقاربة قليلا بين العاملات والماكثات بالبيت حيث نلاحظ ارتفاع طفيف عند العاملات قدر ب 2 نقطة، ونلاحظ الفرق في المستويات التعليمية المرتفعة حيث تعدت 5 مرات بنسبة 11.1% في حين المستوى الأمي والابتدائي اكتفين فقط ب 2 مرات وترتفع لديهن عدم المتابعة الطبية اثناء النفاس بنسبة 20% أكثر من غيرهن الثانوي والجامعي حيث قدرت لديهن ب 7.7% و 8.8% على التوالي.

بينت النتائج أيضا أن وفيات الأطفال ترتفع عند الماكثات بالبيت وعند المستويات التعليمية المنخفضة خاصة الابتدائي وذوات الدخل المنخفض حيث وصلت إلى أربع وفيات في حين لم تتعدى حالتين لدى العاملات والمستويات التعليمية والاجتماعية المرتفعة.

أما عن الإجهاض فقد تعرضت له أغلب النساء بعد إصابتهم بالمرض المزمن لكن ترتفع قليلا عند الماكثات بالبيت وعند ذوات المستوى الابتدائي الى 3 مرات بنسبة 13.3% مقابل 2.6% للمستوى الثانوي، كذلك يرتفع الإجهاض عند مستويات الدخل الضعيف إلى 4

## الفصل الثاني تحليل الفرضية الأولى

مرات بنسبة 8.7% ولا تتعدى مرة واحدة لدى الفئة التي يتراوح دخلها من 40-50 ألف دج بنسبة 36.8% .

أما عن استعمال وسائل منع الحمل فإن جميع النساء يستعملن وسائل منع الحمل مهما اختلف مستواه الثقافي والاجتماعي لكن ارتفاع المستويات الثقافية والاجتماعية يؤثر أكثر على عملية وطرق الممارسة، تختلف على حسب عدة متغيرات منها التقدم في العمر، الإصابة بالمرض وصعوبة الاستعمال، زيادة عدد الأطفال الاحياء، جنس المولود،... حيث تصل عند العاملات الى 90%، وعند المستوى الجامعي بنسبة 91.2% مقابل 73.3% للمستوى الامي والابتدائي بنفس النسبة وتتقارب في مستويات الدخل.

حيث سجلنا ارتفاع متوسط المدة الفاصلة الى 3 سنوات لدى العاملات بنسبة 33.3% و 4 سنوات ب 18.2% مقابل 30.3% و 15.8% لغير العاملات، كما ترتفع لأربع سنوات لدى الجامعيات وفئة الدخل التي تتراوح من (40-50) الف دج بنسب على التوالي 23.1% و 37.5% مقابل للمستوى التعليمي الامي وفئة الدخل الأقل من 18 الف دج 7.7% و 4% على التوالي.

كما نستنتج أن النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع لديهن معرفة ووعي أكثر بخصوص حياتهم الإنجابية وفي اتخاذ قرارات الحمل، كما أن رغبة المرأة لوحدها في الإنجاب لا تعني بالضرورة أنها ستقبل على تكرار الحمل وإنما تبقى أمنية فقط تريد تحقيقها. ومن كل ما سبق نستنتج أنه كلما ارتفعت المكانة الاجتماعية للمرأة المصابة بأمراض مزمنة اثرت إيجابا على سلوكها الإنجابي، وبالتالي نقول أن الفرضية الأولى تحققت.

---

# الفصل الثالث

---

## تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى اختبار بعض العوامل الديموغرافية وتأثيرها على السلوك الانجابي للنساء المصابات بأمراض مزمنة وذلك لتحليل الفرضية التي مفادها:

كلما ارتفعت مدة الزواج وعدد الاطفال قبل الإصابة وانخفض السن عند الانجاب بعد المرض كلما انتهجت المرأة سلوكا انجابيا صحيا

وندرس في هذه الفرضية جملة من المؤشرات للمتغير التابع تمثلت في:

- ✓ عدد الحمل بعد المرض.
- ✓ عدد الزيارات قبل الحمل وبعد الولادة.
- ✓ عدد مرات الاجهاض.
- ✓ وفيات الأطفال بعد المرض.
- ✓ متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين.
- ✓ استعمال وسائل منع الحمل والغرض منها.
- ✓ الرغبة في المزيد من الانجاب.

ومؤشرات المتغير المستقل هي:

- ✓ مدة الحياة الزوجية قبل المرض.
- ✓ عدد الأطفال قبل الإصابة.
- ✓ سن الانجاب بعد المرض.

جدول رقم (26): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد الحمل بعد المرض.

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض / مدة الحياة الزوجية	
					ك	%
14	2	3	4	5	ك	أصبحت قبل الزواج
100	14,3	21,4	28,6	35,7	%	
50	-	4	12	34	ك	4-1
100	-	8	24,0	68	%	
24	2	5	6	11	ك	9-5
100	8,3	20,8	25,0	45,8	%	
16	-	5	3	8	ك	14-10
100	-	31,3	18,8	50	%	
11	-	-	1	10	ك	19-15
100	-	-	9,1	90,9	%	
15	-	-	1	14	ك	أكثر من 20 سنة
100	-	-	6,7	93,3	%	
130	4	17	27	82	ك	المجموع
100	3,1	13,1	20,8	63,1	%	

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو إنجاب طفل واحد بعد المرض بنسبة 63.1% مقابل نسبة 3.1% للنساء الذين أنجبوا أكثر من 3 أطفال.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مدة الحياة الزوجية قبل المرض كمتغير مستقل، نجد أن اللواتي تتجاوز مدة حياتهن الزوجية 20 سنة هن الأكثر تديماً لهذا الاتجاه حيث أنجبوا طفل واحد بنسبة 93.3% وتتنخفض النسبة بانخفاض مدة الحياة الزوجية قبل المرض لتصل إلى نسبة 35.7% للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج، فكلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض كلما قلت عدد الحمل بعد المرض، حيث سجلنا في مدة الحياة الزوجية قبل المرض التي فاقت 15 سنة انهن لم ينجبن أطفال أكثر من 2 أطفال نهائياً، كما نلاحظ أن مدة الحياة الزوجية القصيرة للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج انجبوا أكثر من 3 أطفال

بعد المرض بنسبة 14.3%، مع مدة الحياة الزوجية من 5-9 سنوات بنسبة 8.3%، تعرضت هذه الفئة أكثر من غيرهن لتجربة الحمل والولادة.

ولتأكيد شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.43 وهو ارتباط متوسط، ونلاحظ وجود علاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض وعدد الحمل بعد المرض والدليل على ذلك عند حساب معامل كاي تربيع لبيرسون ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث بلغت قيمته 14.442 وهي قيمة أكبر من كاي تربيع الجدولية التي قدرت ب 9.49 عند درجة حرية 4 ونسبة 5%.

نلاحظ أنه كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض كلما انخفض تكرار الحمل والانجاب بعد المرض، وهذا يرجع الى وجود العدد الكافي من الأبناء قبل الإصابة، مما يجعلهن ينقطعن عن الانجاب، أما بالنسبة للنساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج ومدتي الزواج التي تتراوح من 5-9 سنوات ومن 10-14 سنة كررن الحمل أكثر من ثلاث مرات، وهذا يعود الى أسباب منها التعرض للإجهاد ووفيات الأطفال بعد المرض، أو عدم الوصول إلى العدد المرغوب فيه مكن الأبناء، ولتوضيح ذلك أكثر والتحقق يمكن الإطلاع على الجدولين الآتيين.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (27): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل الإصابة بمدى التعرض للإجهادات

المجموع	3	2	1	0	عدد الاجهاضات	
					مدة الحياة الزوجية	
14	2	-	5	7	ك	أصيبت قبل الزواج
100	14,3	-	35,7	50	%	
50	-	3	13	34	ك	4-1
100	-	6,0	26	68	%	
24	2	1	7	14	ك	9-5
100	8,3	4,2	29,2	58,3	%	
16	-	2	5	9	ك	14-10
100	-	12,5	31,3	56,3	%	
11	-	1	2	8	ك	19-15
100	-	9,1	18,2	72,7	%	
15	--	1	2	12	ك	أكثر من 20 سنة
100	-	6,7	13,3	80,0	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ان حوالي 64.6% من النساء لم يجهضن أبدا بعد مرضهن وما نسبته 26.2% أجهضن مرة واحدة مقابل 6.2% أجهضن مرتين و 3.1% أجهضن أكثر من ثلاث مرات.

ولمعرفة تأثير مدة الزواج قبل المرض على عدد الاجهاضات ادخلناه كمتغير مستقل فأتضح أن النساء اللواتي لهن مدة زواج كبيرة أكثر من 20 سنة قبل المرض لم يجهضن أبدا بنسبة 80% وتتناقص هذه النسبة بتناقص مدة الزواج تدريجيا إلى غاية النساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج أجهضن بنسبة 50% وهذا يدل على أن المرض له تأثير على الإجهاض، كما نلاحظ أن نسب الإجهاض لمرة واحدة ترتفع عند النساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج بنسبة 35.7% وفي فئتي مدة الزواج التي تتراوح من 5-9 سنوات و 14-10 سنة بنسب على التوالي 31.3% و 29.2% وتتنخفض كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض لتصل الى حد أدنى 13.3% لمدة الزواج أكثر من 20 سنة.

وبالنسبة للإجهاض الثاني والثالث ينحصر الإجهاض الثالث في المدة الزوجية قبل المرض التي تتراوح من 5-9 سنوات بنسبة 8.3% وعند اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج بنسبة 14.3% وهذا نتيجة تكرار الحمل مع المرض وعدم انجاب أطفال قبل المرض ما يزيد من إصرار النساء على الحمل لتعويض الاجهاضات والولادات الميئة بحمل جديد وتحقيق العدد المرغوب فيه قبل نهاية حياتها الانجابية أو قبل تفاقم المرض وتطوره، وللتأكد أكثر من طبيعة العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض وعدد الإجهاضات بعد المرض قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.34 حيث يدل على ارتباط منخفض بين المتغيرين.

نستنتج أن ارتفاع مدة الحياة الزوجية قبل المرض يساهم في تقليص عدد الإجهاضات والحفاض على صحة الام والجنين وبالتالي اتباع سلوك صحي سليم للأم.

جدول رقم (28): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض وعدد وفيات الاطفال بعد المرض

المجموع	4	3	2	1	0	عدد الوفيات بعد المرض	
						مدة الحياة الزوجية قبل المرض	
14	1	-	-	3	10	ك	الإصابة بالمرض قبل الزواج
100	7,1	-	-	21,4	71,4	%	
50	-	-	-	10	40	ك	4-1
100	-	-	-	20	80	%	
24	-	1	1	5	17	ك	9-5
100	-	4,20	4,20	20,80	70,80	%	
16	-	1	1	5	9	ك	14-10
100	-	6,3	6,3	31,3	56,3	%	
11	-	-	-	2	9	ك	19-15
100	-	-	-	18,2	81,8	%	
15	-	--	-	-	15	ك	أكثر من 20 سنة
100	-	-	-	-	100	%	
130	1	2	2	25	100	ك	المجموع
100	0,80	1,50	1,50	19,20	76,90	%	

يعرض الجدول أعلاه العلاقة بين مدة الزواج قبل المرض ووفيات الأطفال بعد المرض حيث لم تسجل الوفيات بعد المرض بنسبة 76.9% وهو اتجاه الجدول العام، وتم تسجيل وفاة واحدة بنسبة 19.2% مقابل 0.8% لأربع وفيات.

بعد ادخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في مدة الحياة الزوجية قبل المرض نجد أن مدة الحياة الزوجية الأكثر من 20 سنة تدعم الاتجاه العام للجدول بنسبة 100% أي عدم حدوث أي وفاة لهذه الفئة، ثم تنخفض في الفئات الأخرى الى 56.3% في فئة من 10-14 سنة.

وبالنسبة لحدوث وفاة واحدة ارتفعت النسب قليلا بعد المرض خاصة في الفئة 10-14 سنة حيث كانت قبل المرض 18.8% وارتفعت الى 31.3% وللصفات الأقل من 10 سنوات تراوحت تقريبا ب 20% لوفاة واحدة بعد المرض بعدما كانت في حدود 10% قبل المرض (انظر الملحق 02- جدول رقم 20).

وبالنسبة لحدوث 04 وفيات فهي تخص النساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج بنسبة 7.1% حيث تكرر الحمل مع المرض ومحاولة الانجاب مع ضعف جسم المرأة بسبب طول مدة المرض المزمن تتجب أطفالا غير أصحاء ومعرضين أكثر لخطر الموت.

نلاحظ تأثير المرض على وفيات الأطفال حيث ارتفعت بعد إصابة النساء بالمرض المزمن، اذ سجلت اكثر عند المتزوجات بعد المرض، وفي مدتي الزواج التي تتراوح من 5-14 سنة، ونلاحظ من هذا أن هذه الفئات أكثر عرضة لوفيات الأطفال والإجهادات (انظر الجدولين السابقين رقم 27 و 28) فعند إنجاب طفل ميت أو حدوث إجهاض تكون المرأة أكثر عرضة لتكرار ذلك أكثر من غيرها وهذا راجع الى تعقيدات الحمل والمرض المزمن مثل الضغط الدموي وأمراض القلب والسكري، وهذا طبيعي حيث أن الأمراض المزمنة لها تأثير على ظروف الحمل والولادة التي تتفاقم المشاكل الصحية للام مما يفقدها مولودها بولادة ميتة أو ولادة مبكرة أو إنهاء الحمل بسبب تشوه الجنين (الملحق 02- جدول رقم 21).

كما أن مضاعفات المرض المزمن مثل الضغط الدموي يسبب اختناق للمولود مما يؤدي الى وفاته، كذلك فقر الدم هو أيضا سبب لحدوث وفيات الأطفال حيث تمثل 40% من مضاعفات الحمل والولادة (انظر الملحق 02- جدول رقم 22)، ونسجل أعلى نسبة في وفيات الأطفال اللواتي لديهن الضغط الدموي (ملحق 02-جدول 5) وللتأكد من شدة العلاقة

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

بين مدة الزواج قبل المرض ووفيات الأطفال بعد المرض قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.39 بين المتغيرين وهو ارتباط موجب ضعيف.

نستنتج أنه كلما ارتفعت مدة الحياة الزوجية قبل المرض كلما انخفضت وفيات الأطفال بعد المرض خاصة عند المدة أكثر من 15 سنة.

جدول رقم (29): العلاقة بين مدة الزواج قبل المرض بمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين

المجموع	أكثر من 3 سنوات	3	2	1	متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين مدة الحياة الزوجية قبل المرض	
					ك	أصيبت قبل الزواج
10	2	2	5	1	ك	4-1
100	20	20	50	10	%	
37	5	10	14	8	ك	9-5
100	13,5	27	37,8	21,6	%	
21	2	7	8	4	ك	14-10
100	9,5	33,3	38,1	19	%	
15	3	6	4	2	ك	19-15
100	20	40	26,7	13,3	%	
11	4	4	3	-	ك	أكثر من 20 سنة
100	36,4	36,4	27,3	-	%	
15	2	5	7	1	ك	المجموع
100	13,3	33,3	46,7	6,7	%	
1109	18	34	41	16	ك	
100	16,5	31,2	37,6	14,7	%	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن حوالي 37.6% من النساء باعدن فيه الولادات بمدة متوسطة قدرت بعامين (02 سنة) وهو الاتجاه العام ثم تليها نسبة 31.2% تراوحت متوسط المدة الفاصلة بين الولادات بثلاث سنوات والتي تعتبر مدة مثالية، كما نجد نسبة 16.5% باعدن بين الولادات بأكثر من ثلاث سنوات قد تصل الى ست سنوات او أكثر وتليها نسبة 14.7% في المدة الزمنية الاقل من 1 سنة.

ولمعرفة تأثير مدة الحياة الزوجية قبل المرض على متوسط المدة الفاصلة بين الولادات ادخلناه كمتغير مستقل فلاحظنا أن متوسط المدة الفاصلة بين الولادات لسنة واحدة سجلنا أعلى نسبة للواتي تتراوح مدة الزواج قبل المرض من 1-4 سنوات وتتناقص النسبة تدريجياً بارتفاع مدة الزواج قبل المرض.

ولمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين 2 سنوات سجلنا أعلى نسبة للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج 50% ثم تليها لمدة الزواج لأكثر من 20 سنة قبل المرض بحوالي 46.7%.

أما متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين لثلاث سنوات أو أكثر فقد سجلت للنساء اللواتي لهن مدة زواج قبل المرض من 10-15 سنة 40% ومن 15-19 سنة بنسبة 36.4%.

نستنتج من خلال الجدول أن اغلب متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين فاقت سنتين بنسبة 85%، وأكثر من 3 سنوات حوالي تقريبا النصف بنسبة 47.7% وهي مدة جيدة لصحة الأم والطفل وترتفع هذه النسب بارتفاع مدة الزواج قبل المرض، أما الفترة الزمنية بين المواليد الأقل من سنة فهي نسبة ضعيفة وسجلت أعلى نسبة فيها الفترة القصيرة للزواج قبل المرض.

ومنه توجد علاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين حيث بعد حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.29، مما يدل على ارتباط ضعيف بين المتغيرين، كما تدخل عوامل أخرى في التأثير على متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين ومنها عدد الأطفال قبل الإصابة وتأخر سن الزواج إلى غير ذلك.

إن تباعد الولادات للأم المصابة بالمرض المزمن يعود بالفائدة على صحتها وصحة جنينها، فقصر فترة الحمل مع المرض المزمن يكون الجسم منهك ولم يستعد للحمل مرة أخرى ما يزيد الوضع سوء وارتفاع احتمال وفاة الأم أو وفاة مولودها حيث الأمراض المزمنة من العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال والامهات، لذلك تعتبر المدة الزمنية التي تتراوح من 2 إلى ثلاث سنوات هي الأحسن لحمل جديد ومولود معافى.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (30): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض مع الرغبة في المزيد من الإنجاب بعد المرض.

المجموع	لا يرغبان معا	الزوجان يرغبان معا	الزوجة فقط ترغب	الزوج فقط يرغب	الرغبة في المزيد من الانجاب مدة الحياة الزوجية قبل المرض	
					ك	أصيبت قبل الزواج
14	3	9	-	2	ك	أصيبت قبل الزواج
100	21,4	64,3	-	14,3	%	
50	7	31	3	9	ك	4-1
100	14	62	6	18	%	
24	10	7	2	5	ك	9-5
100	41,7	29,2	8,3	20,8	%	
16	7	3	3	3	ك	14-10
100	43,8	18,8	18,8	18,8	%	
11	8	1	-	2	ك	19-15
100	72,7	9,1	-	18,2	%	
15	12	1	--	2	ك	أكثر من 20 سنة
100	80	6,7	-	13,3	%	
130	47	52	8	23	ك	المجموع
100	36,2	40	6,2	17,7	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو رغبة السيدات هن وأزواجهن في المزيد من إنجاب الأطفال بنسبة 40%، تليها نسبة 36.2% من النساء هن وأزواجهن لا يرغبن في المزيد من الانجاب و 17.7% لرغبة الزوج وحده وفي المقابل نجد نسبة 6.2% لرغبة الزوجة لوحدها في الانجاب.

وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في مدة الحياة الزوجية قبل المرض نلاحظ نسبة حوالي 64% لرغبة الزوجين معا في الإنجاب للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج وهذا طبيعي لأنها في بداية حياتها الإنجابية ولم تحقق ولو العدد البسيط من الأطفال بالإضافة إلى تعرضهم إلى الإجهاضات والولادات الميتة، ونسبة 62% للذين تتراوح مدة الزواج أقل من 4 سنوات وتتناقص النسبة تدريجيا بارتفاع مدة الزواج قبل المرض لتصل الى 6.7%

عند النساء اللواتي تتراوح مدة زواجهن قبل المرض لأكثر من 20 سنة، وهذه الفئة قد أنجبت قبل المرض العدد المرغوب فيه بالإضافة الى كونهن في الفئة العمرية اكثر من 40 سنة أي في نهاية حياتهن الانجابية، كما نلاحظ أيضا من خلال الجدول أن نسبة 80% من النساء اللواتي تتجاوز مدة زواجهن قبل المرض 20 سنة لا يرغبن في إنجاب طفل آخر و 72.7% للمدة ما بين 15-19 سنة وتتناقص النسبة تدريجيا بتناقص مدة الزواج قبل المرض وهذا لتحقيق العدد المرغوب فيه، كما انهن انجبن عدد أطفال كبير قبل المرض، فارتفاع مدة الزواج قبل الإصابة من شأنه زيادة في الخصوبة ولتأكيد شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.5 وهو ارتباط متوسط بين المتغيرين .

ومنه نقول بوجود علاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض والرغبة في المزيد من الانجاب وهذا ما تأكد لنا بعد حسابنا كاي تربيع لبيرسون بين المتغيرين، اذ ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية حيث قدرت قيمته 44.724 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب 25 عند درجة حرية 15 ونسبة 5%.

نستنتج أنه كلما ارتفعت مدة الزواج قبل الإصابة بالمرض انتهجت الزوجة سلوك إنجابي صحي بتقليص عدد الأطفال وعدم الرغبة في الانجاب والعكس صحيح، فعند ارتفاع مدة الزواج قبل الإصابة تكون الزوجة قد أنجبت أطفالا في صحة جيدة قبل مرضها ولا تكون لديها رغبة في الانجاب مع المرض لتفادي المخاطر الصحية التي قد تتعرض لها باقتران الحمل في سن متأخرة مع المرض المزمن الذي يشكل خطورة ويؤدي الى وفيات الامهات، فالرغبة في الانجاب بعد المرض تعد مؤشرا هاما لقياس الأمومة الآمنة حيث يؤدي الحمل مع عدم الرغبة إلى مخاطر صحية للأم، لذلك نجد ارتفاع في استعمال وسيلة منع الحمل في سن متأخرة للنساء لتفادي الحمل غير المرغوب فيها وتجنب آثارها مع الأمراض المزمنة، كما أن ارتفاع المستوى الثقافي من شأنه المساهمة بالإكتفاء بعدد قليل من الأطفال مراعاة لصحتهم.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (31): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد مرات الكشف الطبي أثناء الحمل.

المجموع	أكثر من 5	4-3	2-1	عدد الفحوصات اثناء الحمل	
				مدة الحياة الزوجية قبل المرض	الإصابة بالمرض قبل الزواج
14	6	6	2	ك	4-1
100	42,9	42,9	14,3	%	
50	24	18	8	ك	9-5
100	48	36	16	%	
24	10	13	1	ك	14-10
100	41,7	54,2	4,2	%	
16	11	3	2	ك	19-15
100	68,8	18,8	12,5	%	
11	5	4	2	ك	أكثر من 20 سنة
100	45,5	36,4	18,2	%	
15	8	6	1	ك	المجموع
100	53,3	40	6,7	%	
130	64	50	16	ك	
100	49,2	38,5	12,3	%	

نلاحظ أن إتجاه الجدول العام يتجه نحو النساء اللواتي يقمن بالكشف أثناء الحمل لأكثر من 5 مرات بنسبة 49.2% مقابل 12.3% ممن يقومون بالكشف من 2-1 مرة. وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في مدة الحياة الزوجية قبل المرض يتضح أن هناك مواظبة على الاتجاه العام، بحيث أن النساء اللواتي لهن مدة حياة زوجية من 14-10 سنة قبل المرض بنسبة 68.8% ، ثم تليها مدة الحياة الزوجية الأكثر من 20 سنة بنسبة 53.3% وتتنخفض في مدة الزواج التي تتراوح من 9-5 بنسبة 41.7% والنساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج بنسبة 42.9%.

كما أن عدد الكشف الذي يتراوح من 4-3 مرات يرتفع عند اللواتي لهن مدة زواج قبل المرض من 9-5 سنوات وينخفض في المستويات الأخرى.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

نستنتج من الجدول أن حوالي نصف المبحوثات قمن بالكشف أكثر من 5 مرات وتصل إلى حد 12 مرة عند بعض النساء، فالمرض المزمن مع الحمل يتطلب زيارات أكثر فمنها الوقائية ومنها العلاجية لان زيارات الحمل لا تتوقف فقط على طول مدة الحياة الزوجية وإنما ترتبط بالمضاعفات والمشاكل الصحية التي تعاني منها المرأة الحامل مما تدفعها الى زيارة الطبيب بصفة متكررة، إلا أنه على العموم فإن حوالي نصف النساء تجاوز عدد الكشف الطبي أثناء الحمل 5 مرات وهذا مؤشر جيد على صحة المرأة وجنينها كما توصي أيضا منظمة الصحة العالمية بعدد أكثر للاستشارة الطبية اثناء الحمل لتصل الى 8 زيارات.

جدول رقم(32): العلاقة بين مدة الحياة الزوجية قبل المرض بعدد مرات الكشف أثناء فترة النفاس

المجموع	من 5 فأكثر	4-3	2-1	لا تتابع	الكشف اثناء النفاس	
					مدة الزواج قبل المرض	الإصابة بالمرض قبل الزواج
14	-	1	11	2	ك	4-1
100	-	7,1	78,6	14,3	%	
50	4	14	26	6	ك	9-5
100	8	28	52	12	%	
24	-	5	15	4	ك	14-10
100	-	20,8	62,5	16,7	%	
11	-	3	5	3	ك	19-15
100	-	27,3	45,5	27,3	%	
15	1	5	7	2	ك	أكثر من 20 سنة
100	6,7	33,3	46,7	13,3	%	
130	6	34	73	17	ك	المجموع
100	4,6	26,2	56,2	13,1	%	

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من نصف النساء قمن بالكشف الطبي بعد الولادة من (1-2) مرات بنسبة 56.2% تليها نسبة 13.1% من النساء لم يتابعن أثناء فترة النفاس مقابل 4.6% للواتي قمن بالكشف أكثر من 5 مرات، كما نجد.

وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في مدة الحياة الزوجية قبل المرض نلاحظ أن النساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج هن الأكثر تدعيماً لهذا الاتجاه بنسبة 78.6%، ثم تليها النساء اللواتي لديهن مدة زواج قبل المرض 5-9 سنوات بنسبة 62.5% وتتناقص حسب ارتفاع مدة الزواج قبل المرض.

وبالنسبة للكشف الذي يتراوح من 3-4 مرات يرتفع عند اللواتي لديهن مدة زواج مرتفعة قبل المرض حيث سجلت نسبة 37.5% عند اللواتي لديهن مدة زواج من 10-14 سنة مقابل 7.1% للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج.

تعتبر الرعاية الصحية في فترة النفاس مهمة ولها أهمية كبيرة ولهذا توصي منظمة الصحة العالمية بزيارتين على الأقل في هذه المرحلة، أين تكثر وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، وتكون الكشوفات مرتفعة في حالة وجود مضاعفات.

ومن خلال الجدول نلاحظ ارتفاع عدد مرات الكشف في فترة النفاس لدى السيدات اللواتي لديهن مدة حياة زوجية قبل المرض طويلة بسبب الحمل في سن متأخر الى جانب المرض. كما نلاحظ نسب معتبرة من المبحوثات لم يذهبن للكشف بعد النفاس وهذا لعدم وجود أعراض ومضاعفات بعد الولادة أو لعدم الخبرة السابقة وهذا يشكل خطراً على حياتهن، كذلك نوع المرض يدخل في التأثير على المتابعة الطبية بعد الولادة.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (33): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى التعرض للحمل بعد الإصابة

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض	
					عدد الأطفال قبل المرض	
48	2	10	13	23	ك	ليس لديها اطفال
100	4,2	20,8	27,1	47,9	%	
43	1	4	10	28	ك	2-1
100	2,3	9,3	23,3	65,1	%	
26	1	3	4	18	ك	4-3
100	3,8	11,5	15,4	69,2	%	
13	-	-	-	13	ك	أكثر من 4
100	-	-	-	100	%	
130	4	17	27	82	ك	المجموع
100	3,1	13,1	20,8	63,1	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام يتجه نحو السيدات اللواتي أنجبين بعد المرض حمل واحد بنسبة 63.1% مقابل 3.1% للواتي أنجبين أكثر من 3 أطفال. وعند إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في عدد الأطفال الأحياء قبل الإصابة بالمرض المزمّن وجدنا أن السيدات التي لديهن عدد أطفال قبل المرض أكثر من 4 أطفال أنجبين طفل واحد فقط بعد المرض وهي نسبة تمثل 100% في حين نجد النساء اللواتي لهم عدد أطفال أقل من 2 قبل الإصابة تعرضن للحمل أكثر من مرة وتصل إلى 3 و 4 مرات، ومنهن النساء اللواتي ليس لديهن أطفال قبل المرض تعرضن للحمل أكثر من 3 مرات بنسبة 20.8% وأكثر من 4 مرات بنسبة 4.2%.

نلاحظ أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين عدد الأطفال قبل المرض وعدد الحمل بعد المرض حيث قدر معامل التوافق 0.24 ومنه نستنتج أن ارتفاع عدد الأطفال قبل الإصابة له دور في توجيه السلوك الانجابي بعد المرض والتأثير على إنجاب الزوجة لتجنب مضاعفات للحمل والولادة بينما اللواتي لم يكن لديها أطفال قبل المرض ولهن عدد قليل فقد

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

تعرضن للحمل أكثر وهذا راجع إلى تعرضهن للإجهاض ووفيات الأجنة، مما يجعلها يكررن الحمل للحصول على عدد الأبناء المرغوب ولو على حساب صحتهن.

وما يلفت الانتباه أن النساء اللواتي لديهن عدد أطفال كبير أكثر من 4 أطفال قبل الإصابة وخاطرن بحياتهن وأنجن بعد المرض قد يكون ذلك بدون تخطيط مسبق وغير مقصود أو عدم تحقيق نوع المفضل من كلا الجنسين ولكنه خطر على حياتهن.

جدول رقم (34): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى التعرض للإجهاض بعد المرض

المجموع	3	2	1	0	عدد الاجهاضات	
					عدد الأطفال قبل المرض	
48	3	3	13	29	ك	0
100	6,3	6,3	27,1	60,4	%	
43	-	3	11	29	ك	2-1
100	-	7,0	25,6	67,4	%	
26	1	2	5	18	ك	4-3
100	3,8	7,7	19,2	69,2	%	
13	-	-	5	8	ك	أكثر من 4
100	-	-	38,5	61,5	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن حوالي 64.6% من النساء لم يجهضن أبدا بعد المرض وحوالي 26.2% أجهضن مرة واحدة مقابل 3.1% أجهضن أكثر من 3 مرات. وعن علاقة عدد الأطفال قبل المرض وعدد الاجهاضات بعد المرض يتضح أن النساء اللواتي لديهن عدد أطفال من 3-4 أطفال هن الأكثر تدعيما للاتجاه العام بنسبة 69.2% ثم تتناقص مع انخفاض الخصوبة الى 60.4% عند النساء اللواتي ليس لديهن أطفال قبل المرض، كما أن النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال سجلت نسبة 61.5% نفس الاتجاه وقد يرجع هذا إلى أن الانجاب في سن متأخر مع المرض المزمن يسبب الإجهاض.

وبالنسبة لإجهاض واحد سجلت أعلى نسبة عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال ولم يحدث لهن إجهاض آخر متكرر، ثم تليها النساء اللواتي ليس لديهن أطفال قبل المرض بنسبة 27.1% وتتناقص في باقي الفئات الأخرى، كما تعددت الإجهاضات لدى النساء اللواتي لديهن من 3-4 أطفال والتي ليس لديهن أطفال قبل المرض الى أكثر من 2 إجهاضات.

كما أن الاجهاضات المتعددة تفوق 2 مرات سجلت أعلى نسبة للواتي ليس لديها أطفال قبل المرض بنسبة 6.3%.

وبعد حسابنا لمعامل التوافق وجدنا أن هناك علاقة طردية ضعيفة بين عدد الأطفال قبل الإصابة وعدد الإجهاضات التي تعرضت لها المبحوثات حيث وجدناها تساوي 0.2. ومنه نستنتج أن تكرارا الحمل مع المرض المزمّن من شأنه الزيادة في حدوث عدد الاجهاضات للنساء، كما أن النساء اللواتي لم يحققن العدد المرغوب فيه من الأطفال كرر الحمل من جديد ما يعرضهن للحمول العالية الخطورة التي غالب ما تنتهي بإجهاض أو ولادات ميتة، لهذا نجد أن النساء اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال هن أقل عرضة للإجهاضات وخاصة إذا حققن العدد المرغوب فيه من الأطفال فإنهن تتوقف عن الانجاب أو تباعدن بفترة زمنية كافية مما يسمح لها بتكرار الحمل في أمان وتفاذي مضاعفات الإجهاض والمشاكل الصحية.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (35): العلاقة بين عدد الأطفال الأحياء قبل الإصابة بعدد وفيات الأطفال بعد الإصابة بالمرض.

المجموع	4	3	2	1	0	عدد المتوفين بعد المرض عدد الأطفال قبل الإصابة	
						ك	
48	1	1	-	10	36	ك	0
100	2,1	2,1	-	20,8	75	%	
43	-	1	1	12	29	ك	2-1
100	-	2,30	2,3	27,9	67,4	%	
26	-	-	1	3	22	ك	4-3
100	-	-	3,80	11,5	84,6	%	
13	-	-	-	-	13	ك	أكثر من 4
100	-	-	-	-	100	%	
130	1	2	2	25	100	ك	المجموع
100	0,8	1,5	1,5	19,2	76,9	%	

يبين الجدول أعلاه العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ووفيات الأطفال بعد إصابة المبحوثات بالمرض المزمن حيث تم تسجيل 30 وفاة للأطفال بعد المرض وهو يمثل حوالي 24% من الولادات، وهذا ما يوضحه الجدول حيث سجلنا أعلى نسبة بعدم حدوث أي وفاة بنسبة 76.9%، ووفاة طفل واحد بنسبة 19.2% مقابل 0.8% بوفاة 04 أطفال. وعند ادخالنا متغير عدد الأطفال قبل المرض لمعرفة مدى تأثيره على الاتجاه العام لاحظنا أن النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال قبل المرض هن الأكثر تدعيماً لاتجاه الجدول حيث نجد عدم حدوث أي وفاة بنسبة 100% أي لم تتعرض هذه الفئة من النساء إلى أي وفاة، أما باقي النساء فقد تعرضن لوفيات الأطفال تراوحت من 1 طفل إلى 4 أطفال وترتفع عند اللواتي ليس لديها أطفال قبل المرض حيث وصلت الوفيات إلى 4 وفيات بنسبة 2.1% وهي نسبة مرتفعة جداً خاصة مع المرض المزمن، كما أن عدم إنجاب أطفال قبل مرضهن يعرض حياتهن للخطر أكثر بتكرار الحمل في فترات متقاربة و لتعويض هذه

الوفيات بعد مرضها، وسجلت 3 وفيات للنساء اللواتي لديهن من 1-2 طفل قبل المرض بنسبة 2.3%.

وبعد حسابنا لمعامل التوافق بين عدد الأطفال قبل المرض وعدد الوفيات بعد المرض لاحظنا وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين حيث وجدناه يساوي 0.28.

نستنتج أن عدد الولادات قبل المرض والمرض المزمّن أثر بزيادة وفيات الأطفال حيث وجدنا أن عدد الوفيات يرتفع عند اللواتي لم يكن لهن أطفال قبل الإصابة أو لهن عدد قليل، وهذا الحمل من أجل الامومة أو تحقيق العدد المرغوب فيه من الأبناء وهذا على عكس الوفيات التي كانت تحدث قبل المرض، وتم ملاحظة الوفيات قبل المرض لم تتعدى 20 وفاة بنسبة 15.4% (انظر الملحق 01-جدول رقم 20) حيث قبل المرض كانت الوفيات نتيجة تكرار الحمل والولادات المتقاربة بالإضافة إلى انخفاض مستويات الثقافية والاجتماعية، وترتفع وفيات الأطفال قبل المرض لدى النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال بنسبة 23.1% لوفاة واحدة وتتناقص تدريجياً لتصل إلى 4.2% للنساء اللواتي ليس لديها أطفال، وهذا ما أكدته أغلب الدراسات أن تكرار الحمل وزيادة حجم الأسرة يزيد من تعرض الأطفال لوفيات خاصة بانخفاض مستويات الثقافية والاجتماعية، أما في دراستنا فيختلف الأمر حيث تزيد وفيات الأطفال بعد إصابة الأم بأمراض مزمنة حيث أن اقتران المرض مع الحمل يمثل عبأً صحياً ثقيلاً جداً ويؤثر على صحة الجنين وتطوره، فالنساء اللواتي لديهن عدد أطفال كبير قبل المرض هن الأكثر حرصاً بعد مرضهن بانتهاج سلوك انجابي صحي من شأنه التقليل من عدد وفيات الأطفال باكتساب خبرة ومعارف لصحتها الإنجابية من شأنها المحافظة عليها وعلى أولادها.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (36): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بعدد مرات الفحوصات للحمل بعد المرض.

المجموع	5 فأكثر	4-3	2-1	عدد الفحوصات اثناء الحمل	
				عدد الأطفال قبل المرض	
48	25	15	8	ك	ليس لديها اطفال
100	52,1	31,3	16,7	%	
43	15	21	7	ك	2-1
100	34,9	48,8	16,3	%	
26	15	10	1	ك	4-3
100	57,7	38,5	3,8	%	
13	9	4	-	ك	أكثر من 4
100	69,2	30,8	-	%	
130	64	50	16	ك	المجموع
100	49,2	38,5	12,3	%	

نلاحظ من خلال الجدول ان أغلبية المبحوثات بحوالي النصف 49.2% قمن بهذا الكشف 5 مرات على الأقل مقابل 12.3% من النساء قمن بالكشف أثناء الحمل من (1-2) مرات.

ونلاحظ من خلال هذا الجدول أن عدد الكشوفات الطبية يزيد مع زيادة عدد الأطفال المنجبين وخاصة الأكثر من 5 زيارات حيث أن المرض الزمن مع الحمل يتطلب زيارات أكثر من النساء الحوامل بدون مرض، فوجدنا نسبة 34.9% من النساء اللواتي لديهن من 2-1 أطفال قبل المرض يزرن الطبيب لأكثر من 5 زيارات وترتفع النسبة إلى 57.7% عند النساء اللواتي لديهن من 4-3 أطفال وترتفع الى 69.2% عند النساء التي لديهن أكثر من 4 أطفال قبل المرض، أما عدد مرات الكشف الذي يتراوح ما بين 4-3 فنلاحظ أن النسب متفاوتة قليلا بين كل النساء وهذا ما يدل على وجود علاقة بين عدد الأطفال قبل المرض وعدد الكشف أثناء الحمل حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0.26.

نستنتج من هذا الجدول أن المرض المزمن وارتفاع الخصوبة تزيد من الحاجة إلى الفحوصات الطبية أثناء الحمل عكس النساء غير المصابات بأمراض مزمنة والتي مفادها انخفاض عدد الزيارات الطبية أثناء الحمل مع ارتفاع الخصوبة حيث تكرر الحمل والولادة يكسب المرأة تجربة تجعلها تستغني عن الكشف الطبي أثناء الحمل، وبصفة عامة نقول أن

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

عدد الكشوف الطبية أثناء الحمل والمرض المزمّن يزيد مع ارتفاع الخصوبة للمرأة وتزيد الرعاية الصحية أكثر بزيادة عدد الأطفال قبل المرض.

جدول رقم (37): العلاقة بين عدد الأطفال قبل المرض بعدد الزيارات للطبيب بعد الولادة

المجموع	أكثر من 4	4-3	2-1	لم تتابع	عدد الفحوصات بعد الولادة	
					ك	عدد الأطفال قبل المرض
48	4	12	26	6	ك	ليس لديها اطفال
100	8,3	25,0	54,2	12,5	%	
43	-	11	25	7	ك	2-1
100	-	25,6	58,1	16,3	%	
26	1	4	18	3	ك	4-3
100	3,8	15,4	69,2	11,5	%	
13	1	7	4	1	ك	أكثر من 4
100	7,7	53,8	30,8	7,7	%	
130	6	34	73	17	ك	المجموع
100	4,6	26,2	56,2	13,1	%	

يتضح من خلال الجدول أن أكثر من نصف النساء المبحوثات 56.2% قمن بالكشف في فترة النفاس بحوالي من 2-1 مرات وسجلت نسبة 13.1% من النساء لم يقمن بالكشف والمتابعة بعد الحمل في فترة النفاس، مقابل 4.6% قمن بالكشف أكثر من 4 مرات.

فيما يخص عدم المتابعة في فترة النفاس نلاحظ أن أعلى نسبة سجلت عند النساء اللواتي لديهن عدد أطفال من (2-1) طفل بنسبة 16.3% وتتنخفض النسبة بارتفاع عدد الأطفال إلى حد 7.7% عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال.

فيما يخص عدد مرات الكشف والمتابعة من 2-1 مرات سجلت أعلى نسبة 69.2% عند النساء اللواتي لديهن أطفال من 4-3 أطفال مقابل 30.8% عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال.

فيما يخص مرات الكشف الأكثر من 3 مرات سجلت اعلى نسبة 53.8% عند اللواتي لديهن عدد أطفال أكثر من 4 وتتنخفض بانخفاض الخصوبة قبل المرض.

نستنتج أن أغلب النساء قمن بالكشف والمتابعة أثناء فترة النفاس وترتفع قليلا بارتفاع الخصوبة قبل المرض، وقد ترتفع عدد مرات الكشف الطبي عند وجود أعراض بعد النفاس مثل فقر الدم والنزيف أو حصول عدوى (انظر الملحق رقم 02 - الجدول رقم 10) لذلك قد تكون الزيارات بغرض العلاج.

ومنه توجد علاقة بين عدد الأطفال قبل المرض وعدد الكشف أثناء النفاس حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0.28 مما يدل على وجود علاقة ضعيفة بين المتغيرين.

كما أن الإنجاب قبل المرض وفي سن صغيرة من أهم السبل وأكثرها فعالية في تحسين صحة الأم والطفل والتقليل من المشاكل والمضاعفات التي قد تحدث لهما، ونلاحظ حاليا في المجتمع الجزائري الحرص على الفحوصات الطبية الوقائية خاصة الأجيال الجديدة رغم الظروف المادية الصعبة وارتفاع معدلات البطالة وارتفاع تكاليف العلاج في العيادات الخاصة إلا أنهم يهتمون بصحتهم.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (38): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين بعد

### المرض

المجموع	أكثر من 3 سنوات	3	2	1	متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين عدد الأطفال قبل الإصابة	
					ك	0
28	3	6	14	5	ك	0
100	10,7	21,4	50	17,9	%	
42	10	9	16	7	ك	2-1
100	23,8	21,4	38,1	16,7	%	
26	5	10	7	4	ك	4-3
100	19,2	38,5	26,9	15,4	%	
13	-	9	4	-	ك	أكثر من 4
100	-	69,2	30,8	-	%	
<sup>1</sup> 109	18	34	41	16	ك	المجموع
100	16,5	31,2	37,6	14,7	%	

يظهر الجدول أعلاه العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بالمرض المزمن ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين حيث نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو متوسط المدة الزمنية الفاصلة لسنتين (2 سنة) حيث قدرت ب 37.6% مقابل 14.7% للنساء اللواتي باعدن بأقل من 1سنة.

تمثل 50% من النساء اللواتي ليس لديهن أولاد قبل إصابتهم بالمرض المزمن من إتجاه العام للجدول و 38.1% من النساء اللواتي لديها أقل من طفلين.

وبالنسبة للمدة الزمنية ثلاث سنوات سجلت 31.2% من مجموع النساء، حيث ترتفع هذه النسبة عند النساء التي لديها أطفال أكثر من 4 أطفال قدرت ب 69.2% وللنساء اللواتي لديها عدد الأطفال من 3-4 أطفال سجلت 38.5% ونفس النسبة 21.4% للفئات الأخرى الأقل من طفلين في الأسرة.

نلاحظ في متوسط المدة الزمنية الفاصلة بين الأولاد 1 سنة سجلت 17.9% في حالة عدم وجود أطفال قبل المرض و 16.7% في حالة وجود أطفال من 2-1 طفل

<sup>1</sup> 21 امرأة يعتبر الحمل الأول لها.

وتتخفص قليلا في وجود 3-4 أطفال قبل المرض وتتعدم في وجود أطفال أكثر من 4 أطفال.

وفي المدة الزمنية 3 سنوات وأكثر سجلت نسبة 23.8% في حالة وجود أطفال ما بين 1-2 طفل وانخفضت في اقل من ذلك الى 10.7% في حالة عدم وجود أي أطفال.

ولتأكيد شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.36 وهو ارتباط موجب ضعيف حيث تدخل عوامل أخرى إلى جانب عدد الأطفال قبل المرض في تحديد متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين ومنها تعويض الوفيات والرغبة في المزيد من الانجاب للنساء اللواتي أصبن بالمرض قبل الزواج.

وبحسابنا كاي تربيع ليبرسون بين عدد الأطفال قبل المرض ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث قدرت قيمته 17.116 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب 16.92 عند درجة حرية 9 ونسبة 5%.

نستنتج أن كلما كان عدد الأطفال كبير قبل المرض كلما أثر في متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين بعد المرض التي تعتبر مكون أساسي للصحة الإنجابية وسلامته، بالإضافة إلى الحفاظ على صحة الأم والطفل والأسرة ومنع حدوث مخاطر الولادات المتكررة من خلال المباشرة بين الولادات وخفض حالات الإجهاض الناتجة عن الحمل غير المرغوب فيها والمرتبطة بحدوث خطر على صحة الأم، فكلما زاد عدد الأطفال قبل الإصابة زادت متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (39): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة ومدى استعمال وسائل منع الحمل والغرض من استعمالها.

المجموع	الغرض من استعمالها		عدد الأطفال قبل المرض		المجموع	استعمال الحالي وسائل منع الحمل		استعمال الحالي لوسائل منع الحمل عدد الأطفال قبل المرض	
	التحديد وعدم الولادة نهائيا	المباعدة والتأجيل				لا	نعم		
37	2	35	ك	ليس لديها	48	11	37	ك	ليس لديها اطفال
100	5,40	94,6	%	اطفال	100	22,9	77,1	%	
34	7	27	ك	2-1	43	9	34	ك	2-1
100	20,6	79,4	%		100	20,9	79,1	%	
20	7	13	ك	4-3	26	6	20	ك	4-3
100	35	65	%		100	23,1	76,9	%	
12	4	8	ك	أكثر من 4	13	1	12	ك	أكثر من 4
100	33,3	66,7	%		100	7,7	92,3	%	
<sup>1</sup> 103	20	83	ك	المجموع	130	27	103	ك	المجموع
100	19,4	80,6	%		100	20,80	79,2	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الأغلبية الساحقة من المبحوثات بنسبة 79.2% يستعملن وسائل منع الحمل، كما يبين هذا الجدول أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل تتزايد مع تزايد عدد الأطفال المنجبين الأحياء فنجد في الفئة التي ليس لديها أطفال قبل المرض تستعمل بنسبة 77.1% لتنتقل الى فئة 2-1 أطفال الى 79.1% لتتخفف قليلا الى 76.9% في الفئة (4-3) أطفال ثم ترتفع الى 92.3% في فئة التي لديها أكثر من 4 أطفال.

ونلاحظ أيضا من خلال الجدول أعلاه أن أغلب النساء يستعملن وسائل منع الحمل لغرض المباعدة والتأجيل بنسبة 80.6% خاصة لأول مرة وفي الأحمال الأولى، الأمر الذي من شأنه أن يساعد الأم في استعادة صحتها وعافيتها قبل الحمل الموالي حيث تقارب الحمل وتعددها خاصة مع الأمراض المزمنة يهدد صحتها وصحة طفلها، ولكن مع ارتفاع

<sup>1</sup> 27 مبحوثة لم تستعمل وسائل منع الحمل.

عدد الأطفال المنجبين الأحياء يكون الغرض من استعمال وسائل منع الحمل هو التحديد وعدم الولادة نهائياً، حيث تكون في الفئة التي ليس لديها أطفال من 5.4% الى 20.6% في فئة من 1-2 أطفال والى أكثر من 30% في الفئات الموالية.

وبحسابنا كاي تربيع لبيرسون بين عدد الأطفال قبل المرض والغرض من استعمال وسائل منع الحمل ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث قدرت قيمته 9.261 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب 7.81 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%. نستنتج من خلال هذا الجدول أن استعمال وسائل منع الحمل ترتفع مع ارتفاع عدد الأطفال المنجبين الأحياء ومع ظروف المرض حيث أن هناك من لا يستعملن وسائل منع الحمل بسبب المرض المزمن ومضاعفاته بحيث مثلت 20% من النساء اللواتي لا يستعملن وسائل منع الحمل، كما ان نسبة 23.1% من النساء لديها من 3-4 أطفال ولا تستعمل وسائل منع الحمل و حوالي 50% من النساء يردن المزيد من الانجاب لعدم تحقيق العدد المرغوب في انجابه (أنظر الملحق 01- جدول رقم 24) ويكون الغرض في بداية الحياة الإنجابية هو المباشرة والتأجيل لكن فيما بعد يكون الغرض هو التحديد وعدم الولادة نهائياً خاصة بعد المرض المزمن ومضاعفاته او بعد إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال.

يتبين لنا أن هناك عوامل أخرى إضافية تؤثر في استعمال وسائل منع الحمل من عدمه كالخوف من الآثار الجانبية والحالة الصحية بالإضافة الرغبة في المزيد من الانجاب لصغيرات السن أو العادات التقاليد، وللتأكد أكثر من شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق والذي قدر ب 0.1 والذي يمثل ارتباط ضعيف جداً، وهذا يفسر أن عدد الأطفال قبل الإصابة له دور غير كافي في استعمال وسائل منع الحمل عندما لا يكون هناك تحقيق العدد و النوع المرغوب فيه أو غياب جنس معين، ويختلف العدد الأمثل من أسرة إلى أخرى ومن منطقة إلى أخرى وحسب المستوى الثقافي والاجتماعي للزوجين والعادات والتقاليد.

جدول رقم (40): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة بالرغبة في إنجاب طفل اخر.

المجموع	لا يرغبان معا	الزوجان يرغبان معا	الزوجة فقط ترغب	الزوج فقط يرغب	الرغبة في المزيد من الانجاب عدد الأطفال قبل المرض	
					ك	ليس لديها اطفال
48	8	29	4	7	ك	ليس لديها اطفال
100	16,7	60,4	8,3	14,6	%	
43	9	20	2	12	ك	2-1
100	20,9	46,5	4,7	27,9	%	
26	21	2	2	1	ك	4-3
100	80,8	7,7	7,7	3,8	%	
13	9	1	-	3	ك	أكثر من 4
100	69,2	7,7	-	23,1	%	
130	47	52	8	23	ك	المجموع
100	36,2	40	6,2	17,7	%	

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام نحو النساء اللواتي يرغبن هن وازواجهن في إنجاب طفل اخر بنسبة 40% مقابل نسبة بسيطة 6.2% من النساء اللواتي يرغبن هن فقط في إنجاب طفل اخر.

ونلاحظ عند إدخال المتغير المستقل المتمثل في عدد الأطفال قبل المرض انه كلما ارتفع عدد الأطفال قبل المرض كلما انخفضت رغبة الزوجين معا في المزيد من الانجاب والعكس صحيح، حيث سجلت أعلى نسبة للنساء اللواتي يرغبن هن وازواجهن في الإنجاب للنساء اللواتي ليس لديها أطفال قبل المرض قدرت بنحو 60.4% وتليها 46.5% للواتي لديها أطفال ما بين 2-1 أطفال قبل المرض لتتخفف الى نسبة 7.7% للواتي لديها أطفال أكثر من 2 طفل، كما سجلت نسبة 69.2% لعدم رغبة الزوجين معا في الإنجاب للواتي لديها أطفال أكثر من 4 قبل المرض وتتنخفض النسبة مع انخفاض عدد الأطفال قبل المرض لتصل إلى 16.7% للواتي ليس لديها أطفال قبل المرض .

وبحسابنا كاي تربيع لبيرسون بين عدد الأطفال قبل المرض والرغبة في الإنجاب بعد المرض ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية حيث قدرت قيمته 48.939 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب 16.92 عند درجة حرية 9 ونسبة 5%.

نستنتج أنه كلما زاد عدد الأولاد قبل المرض وتحقيق العدد المرغوب فيه تقل الرغبة في المزيد من الإنجاب بعد المرض وشعور المرأة بخطر الحمل والولادة، كما لاحظنا بعد الطفل الثاني تكون الرغبة ضعيفة في المزيد من الإنجاب فيكون الزوجان قد حققا العدد المثالي لهم والعكس صحيح.

كما يتضح لنا أنه كلما زاد عدد الأطفال قبل الإصابة زادت عدم الرغبة في الإنجاب بعد المرض، أي أن هناك دور لعدد الأطفال قبل الإصابة في توجيه السلوك الإنجابي للمبحوثات، إلا أنه غير كافي لإرضاء الزوجين معا فتدخل عامل الحجم الأمثل والنوع والجنس كذلك في توجيه هذا السلوك، فالنساء اللواتي لديهن أكثر من 4 قبل المرض لدى أزواجهن الرغبة في المزيد بنسبة 23%، وهذا دليل على أن الزوج مهتم بالتنوع مقارنة بزوجته التي لم تسجل أي رغبة لديها.

كما أن الزوجة التي لديها من 3-4 أطفال قبل المرض ترتفع الرغبة في عدم الإنجاب ب 80% وانخفاض الرغبة للزوجين معا أو لأحدهما وهذا لارتفاع مستويات الثقافية والاجتماعية لديهم حيث سجلنا نسبة 29.23% من الأزواج لديهم مستوى جامعي، أو تعاطف الزوج مع زوجته بحالتها الصحية مع مرضها أو تحقيق النوع والجنس المرغوب فيهم.

إن الرغبة في الإنجاب مرة أخرى مع المرض المزمّن يعتبر مؤشرا قويا في تحكم الزوجة في سلوكها الإنجابي خاصة مع الإتفاق مع زوجها في هذا القرار الذي ينعكس إيجابا على صحتها الإنجابية ويسهل تطبيقه بدون مشاكل بينهما.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (41): العلاقة بين عدد الاطفال قبل الإصابة بالعدد المثالي من الأطفال في نظر المبحوثات

المجموع	العدد المثالي					عدد الأطفال قبل المرض	
	أكثر من 5	5	4	3	2	ك	ليس لديها اطفال
48	5	3	20	11	9	ك	ليس لديها اطفال
100	10,4	6,3	41,7	22,9	18,8	%	
43	-	1	26	11	5	ك	2-1
100	-	2,3	60,5	25,6	11,6	%	
26	4	4	17	1	-	ك	4-3
100	15,4	15,4	65,4	3,8	-	%	
13	8	2	2	1	-	ك	أكثر من 4
100	61,5	15,4	15,4	7,7	-	%	
130	17	10	65	24	14	ك	المجموع
100	13,1	7,7	50	18,5	10,8	%	

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نصف السيدات تفضلن إنجاب 04 أطفال بنسبة 50% مقابل 7.7% للواتي يفضلن 5 أطفال، ونلاحظ أن النساء اللواتي لديهن من 3-4 أطفال هن الأكثر تدعيماً لهذا الاتجاه بمعنى قد حققنا العدد المثالي للإنجاب، كذلك سجلت 60.5% للنساء اللواتي لديهن عدد أطفال من 1-2 طفل يرغبن في 4 أطفال وأغلب المبحوثات يفضلن التنوع بالتساوي بين الجنسين، كما سجلت نسبة 61.5% للنساء اللواتي لديها 4 أطفال وأكثر قبل المرض مع العدد المرغوب فيه أكثر من 5 أطفال فتكون قد حققت العدد المثالي المرغوب في انجابه هو 5 أطفال.

وبحسابنا كاي تريبع لبيرسون بين عدد الاطفال قبل المرض والعدد المثالي المرغوب في إنجابه ظهرت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث قدرت قيمته 52.620 وهي أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت ب 21.03 عند درجة حرية 12 ونسبة 5%. يتبين من خلال القراءة الإحصائية للجدول أن معظم النساء يفضلن إنجاب أربعة أطفال (ولدين وبنيتين) خاصة عند اللواتي لديهن قبل المرض اقل من 4 أطفال، فالنساء حالياً تغيرت نظرتهم للأطفال مع متطلبات الحياة الحالية بتوفير حاجياتهم الكبيرة بالإضافة

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

الى وعيهم بضرورة الحفاظ على صحتهم من خلال تنظيم نسلهم مع ظروف المرض المزمن، كما نلاحظ أن اللواتي أنجبن أكثر من 4 أطفال قد حققن العدد المرغوب فيه ولا يفضلن المزيد خاصة بعد المرض المزمن وتعقيداته.

وما يلفت الانتباه ان 61% من المبحوثات اللواتي لديهن أكثر من 4 أبناء يرغبن في أكثر من 5 أبناء، ما يدل على أن عدد كبير من الاسر في الجزائر لازالت تميل الى الاسر كبيرة الحجم.

جدول رقم (42): العلاقة بين سن الانجاب بعد المرض بعدد الحمل بعد المرض

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض السن عند الانجاب بعد المرض	
					ك	%
1	-	-	-	1	ك	19-15
100	-	-	-	100	%	
21	1	2	3	15	ك	24-20
100	4,8	9,5	14,3	71,4	%	
38	2	7	12	17	ك	29-25
100	5,3	18,4	31,6	44,7	%	
24	1	5	6	12	ك	34-30
100	4,2	20,8	25	50	%	
23	-	3	5	15	ك	39-35
100	-	13,0	21,7	65,2	%	
22	-	-	1	21	ك	44-40
100	-	-	4,5	95,5	%	
1	-	-	-	1	ك	49-45
100	-	-	-	100	%	
130	4	17	27	82	ك	المجموع
100	3,1	13,1	20,8	63,1	%	

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول أعلاه أن أغلب النساء أنجبن بعد مرضهن طفل واحد بنسبة 63.1% مقابل 3.1% للنساء التي أنجبن أكثر من 3 أطفال، وقد شكلت الفئة العمرية أكبر 45 سنة واطل من 19 سنة هذا الاتجاه بنسبة 100%، وتعتبر

الفئة العمرية 15-19 سنة هي المبحوثات التي أجريين معهن البحث، وقد أصبن بالمرض في مرحلة عمرية صغيرة ويعتبر هذا الحمل اول حمل لهن بعد الزواج، أما المرحلة العمرية 45-49 سنة فالنساء في هذا السن هن على مشارف نهاية خصوبتهن لذلك يكن أكثر وعيا بمخاطر الحمل والولادة ولديهن أطفال قبل المرض فلم ينجبن بعد هذا السن الا حمل واحد وقد يكون السبب في فشل وسيلة منع الحمل.

وفي الحمل الثاني بعد المرض نلاحظ ارتفاع عدد الحمل للفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 31.6% مقابل 4.5% للفئة العمرية 40-44 سنة التي لم تنجب الا طفلين فقط بعد هذا السن.

وفي الحمل الثالث تبقى الخصوبة العالية بعد المرض في الفئتين العمريتين ما بين 25-34 سنة وهو سن الخصوبة العالية حيث أنجبن أكثر من 3 أطفال وهذا راجع الى ارتفاع سن الزواج عند النساء أو عدم انجابهن عدد كبير من الأطفال قبل المرض او عدم تحقيق النوع المرغوب فيه.

نستنتج من خلال الجدول أعلاه أن سن الزوجة المصابة بالمرض المزمن يلعب دورا هاما في توجيه سلوكها الإنجابي فكلما أصيبت المرأة في سن متأخر بالمرض كانت أكثر وعيا بمخاطر الحمل والولادة مع المرض فتلجأ إلى تحديد الولادة نهائيا أو تقليصها، كما أن الإنجاب في سن متأخر وخاصة بعد الأربعين تزيد من فرص إصابة الجنين بمشاكل الكروموزومات التي ينتج عنها طفل منغولي، بالإضافة الى مخاطر على الام مع المرض المزمن ونوعه حيث يسبب الاجهاض والولادة القيصرية وموت الجنين.

يعتبر السن الأمثل للحمل ما بين 25 و34 سنة حيث بعده تزيد المخاطر على صحة الأم ويصبح جسمها أقل قدرة على تحمل الحمل والولادة خاصة في وجود المرض المزمن الذي يزيد من تعقيد الوضع خاصة الضغط الدموي وامراض القلب التي تعتبر سبب في النزيف وفقدان الوعي وغيرها.

## الفصل الثالث تحليل الفرضية الثانية

جدول رقم (43): العلاقة بين السن عند الانجاب بعد المرض بعدد الاجهاضات بعد المرض

المجموع	3 فأكثر	2	1	0	عدد الإجهاض السن عند الانجاب بعد المرض	
					ك	%
1	-	-	-	1	ك	19-15
100	-	-	-	100	%	
21	1	2	4	14	ك	24-20
100	4.8	9.5	19	66.7	%	
38	1	1	11	25	ك	29-25
100	2.6	2.6	28.9	65.8	%	
24	2	1	5	16	ك	34-30
100	8.3	4.2	20.8	66.7	%	
23	-	3	9	11	ك	39-35
100	-	13	39.1	47.8	%	
22	-	1	4	17	ك	44-40
100	-	4.5	18.2	77.3	%	
1	-	-	1	-	ك	49-45
100	-	-	100	-	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3.1	6.2	26.2	64.6	%	

نلاحظ من خلال القراءة الإحصائية للجدول أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو النساء اللواتي لم يجهضن أبدا بنسبة 64% مقابل 3.1% للواتي أجهضن أكثر من 3 مرات. وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن عند الانجاب بعد المرض نلاحظ أن الصغيرات في السن اللواتي يبلغن من 15-19 سنة هن الأكثر تدعيما لهذا الاتجاه بنسبة 100% وتليها السيدات اللواتي سنهن من 40-44 سنة بنسبة 77.3%، وفي الإجهاض الثاني والثالث نلاحظ أن النساء اللواتي يبلغن من العمر 35-39 سنة هن الأكثر تعرضا للإجهاض بنسبة 39.1% للإجهاض الأول و13% للإجهاض الثاني. أما الإجهاض المتكرر الذي يتعدى 3 مرات فإن النساء الصغيرات الأقل من 35 سنة هن الأكثر تعرض له.

نلاحظ أن النساء كلما اقتربن من سن 40 سنة يتعرضن للإجهاض أكثر من غيرهن، وكما تطرقنا أن المرض المزمن له تأثير على زيادة حالات الإجهاض كذلك ارتفاع السن مع المرض يزيد حالات الإجهاض، وفي عينة دراستنا أغلب النساء الكبيرات لم يتعرضن للإجهاض كثيرا وهذا لأنهن لم يتعرضن للحمل أكثر من غيرهن، واكتفين بالعدد الذي لديهن من الأطفال، بينما النساء الاخريات هن في بداية الحياة الإنجابية فقد تعرضن للحمل من جديد الذي عرضهن للإجهاض المتكرر.

يعتبر الإنجاب في عمر صغير أحسن وذلك للتجنب مخاطر الولادة والاجهاض في سن كبير.

كما أن الصغيرات في السن لديهن رغبة في المزيد من الانجاب وقد لا يهمنها جنس المولود في بداية حياتها والمهم هو الإنجاب وإثبات القدرة عليه ثم تحقيق العدد المثالي فهي قد تحمل من جديد رغم إجهاضها في مرات سابقة، عكس الكبيرات في السن حيث تكون الرغبة في الإنجاب مستقبلا مستمدة من التركيبة الحالية للأولاد وعدم المخاطرة بالإنجاب.

كما نلاحظ أن النساء فوق سن 35 سنة ترتفع نسبة عدم الرغبة في المزيد من الانجاب بينهن وهذا قد يكون راجع الى شعور النساء بخطر الحمل في سن كبيرة بالإضافة الى تعرضها إلى مضاعفات سابقة أثناء الحمل والولادة من نزيف وفقر الدم أو ولادة عسيرة إلى غير ذلك، كذلك إلى إنجابها العدد الكافي من الأبناء سابقا.

## استنتاج الفرضية الثانية:

نستنتج من خلال تحليل معطيات الدراسة الميدانية المتعلقة بهذه الفرضية التي مفادها ان "كلما ارتفعت العوامل الديموغرافية (مدة الزواج وعدد الأطفال قبل الإصابة وسن الانجاب بعد المرض) كلما انتهجت المرأة سلوكا انجابيا صحيا" النتائج التالية:

كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض كلما قل عدد الحمل بعد المرض حيث وجدنا إن النساء اللواتي لديهن أكثر من 20 سنة زواج قبل المرض أنجبن طفل واحد بنسبة 93.3%.

عدد الإجهاضات يتناقص كلما زادت مدة الحياة الزوجية قبل المرض حيث أن النساء اللواتي لديهن أكثر من 20 سنة زواج لم يجهضن بنسبة 80% مقابل 35.7% للواتي أصبن بالمرض قبل الزواج والعكس صحيح.

بينت الدراسة أن نسب الإجهاض تتزايد بين المصابات بالأمراض المزمنة حيث سجلت لدى أغلب النساء وحدث تكرار للإجهاض لدى عدة نساء، نلاحظ أن الاجهاضات ووفيات الأجنة موجودة في كل مدة الزواج للمبحوثات لكن بعدد أكبر لدى النساء الحديثات العهد بالزواج والتي لا تتعدى مدة زواجهن 15 سنة.

تقل وفيات الأجنة كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض حيث سجلت عدم حدوث أي وفاة للواتي لديهن أكثر من 20 سنة مقابل 20% للواتي لديهن اقل من 10 سنوات.

ترتفع متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين لثلاث سنوات عند النساء اللواتي لديها من 10-15 سنة زواج قبل المرض وتتناقص بتناقص مدة الزواج قبل المرض.

من نتائج الدراسة كذلك أن أغلب النساء المصابات بالمرض المزمن قمن بالكشف لأكثر من 5 مرات أثناء الحمل وتترايد النسبة كلما ارتفعت مدة الزواج قبل المرض حيث تصل الى 50% للفئة أكثر من 20 سنة، كما أن المتابعة بعد الولادة تتوقف على المضاعفات اثناء النفاس.

يعتبر عدد الأطفال قبل المرض من أهم المؤشرات التي تدفع بالزوجة المصابة بمرض مزمن إلى انتهاج سلوك إنجابي صحي وجيد بقرارات رغبتها في إنجاب مولود جديد، حيث كلما ارتفع عدد الأطفال قبل الإصابة قلت عدد الحمل التي تعرضت لها بعد اكتشافها للمرض، فنجد النساء اللواتي لديها من 3-4 أطفال لا يرغبن في المزيد بنسبة 80%

وتعرضن للحمل مرة واحدة بنسبة 69.2% واللواتي لديها أكثر من 4 أطفال تعرضن للحمل مرة واحدة فقط بنسبة 100% عكس اللواتي لديها عدد أطفال أقل حيث تعرضن للحمل أكثر من 3 مرات بنسبة 20.8%.

كما أن الإصابة بالمرض المزمن في سن صغيرة وقبل الزواج من شأنه زيادة عدد الإجهاضات ووفيات الأطفال حيث سجلت أعلى نسب لدى هذه الفئة 14.3% في عدد الاجهاضات أكثر من 3 مرات ونسبة 7.1% لوفيات الأطفال وصلت الى 4 وفيات، لأن الإصابة بالمرض في سن صغيرة يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للنساء أكثر من غيرهن وبالتالي تزيد نسبة التعقيدات أثناء الحمل والولادة التي تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وتؤدي معها إلى تدهور صحة الجنين التي مرتبطة بصحة الأم وبالتالي يتعرض إلى وفاته. ومن كل ما سبق نستنتج أن ارتفاع العوامل الديموغرافية (سن الإنجاب بعد المرض ومدة الزواج وعدد الأطفال قبل الإصابة) تؤثر باتباع سلوك إنجابي جيد عند النساء المصابات بأمراض مزمنة، ومنه نقول أن الفرضية تحققت.

---

# الفصل الرابع

---

**تمهيد:**

في هذا الفصل سوف نتطرق الى اختبار بعض المتغيرات التي قد تؤثر على السلوك الإنجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة والتي تدخل في الفرضية الثالثة والتي مفادها:  
- كلما تحسنت العلاقة بين الزوجين بعد المرض انتهجت المرأة سلوك إنجابي جيد في اتخاذ قرار الحمل والانجاب.

وتتمثل مؤشرات المتغير المستقل في:

- ✓ موقف الزوج من الإنجاب
- ✓ مرافقة الزوج لزوجته للفحوصات عند الطبيب.
- ✓ درجة التفاهم بين الزوجين.
- ✓ اعتناء الزوج بزوجته اثناء المرض.
- ✓ نوع العلاقة الزوجية بعد المرض.

والمتغيرات التابعة:

- ✓ عدد الحمل بعد المرض.
- ✓ عدد مرات الاجهاض.
- ✓ وفيات الأطفال بعد المرض
- ✓ عدد الزيارات اثناء الحمل.
- ✓ عدد الزيارات بعد الولادة.
- ✓ متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين.
- ✓ استعمال وسائل منع الحمل والغرض منها.

جدول رقم (44): تأثير العلاقة بين الزوجين على عدد الحمل بعد المرض.

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض العلاقة الزوجية بعد المرض	
					ك	جيدة
37	2	5	9	21	ك	جيدة
100	5.4	13.5	24.3	56.8	%	
42	1	4	11	26	ك	حسنة
100	2.4	9.5	26.2	61.9	%	
43	-	5	7	31	ك	متوسطة
100	-	11.6	16.3	72.1	%	
8	1	3	-	4	ك	سيئة
100	12.5	37.5	-	50	%	
130	4	17	27	82	ك	المجموع
100	3.1	13.1	20.8	63.1	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو إنجاب طفل واحد بعد المرض بنسبة 63.1% مقابل 3.1% لأكثر من 3 أطفال.

وعند ربط هذا المتغير بالتابع وهو حالة العلاقة الزوجية بعد المرض نجد أن العلاقة الزوجية التي لم تتأثر بالمرض وبقيت جيدة أو حسنة أو متوسطة أنجبت من 1-2 طفل بنسب فاقت 80%، بينما نجد أن العلاقة الزوجية التي تأثرت بالمرض إلى سيئة هي التي أنجبت أطفال من 3-4 أو أكثر بنسبة أكبر من غيرهم تراوحت بحوالي 37.5%.

نلاحظ أن العلاقة الزوجية التي لم تتأثر بعد المرض انتهجت سلوك إنجابي جيد في قرارات حمل جديد وذلك بتقليص عدد الولادات خاصة إذا كان هناك أطفال قبل المرض، عكس العلاقة الزوجية التي تأثرت بالمرض أنجبت أكثر من 3 أطفال وهذا ما يزيد الوضع تقيدا على صحة الأم والجنين.

إن التقارب الفكري والتعليمي بين الزوجين يزيد من درجة التفاهم بينهما والتحاور بشكل أحسن واتخاذ قرارات مستقبلية مشتركة بينهما فيما يخص الإنجاب وتنظيم الأسرة، فارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي للزوج له دور في فهم ما تشعر به زوجته أثناء حملها ومع مرضها المزمّن فيكون إلى جانبها لأنه جزا لا يتجزأ من عملية تكوين أسرته فعليه أن

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

يساندها نفسياً وعاطفياً، فدعم الزوج لزوجته وتحسن العلاقة الزوجية بينهما هو من أفضل الطرق لنجاح الحمل دون آثار سلبية أو مضاعفات خطيرة.

جدول رقم (45): العلاقة بين موقف الزوج من الإنجاب وعدد الحمل بعد المرض

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض موقف الزوج من الإنجاب	
					ك	%
70	1	13	17	39	ك	مشجع على الإنجاب
100	1,4	18,6	24,3	55,7	%	
6	-	3	-	3	ك	غير مشجع
100	-	50	-	50	%	
54	3	1	10	40	ك	غير مبالي
100	5,6	1,9	18,5	74,1	%	
130	4	17	27	82	ك	المجموع
100	3,1	13,1	20,8	63,1	%	

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو النساء اللواتي أنجبن طفلاً واحداً بنسبة 63.1% مقابل 3.1% للنساء اللواتي أنجبن أكثر من 3 أطفال.

وعند ادخالنا المتغير المستقل المتمثل في موقف الزوج من الإنجاب بعد المرض لمعرفة مدى تأثيره على النتائج السابقة، نجد أن موقف الزوج غير المبالي بالإنجاب هو الأكثر تدعيماً لهذا الاتجاه بنسبة 74.1%، ثم تليها موقف الزوج المشجع على الإنجاب بنسبة 55.7% ثم الزوج غير المشجع بنسبة 50%.

وفي الإنجاب الثالث نجد أنه في حالة الزوج غير مشجع على الإنجاب تراوحت النسبة 50% وعند الزوج المشجع لزوجته على الإنجاب سجلت نسبة 18.6%.

وبخصوص عدد الأطفال الذي يتجاوز 3 أطفال نجد عند الأسر التي يشجع فيها الزوج على الإنجاب بنسبة 1.4% والأسر التي فيها الزوج غير مبالي بالإنجاب بنسبة 5.9%.

نلاحظ أن دور الزوج وتشجيعه على الإنجاب قد يكون إيجابياً في انتهاج المرأة لسلوك إيجابي صحي بتقليل عدد مرات الحمل بعد مرضها عن طريق توافق بين زوجين

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

والتحاور بخصوص الأسرة ورعايتها عكس الأزواج غير المشجعين أو غير مبالي بصحة زوجته وخطورة حملها بعد إصابتها بالمرض، فإذا كان الرجل غير مبالي بالحمل أو ليس له رغبة في جنس المولود كالأثني فإنه يسبب للمرأة نوع من الخوف والندم ويسبب لها القلق الشديد والانفعال السريع الذي قد يؤثر على سير الحمل ونموه كذلك يؤثر على الرحم وعلى تكوين الجنين، فالمرأة في هذه المرحلة الصعبة مع المرض لا تحتاج إلا المشاعر الإيجابية من زوجها ودعمها لها نفسيا وعاطفيا لاجتياز مرحلة حمل طبيعي وولادة سليمة .

كما تظهر العلاقة طردية منخفضة بين المتغيرين حسب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.35، كما تبرز وجود علاقة أيضا وهذا بعد حسابنا لمربع كاي تربيع لبيرسون بين موقف الزوج من الانجاب وعدد الحمل بعد المرض حيث برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 10.491 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 9.49 عند درجة حرية 4 ونسبة 5%.

نلاحظ أن تشجيع الزوج لزوجته أثناء مرضها والوقوف إلى جانبها مؤشر جيد في تحسن العلاقة الزوجية واستقرارها ويزيد من تجاوز صعوبات الحمل وتعقيداته، فاهتمام الزوج وتحمل مسؤوليته إتجاه زوجته وأسرته يدعم الزوجة وينقص من مخاوفها من الولادة والارتباك والإحباط النفسي ويراعي فيها صحتها ومواعيد الإنجاب تبعا لظروفها الصحية وقدرتها على الحمل والانجاب، كما أن النساء اللواتي أنجبن أكثر من طفلين بعد مرضهن أغلبهن أصبن بالمرض قبل الزواج أو في السنة الأولى بعد الزواج.

جدول رقم (46): تأثير مناقشة قرارات الإنجاب بين الزوجين على الإجهاض

المجموع	3	2	1	0	عدد الإجهاضات قرارات الإنجاب	
					ك	للزوج
16	-	1	7	8	ك	للزوج
100	-	6,3	43,8	50	%	
21	2	1	3	15	ك	للزوجة
100	9,5	4,8	14,3	71,4	%	
46	-	3	10	33	ك	للزوجين معا
100	-	6,5	21,7	71,7	%	
47	2	3	14	28	ك	بدون تخطيط
100	4,3	6,4	29,8	59,6	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

يتضح من هذا الجدول أن 64.6% من النساء لم يحدث لهن أي إجهاض وهو الاتجاه العام للجدول و 26.2% حدث لهن إجهاض واحد مقابل 3.1% حدث لهن إجهاض أكثر من 3 مرات.

وعندما أدخلنا مناقشة قرارات الإنجاب كمتغير مستقل وجدنا أن نسبة عدم الإجهاض ترتفع عند قرار الزوجين معا في إنجاب مولود جديد بحوالي أكثر من 71.7%، ونلاحظ ارتفاع إجهاض واحد عند اللواتي يقرر أزواجهن فقط في الإنجاب وعند اللواتي أنجن بدون تخطيط بنسب على التوالي 43.8% و 29.8% وتنخفض هذه النسبة في حالة رغبة الزوجين معا في الإنجاب الى 21.7% او تخطيط الزوجة لوحدها في الإنجاب 14.3%، كم تتعدم عدد الإجهاضات لأكثر من 3 مرات في حالة رغبة الزوجين معا في قرارات الإنجاب وتباعد الولادات.

ونلاحظ زيادة عدد الاجهاضات في حالة عدم التخطيط لمولود جديد بالإضافة الى ما ينتجه الإجهاض من مضاعفات على صحة الأم أخرى كالنزيف وارتفاع الضغط الدموي والاضطراب الأخرى التي من شأنها تهديد صحة الام (انظر الملحق 02).

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

نستنتج أن تفاهم الزوجين معا في أخذ قرارات الإنجاب وتباعد الولادات من شأنه تخفيض عدد الاجهاضات بعد المرض، وله تأثير جيد في السلوك الانجابي وعلى صحة الزوجة، ولقد ارتفع دور المرأة في الوقت الحالي لتشارك زوجها في كل ما يتعلق بأسرتها وفيما يخص الصحة الإنجابية وفي بعض الأحيان تتساوى ادوارهن مع الرجل أو تفوق ذلك خاصة عند ارتفاع مكانتها الاجتماعية لذلك تكون أكثر حرصا في الحفاظ على صحتها. أما عن درجة العلاقة بين المتغيرين ونوعاها فهي علاقة طردية ضعيفة حيث قدر معامل التوافق بـ  $0.22$ .

جدول رقم (47): حالة العلاقة الزوجية بعد المرض وعدد مرات الاجهاض

المجموع	3	2	1	0	عدد الإجهاضات العلاقة الزوجية بعد المرض	
					ك	جيدة
37	2	3	7	25	ك	جيدة
100	5,4	8,1	18,9	67,6	%	
42	-	3	8	31	ك	حسنة
100	-	7,1	19,0	73,8	%	
43	2	2	15	24	ك	متوسطة
100	4,7	4,7	34,9	55,8	%	
8	-	-	4	4	ك	سيئة
100	-	-	50	50	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من نصف النساء المبحوثات 64.6% لم يجهضن أي مرة و 26.2% أجهضن مرة واحدة فقط مقابل 3.1% أجهضن أكثر من 3 مرات.

ومن خلال إدخال متغير حالة العلاقة الزوجية بعد المرض نجد أنه ترتفع نسبة حالات عدم الإجهاض في العلاقة الزوجية الحسنة 73.8% والجيدة 67.6% وتتنخفض في العلاقة الزوجية المتوسطة 55.8% والسيئة 50%، كذلك نجد في حالة الإجهاض مرة واحدة

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

تتخفيض نسبته في العلاقة الزوجية الجيدة 18.9% والحسنة 19% وترتفع في العلاقة الزوجية المتوسطة 34.9% والسيئة 50%، بالإضافة إلى حالات أخرى للإجهاد أكثر من 2 مرات بنسب ضئيلة قد تكون ناتجة عن مضاعفات المرض المزمن أو تكرار تجربة الحمل مع المرض المزمن مما يؤدي إلى تكرار الإجهاد، فدور الزوج مهم في تجربة الحمل وضروري لاجتياز حمل آمن وسليم حيث صرحت بعض النساء أن أزواجهن لم يتقبلوا الأمر ولا يحسون بمرضهن اطلاقاً ويعاملونهن بقسوة واهمال والبعض الآخر اجبن بان ازواجهن متعاطفين جدا معهن ويخفن عليهن ويقفن الى جانبهن مما يساعدهن في تخطي الآلمهن، وهذا ما توصلت اليه الدكتورة آسيا شريف من خلال دراستها حيث وجدت أن دور الزوج ومساندته لزوجته في هذه المرحلة له قيمة اجتماعية إيجابية ويرفع من معنويات المرأة والتخفيف من آلامها ويسهل عملية الولادة.

كما أن الإجهاد يتناقض بتحسن العلاقة الزوجية والتوافق بين الزوجين والابتعاد عن الشجار والعنف بينهما هذه عوامل نفسية تؤثر على التوازن الهرموني وعلى انقباضات وانبساط عضلات الرحم، كما أن سوء العلاقة الزوجية بعد المرض والحمل تجعل المرأة في تناقض مع رغبتها في استمرار هذا الحمل من عدمه وهذا نتيجة لتعاستها مع زوجها والخوف من تبعات الطفل واحتياجاته المادية والمعنوية.

كما أن الزوجة المصابة بالمرض المزمن تفقد السيطرة على نفسها أحيانا وتزيد حدة انفعالاتها

ومنه نستنتج أن نجاح العلاقة الزوجية بعد المرض له تأثير على عدد الإجهادات وهذا ما دل عليه معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.25 مما يدل على ارتباط طردي بسيط بين المتغيرين.

جدول رقم (48): حالة العلاقة الزوجية بعد المرض ووفيات الأطفال قبل وبعد المرض

المجموع	بعد المرض					قبل المرض				وفيات الأطفال العلاقة الزوجية بعد المرض	
	4	3	2	1	0	3	2	1	0	ك	%
32	-	-	-	6	26	-	1	4	27	ك	الاتفاق في كل المسائل
100	-	-	-	18,8	81,3	-	3,1	12,5	84,4	%	
88	-	2	1	18	67	2	-	11	75	ك	الاختلاف حول بعض المسائل
100	-	2,3	1,1	20,5	76,1	2,3	-	12,5	85,2	%	
10	1	-	1	1	7	-	-	2	8	ك	الاختلاف المستمر في كل الامور
100	10,0	-	10	10	70	-	-	20	80	%	
130	1	2	2	25	100	2	1	17	110	ك	المجموع
100	0,8	1,5	1,5	19,2	76,9	1,5	,8%	13,1	84,6	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب وفيات الأطفال بالنسبة للنساء المبحوثات سواء قبل المرض أو بعده هي وفاة واحدة حيث سجلت قبل المرض نسبة 84.6% وبعد المرض نسبة 76.9%، كما نجد ارتفاع قليل في الوفيات بعد المرض أكثر منه قبل المرض وهذا ناتج عن المشاكل والتعقيدات التي تنتج عن الامراض المزمنة مع الحمل. بعد ادخالنا لحالة العلاقة الزوجية بعد المرض كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على النساء وجدنا حالات عدم الوفاة للأطفال بعد المرض ترتفع لدى النساء اللواتي يتفقن مع ازواجهن في كل المسائل ولم يؤثر المرض على علاقتهم الزوجية بنسبة 81.3% مقابل 70% للواتي يختلفن مع ازواجهن في كل الأمور، وسجلنا في حالة وفاة واحدة لدى النساء اللواتي يتفقن مع ازواجهن في كل الأمور بنسبة 18.8% ولم تتعدى ذلك في حين سجلت نسبة 10% لدى النساء اللواتي يختلفن مع ازواجهن في كل الأمور في وفاة واحدة وتعدت الى غاية أربع وفيات بنسبة 10%.

نلاحظ تأثير حالة العلاقة الزوجية بعد المرض على وفيات الأطفال إلا أن الوفيات بعد المرض لم تتعدى وفاة واحدة لدى النساء اللواتي يتفقن مع ازواجهن في أمور الحياة ولم تتغير بفعل المرض، عكس النساء اللواتي يختلفن مع ازواجهن في كل الأمور حيث وصلت وفيات الأطفال إلى أربعة، كما سجلنا ثلاث وفيات للأطفال عند النساء اللواتي يختلفن أحيانا مع ازواجهن بعد المرض.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

ومنه نلاحظ وجود علاقة بين العلاقة الزوجية بعد المرض ووفيات الأطفال والدليل على ذلك عند حسابنا لمربع كاي تربيع لبيرسون بينهما برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية حيث وجدنا قيمته 18.85 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 15.51 عند درجة حرية 8 ونسبة 5%، كما تأكدنا أيضا بوجود علاقة بين المتغيرين بعد حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.35 وهو ارتباط طردي بسيط.

نستنتج أن العلاقة الزوجية الجيدة لها تأثير مباشر على الخصوبة، فاستقرار الزواج واتفق الزوجين مع المرض في أمور الحياة له أوجه عديدة وإيجابيات على الصحة الإنجابية منها القدرة على الحمل وإنجاب طفل حي مع الحفاظ عليه وتربيته وتعليمه، مما يقلل نسب وفيات الأطفال.

جدول رقم (49): العلاقة الزوجية مع عدد مرات الكشف أثناء الحمل

المجموع	فأكثر 5	3-4	1-2	عدد مرات الكشف أثناء الحمل العلاقة الزوجية بعد المرض	
				ك	جيدة
37	19	13	5	ك	جيدة
100	51,4	35,1	13,5	%	
42	20	17	5	ك	حسنة
100	47,6	40,5	11,9	%	
43	22	17	4	ك	متوسطة
100	51,2	39,5	9,3	%	
8	3	3	2	ك	سيئة
100	37,5	37,5	25	%	
130	64	50	16	ك	المجموع
100	49,2	38,5	12,3	%	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الاتجاه العام نحو السيدات اللواتي يقمن بالكشف لأكثر من 5 مرات أثناء الحمل بنسبة 49.2% مقابل 12.3% للواتي يتراوح عدد مرات الكشف من 1-2 مرات.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

وبعد إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في حالة العلاقة الزوجية بعد المرض نجد أنه كلما تحسنت العلاقة الزوجية زادت عدد مرات الكشف الطبي أثناء الحمل حيث نجد 51.4% للواتي لهن علاقة جيدة مع أزواجهن بعد المرض مقابل 37.5% للواتي لهن علاقة سيئة بأزواجهن بعد المرض، كما ترتفع عدد مرات الكشف التي تتراوح من 1-2 مرات عند اللواتي ساءت علاقتهن الزوجية بعد المرض بنسبة 25%.

كما أظهر بعض النساء إلى الاختلاف المستمر في الأمور المالية وزيادة النفقات الطبية لذوي الدخل المحدود، فالمال يعتبر عامل للخلاف بين الزوجين.

جدول رقم (50): العلاقة بين مرافقة الزوج لزوجته لدى الطبيب وعدد الزيارات قبل الولادة

المجموع	5 فأكثر	4-3	2-1	عدد مرات الكشف الطبي مرافقة الزوج	
				ك	نعم
58	31	22	5	ك	نعم
100	53,4	37,9	8,6	%	
24	12	9	3	ك	لا
100	50	37,5	12,5	%	
48	21	19	8	ك	احيانا
100	43,8	39,6	16,7	%	
130	64	50	16	ك	المجموع
100	49,2	38,5	12,3	%	

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو المبحوثات اللواتي يقمن بالكشف للحمل أكثر من 5 مرات بنسبة 49.2% مقابل 12.3% للنساء اللواتي يقمن بالكشف من 1-2 مرات، وهذا مؤشر جيد للنساء وسعيها للحصول على الخدمات الصحية أثناء الحمل. كما نلاحظ أن مرافقة الزوج لزوجته للطبيب أثناء الكشف على الحمل لا تؤثر كثيرا كثير في عدد الزيارات التي من 3-4 زيارات حيث نجد القيم متقاربة فيما بينها، إلا أنه نلاحظ أن مرافقة الزوج لزوجته من شأنه أن يزيد في عدد مرات الكشف الطبي للحمل الصحي خاصة في ظروف المرض المزمن حيث سجلت أعلى نسبة 53.4% عند مرافقة

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

الزوج لزوجته واللواتي قمن بالكشف أكثر من 5 مرات مقابل 43.8% للواتي يرافقهن أزواجهن من حين لآخر.

حيث صرحت أغلب النساء التي رافقها زوجها أن الزوج مهتم بمتابعة صحتها والخوف والاطمئنان عليها كما أن البعض يغار عليها من الخروج لوحدها ولم يتركها يوما وحدها، كما صرح القليل منهن أن طبيعة المنطقة تفرض عليهم مرافقة الزوج الى الطبيب وأن لا تخرج وحدها وخاصة المناطق الريفية من منطقتي الدراسة (المسيلة وبسكرة).

كما صرحت بعض المبحوثات أن الزوج لا يرافقها بسبب انشغاله الدائم في العمل وإنها تعتمد على نفسها في كل شيء والبعض منهن صرحن بأن الزوج لا يهتم بهن اطلاقا وغير مبالي ويعتبر المرافقة تعطيلًا لمصالحه، ومن المؤسف أن الكثير من الأزواج يتعمدون عدم مرافقة زوجاتهم للطبيب وذلك لأسباب تختلف من شخص لآخر حسب تصريحات النساء المبحوثات، عكس النساء الاخريات اللواتي صرحن بمرافقة الزوج واهتمامها بها حيث يحدث الفرق في العلاقة الزوجية ونجاحها وانه بجانبها ويدعمها لاجتياز مرحلة أمومة آمنة وسليمة.

ومنه نستنتج أن مرافقة الزوج لزوجته لها دور كبير من الجانب النفسي حيث يرفع من معنوياتهن ويشجعهن على تخطي مرحلة الحمل والولادة، وأيضا له دور في زيادة عدد الزيارات أثناء الحمل ومن شأنه أن يعزز روح التضامن بين الزوجين، ما يؤثر إيجابا بحمل صحي جيد، كما أن بعض النساء صرحن بمشاكل نفسية وأزمات سببت لهن المرض إضافة إلى عدم اهتمام الزوج بها ومرضها واللامبالاة.

وبعد حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0.12 ما يدل على وجود علاقة طردية بسيطة بين المتغيرين.

وفي المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية الصادرة سنة 2016 توصي بزيادة عدد الفحوصات قبل الولادة من 4 الى ثمانية، وهذا من اجل الكشف المبكر للمضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة والتي يمكن الوقاية منها ومعالجتها.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

جدول رقم (51): العلاقة بين مرافقة الزوج لزوجته لدى الطبيب وعدد الزيارات بعد الولادة

المجموع	5 فأكثر	4-3	2-1	لا تتابع	عدد الكشف بعد الولادة مرافقة الزوج	
					ك	نعم
58	4	18	28	8	ك	نعم
100	6,9	31,0	48,3	13,8	%	
24	1	4	15	4	ك	لا
100	4,2	16,7	62,5	16,7	%	
48	1	12	30	5	ك	أحيانا
100	2,1	25,0	62,5	10,4	%	
130	6	34	73	17	ك	المجموع
100	4,6	26,2	56,2	13,1	%	

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أكثر من نصف النساء المبحوثات قمن بالكشف الطبي بعد الولادة من (2-1) مرات بنسبة 56.2% كما نجد نسبة 13.1% من النساء لم يتابعن الحمل أثناء فترة النفاس مقابل 4.6% للواتي قمن بالكشف أكثر من 5 مرات.

ولمعرفة مدى تأثير مرافقة الزوج لزوجته أثناء فترة النفاس على عدد الزيارات الطبية نلاحظ أن عدم المتابعة الصحية ترتفع عند النساء اللواتي لا يرافقهن أزواجهن عند الكشف بعد الولادة بنسبة 16.7% مقابل 10.4% للواتي يرافقهن أزواجهن أحيانا لدى الطبيب. فيما يخص الكشف الطبي بعد الولادة الذي يتراوح من 2-1 مرات يرتفع عند اللواتي لا يرافقهن أزواجهن عند الطبيب واللواتي يرافقهن أحيانا بنسبة متساوية قدرت بـ 62.5% وتنخفض عند اللواتي يرافقهن أزواجهن دائما لدى الطبيب.

ففيما يخص الكشف الذي يتراوح من 4-3 مرات بعد الولادة نلاحظ ارتفاعه لدى النساء اللواتي يرافقهن أزواجهن لدى الطبيب دائما بنسبة 31% مقابل 16.7% للواتي لا يرافقهن أزواجهن.

كذلك ترتفع نسبة المتابعة الطبية بعد النفاس لأكثر من 5 مرات للواتي يرافقهن أزواجهن لدى الطبيب بنسبة 6.9% وتنخفض في باقي الفئات.

تقع معظم وفيات الأمهات والأطفال في مرحلة الحمل وبعده وترتبط هذه الوفيات ارتباط وثيقا بنسب المتابعة الطبية أثناء الحمل وبعده، ومن بين بعض الأسباب التي تدفع

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

النساء لعدم المتابعة خاصة بعد فترة الحمل هي انعدام المشاكل الصحية أو بعد المسافة عن المراكز الصحية أو للخبرة المكتسبة بناء على الاحمال السابقة أو ارتفاع التكلفة إلى غيرها، لكن مع وجود الأمراض المزمنة يتطلب من النساء المتابعة في كل فترات الحمل والنفاس وإعطاء أهمية كبيرة لهذه المرحلة.

جدول رقم (52): علاقة موقف الزوج من الانجاب ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	متوسط المدة بين ولادتين موقف الزوج من الانجاب	
					ك	%
55	9	12	24	10	ك	مشجع على الانجاب
100	16,4	21,8	43,6	18,2	%	
6	-	5	1	-	ك	غير مشجع
100	-	83,3	16,7	-	%	
48	9	17	16	6	ك	غير مبالي
100	18,8	35,4	33,3	12,5	%	
<b>109</b>	<b>18</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	ك	المجموع
<b>100</b>	<b>16,5</b>	<b>31,2</b>	<b>37,6</b>	<b>14,7</b>	%	

يظهر الجدول أعلاه العلاقة بين موقف الزوج من الانجاب ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين حيث نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول يتجه نحو المدة الزمنية الفاصلة لسنتين (02) حيث قدرت ب 37.6%، كما نجد نسبة 31.2% لمتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين المقدره بثلاث سنوات مقابل 14.7% لمتوسط المدة الزمنية الفاصلة بين ولادتين المقدره ب 01 سنة.

وبعد ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في موقف الزوج من الانجاب نجد أن متوسط المدة الفاصلة التي قدرت بسنتين موجودة عند الزوج المشجع للإنجاب بنسبة 43.6% ونسبة 33.3% عند اللامبالاة في الانجاب.

وعند متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين المقدره بثلاث سنوات نجدها بنسبة 83.3% عند عدم تشجيع الزوج لزوجته على الانجاب وهي ترجع لعدم الإنجاب لفترات طويلة بسبب

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

مشاكل بين الزوجين التي نتجت عن المرض المزمن والتي قدرت نسبتها 19.2% (انظر الملحق 01) حيث أكدت بعض المبحوثات أن المرض سبب لها مشاكل زوجية في بعض الأحيان إلى التهديد بالطلاق أو الامتناع عن الحديث معها أو عدم مساندتها والوقوف الى جانبها بالإضافة إلى المشاكل المادية وزيادة نفقاتها الطبية.

أما فيما يخص متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين التي تجاوزت 3 سنوات فنجد النسب قدرت عند موقف الزوج المشجع للإنجاب بنسبة 16.4% ونسبة 18.8% عند الأزواج غير المبالي بالإنجاب لزوجته.

نستنتج أن موقف الزوج اتجاه الانجاب ومساندة زوجته أثناء مرضها من شأنه تحسين وضعها الصحي واتباع سلوك صحي سليم بتباعد الولادات ومراعاة توقيت الحمل والانجاب، كما أن دعم الزوج لزوجته نفسيا وعاطفيا بعد الولادة وأثناء مرضها من شأنه التأثير على نجاح الولادة الطبيعية والرضاعة الطبيعية التي تعتبر وسيلة لمنع الحمل طبيعيا ونمو الطفل بشكل جيد، وأيضا تقليل عدد الولادات القيصرية.

ويظهر وجود علاقة بين المتغيرين بعد حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.26 الذي يعبر عن ارتباط موجب بسيط.

تنص منظمة الصحة العالمية على أن لا تقل المدة بين الأحمال عن 3 سنوات وذلك لتستعيد الأم صحتها وعافيتها الجسدية والنفسية، كما تحث الام باتباع نصائح وارشادات الأطباء المتخصصين لتنظيم الأسرة خلال فترة النفاس والتي تقدر بحوالي 6 أسابيع الأولى بعد الولادة وهذا لتجنب الحمل خاصة إذا كانت الام غير مرضعة.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

جدول رقم (53): تأثير مناقشة الانجاب بين الزوجين ومتوسط المدة الفاصلة بين ولادتين

المجموع	4	3	2	1	متوسط المدة بين ولادتين قرارات الانجاب	
					ك	
14	2	2	7	3	ك	للزوج
100	14,3	14,3	50	21,4	%	
16	3	7	5	1	ك	للزوجة
100	18,8	43,8	31,3	6,3	%	
37	3	10	17	7	ك	للزوجين معا
100	8,1	27	45,9	18,9	%	
42	10	15	12	5	ك	بدون تخطيط
100	23,8	35,7	28,6	11,9	%	
<b>109</b>	<b>18</b>	<b>34</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	ك	المجموع
<b>100</b>	<b>16,5</b>	<b>31,2</b>	<b>37,6</b>	<b>14,7</b>	%	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان الاتجاه العام للجدول يتجه نحو النساء اللواتي قدرت المدة المتوسطة بين ولادتين لديهن الى حوالي عامين بنسبة 37.6% مقابل 14.7% عند النساء الذين باعدن بحوالي سنة واحدة. ولمعرفة تأثير قرارات الانجاب بين الزوجين على متوسط المدة الفاصلة بين ولادتين ادخلناه كمتغير مستقل فوجدنا ان قرار الزوج لوحده هو الأكثر تدعيماً لاتجاه الجدول بنسبة 50% ثم تليها قرار الزوجين معا بنسبة 45.9%، اما في متوسط المدة لثلاث سنوات فان اعلى نسبة عند قرار الزوجة لوحدها ب 43.8%. فيما يخص متوسط المدة بين ولادتين الأكثر من 4 سنوات فسجلت اعلى نسبة عند اللواتي لم يقمن بالتخطيط المسبق للولادة بنسبة 23.8% مقابل 8.1% للزوجين معا. يرجع انخفاض متوسط المدة بين ولادتين عند قرارا الزوجين معا في اتخاذ القرارات الى ان الزوجين لديهم عدد أطفال قليل قبل المرض (انظر الجدول رقم 28- الملحق 02) لذلك يرغبون في المزيد من الانجاب قبل تقادم المرض. ولتأكيد شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.38 وهو ارتباط موجب متوسط.

جدول رقم (54): العلاقة بين مناقشة الانجاب بين الزوجين وعدد الزيارات الطبية بعد الولادة

المجموع	أكثر من 4	4-3	2-1	لم تتابع	عدد الكشف بعد الولادة قرارات الحمل	
					ك	%
16	1	2	8	5	ك	للزوج
100	6,3	12,5	50	31,3	%	
21	2	5	10	4	ك	للزوجة
100	9,5	23,8	47,6	19	%	
46	3	17	19	7	ك	للزوجين معا
100	6,5	37	41,3	15,2	%	
47	-	10	36	1	ك	بدون تخطيط
100	-	21,3	76,6	2,1	%	
<b>130</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>73</b>	<b>17</b>	ك	<b>المجموع</b>
<b>100</b>	<b>4,6</b>	<b>26,2</b>	<b>56,2</b>	<b>13,1</b>	%	

نلاحظ ان حوالي أكثر من نصف النساء 56.2% قمن بالكشف بعد الولادة من 2-1 مرارة وهو اتجاه الجدول العام ونجد 13.1% لم يقمن باي كشف بعد الولادة، و 4.6% قمن بالكشف أكثر من 4 مرات.

وعندما أدخلنا مناقشة قرار الانجاب بين الزوجين كمتغير مستقل لاحظنا ان نسبة المتابعة بعد الحمل عند النساء ترتفع عند اللواتي حملنا بدون تخطيط 76.6% قمن بزيارة تتراوح عددها من 2-1 والذي يدعم اتجاه الجدول مقابل 41.3% عند قرار الزوجين معا، كما ان الزيارات بعد الولادة التي تراوحت من 4-3 مرات سجلت اعلى نسبة عند اللواتي اتفقن مع ازواجهن في الانجاب بنسبة 37% مقابل 12.5% لقرار الزوج لوحده..

بالنسبة لعدم المتابعة الطبية بعد النفاس نجد ان نسبة 31.3% في تأثير قرار الزوج لوحده في الحمل لم يقمن باي زيارة بعد النفاس و 19% عند قرار الزوجة لوحدها و 15.2% لقرار الزوجين معا و 2.1% في الانجاب بدون تخطيط كما نجد .

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

وعند حسابنا لمربع كاي تربيع لبيرسون بين قرارات الانجاب بين الزوجين وعدد الزيارات بعد الولادة برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين حيث وجدنا قيمته 22.152 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 14.68 عند درجة حرية 9 ونسبة 5%. نلاحظ تأثير مناقشة أمور إنجاب مولود جديد وتباعد الولادات في عدد الكشف بعد الولادة فترتفع المتابعة الطبية بعد الولادة بتفاهم الزوجين معا مما يؤثر بشكل إيجابي على عملية الولادة ويقلل المضاعفات التي بعدها فانتهاج سلوك انجابي صحي في مرحلة الحمل تتوجب تخطيط جيد بين الزوجين وهذا القرار يتطلب من الزوجين معا مسؤولية اتجاه الحمل والطفل فيما بعد من كل الجوانب النفسية والمادية والتربوية، لذلك فالحمل ومتابعته مسؤولية الزوجين معا بدا من مرحلة التخطيط الى مرحلة الولادة وما بعدها. وبعد حسابنا لمعامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.38 نقول ان هناك ارتباط متوسط بين المتغيرين.

جدول رقم (55): علاقة موقف الزوج من الانجاب وعدد الزيارات الطبية في فترة النفاس

المجموع	أكثر من 4	4-3	2-1	0	عدد الكشف بعد الولادة موقف الزوج	
					ك	%
70	5	20	35	10	ك	مشجع على الانجاب
100	7,1	28,6	50	14,3	%	
6	-	-	5	1	ك	غير مشجع
100	-	-	83,3	16,7	%	
54	1	14	33	6	ك	غير مبالي
100	1,9	25,9	61,1	11,1	%	
130	6	34	73	17	ك	المجموع
100	4,6	26,2	56,2	13,1	%	

نلاحظ من خلال هذا الجدول ان الاتجاه العام نحو النساء اللواتي يقمن بالفحص الطبي بعد النفاس من 2-1 مرات بنسبة 56.2% مقابل 4.6% لأكثر من 4 مرات.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

وبعد ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في موقف الزوج من الحمل والانجاب نلاحظ الأزواج غير المشجعين على الانجاب زوجاتهم يقمن بدعم هذا الاتجاه بنسبة 83.3%، اما الفحوصات التي تتجاوز 3 مرات و4 مرات نجدها عند اللواتي يشجعهن أزواجهن بنسبة 28.6% وتزيد لأكثر من 4 مرات بنسبة 7.1% فيما يكتفين النساء اللواتي لا يشجعهن أزواجهن بمرتين فقط، كما ترتفع لديهن عدم المتابعة الطبية بعد النفاس اكثر من غيرهن. ولتأكيد شدة العلاقة بين المتغيرين قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.2 وهو ارتباط ضعيف موجب بين المتغيرين.

جدول رقم(56): العلاقة بين موقف الزوج من الانجاب واستعمال وسائل منع الحمل والهدف منها

المجموع	التحديد وعدم الولادة نهائيا	المباعدة والتأجيل	الغرض من استعمال و.م.ح		المجموع	لا	نعم	استعمال و.م.ح	
			موقف الزوج	موقف الزوج				موقف الزوج من الانجاب	موقف الزوج من الانجاب
60	10	50	ك	مشجع	70	10	60	ك	مشجع على
100	16,70	83,30	%	على الانجاب	100	14,30	85,70	%	الانجاب
6	3	3	ك	غير	6	-	6	ك	غير مشجع
100	50	50	%	مشجع	100	-	100	%	
37	7	30	ك	غير	54	17	37	ك	غير مبالي
100	18,90	81,10	%	مبالي	100	31,50	68,50	%	
103	20	83	ك	المجموع	130	27	103	ك	المجموع
100	19,40%	80,60	%		100	20,80	79,20	%	

نلاحظ من خلال الجدول ان اغلب النساء يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 79.2% مقابل 20.8% لا يستعملنها، ونجد ان النساء اللواتي صرحن ان ازواجهن غير مشجعين على الانجاب يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 100%، 50% منهن يستعملنهن بغرض المباعدة والتأجيل و50% بغرض التحديد وعدم الولادة نهائيا، ونجد ان النساء اللواتي صرحن بدعم ازواجهن وتشجيعهن على الانجاب يستعملن وسائل منع الحمل بغرض المباعدة والتأجيل بنسبة 83.3%.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

وعند تطبيق مربع كاي تربيع لبيرسون يتبين ان هناك دلالة إحصائية بين استعمال وسائل منع الحمل وموقف الزوج من الانجاب حيث وجدنا قيمته المحسوبة 7.127 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية التي قدرت 5.99 عند درجة حرية 2 ونسبة 5%.

وعند سؤالهن عن موقف الزوج من الإصابة بالمرض أجابت بعض النساء لعدم اهتمام أزواجهن بهن واللامبالاة بالمرض مما يزيد من عدم تشجيعهن على الانجاب فيلجان الى استعمال وسائل منع الحمل لعدم الرغبة مجددا في الانجاب، فنجد دور الزوج والاهتمام والتعاطف معها ورعايتها ومعرفة كل ما يحدث لها من مشاكل صحية له أهمية كبيرة في توجيه السلوك الانجابي الجيد.

ولتأكيد شدة العلاقة بين موقف الزوج من الانجاب واستعمال وسائل منع الحمل قمنا بحساب معامل التوافق الذي وجدناه يساوي 0.46 وهو ارتباط موجب متوسط بين المتغيرين.

جدول رقم (57): علاقة اعتناء الزوج بالزوجة بعد المرض والزيارات الطبية في فترة النفاس

المجموع	أكثر من 4	4-3	2-1	لم تتابع	عدد مرات الكشف بعد الولادة اعتناء الزوج بزوجته	
					ك	نعم يعتني
62	4	19	30	9	ك	نعم يعتني
100	6,5	30,6	48,4	14,5	%	
12	-	2	6	4	ك	لا مهمل
100	-	16,7	50,0	33,3	%	
56	2	13	37	4	ك	احيانا
100	3,6	23,2	66,1	7,1	%	
130	6	34	73	17	ك	المجموع
100	4,6	26,2	56,2	13,1	%	

نلاحظ ان اتجاه الجدول يتجه نحو اللواتي قمن بالمتابعة اثناء فترة النفاس والكشف الطبي من 2-1 زيارات بنسبة 56.2% مقابل 4.6% للواتي قمن بالكشف أكثر من 4 مرات. وعند ادخالنا للمتغير المستقل المتمثل في اعتناء الزوج بزوجته اثناء المرض نجد النساء اللواتي أزواجهن يعتنين بهن أحيانا يمثل هذا الاتجاه بنسبة 66.1% مقابل نسبة 48.4% للنساء اللواتي أزواجهن يعتنين بهن.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

وترتفع عدد الزيارات الأكثر من 3 كشوفات طبية اثناء النفاس عند النساء اللواتي يعتنين بهن ازواجهن بنسبة 37.1% ونسبة 26.8% للنساء اللواتي أجبن بان ازواجهن يعتنين بهن أحيانا.

اما فيما يخص عدم المتابعة فإنها ترتفع بين النساء اللواتي لا يعتنين بهن ازواجه اطلاقا بنسبة 33.3% وتتنخفض الى 7.1% عند اللواتي يعتنين بهن أحيانا.

نستنتج دور الزوج مع زوجته في مرافقتها والاعتناء بها من شأنها ان يؤثر بالإيجاب على صحتها الإيجابية وزيادة عدد الكشف الطبي بعد الولادة وتفاذي مضاعفات النفاس مسبقا قبل تفاقمها، لان مرحلة النفاس مهمة جدا وهي الفترة التي قد تظهر فيها بعض مشاكل الولادة والتي تهدد الام.

استنتاج الفرضية الثالثة:

نستنتج من خلال تحليلنا لجدول الفرضية الثالثة والتي مفادها "كلما تحسنت العلاقة الزوجية بين الزوجين بعد المرض انتهجت المرأة سلوك إنجابي جيد في اتخاذ قرار الحمل والانجاب" النتائج التالية:

كلما كان تشجيع الزوج لزوجته ومساندتها اثناء مرضها كلما قلت الحمل بعد مرضها حيث ان عدد الحمل الذي تجاوز ثلاث حمل يرتفع عند اللواتي ازواجهن غير مشجعين لهن بنسبة 50% ولم تتجاوز 18.6% لدى النساء اللواتي يشجهن ازواجهن، كما ان النساء اللواتي انجن اكثر من طفلين بعد المرض يعود لأسباب أخرى كالإصابة بالمرض قبل الزواج او بعده مباشرة، ان النساء اللواتي صرحن بان هناك حوار وتفاهم في قرارات الانجاب وتنظيم الاسرة مع ازواجهن هن اللواتي انتهجن سلوك انجابيا صحيا بعد المرض المزمّن. كما ان تدهور العلاقة الزوجية بعد المرض ونشوء خلافات يزيد من عدد الحمل بعد المرض ليصل الى 12.5% مما يزيد الوضع تعقيدا، بينما لا تتعدى 2.4% عند اللواتي لهن علاقة حسنة بعد المرض مع ازواجهن.

تنخفض عدد الاجهاضات عند اتفاق الزوجين معا في قرارات انجاب مولود جديد بعد المرض حيث سجلت عدم الإجهاض بنسبة 71.7% ، وارتفع عدد الإجهاض لمرة واحدة عند قرار الزوجة لوحدها او بدون تخطيط بنسب على التوالي 43.8% و 29.8% وترتفع الى 3 اجهاضات عند النساء اللواتي يحملن بدون تخطيط بنسبة 4.3% او لقرار الزوجة لوحدها بنسبة 9.5% .

بينت الدراسة ان وفيات الأطفال تقل عند اتفاق الزوجين في كل الأمور والمسائل الاسرية بعد المرض حيث لا تتعدى وفاة واحدة بنسبة 18.8% بينما تزيد عندما يكون هناك خلافات وعدم انسجام وتجاوز بينهما بعد مرض الزوجة مما يسبب في ارتفاع الوفيات حتى 4 وفيات بنسبة 10% .

تعتبر مرافقة الزوجة لزوجته عند الطبيب سندا هاما عند الزوجة والشعور بالطمأنينة لاجتياز امومة امنة ويزيد من عدد مرات الفحوصات اثناء الحمل الى اكثر من 5 مرات بنسبة 53.4%.

## الفصل الرابع تحليل الفرضية الثالثة

فيما يخص المتابعة الطبية كذلك ترتفع عند اللواتي يرافقهن أزواجهن لدى الطبيب حيث تصل الى 3-4 مرات بنسبة 31% عكس اللواتي لا يرافقهن أزواجهن بنسبة 16.7%. وترتفع أيضا المتابعة الطبية بعد الولادة ما بين 3-4 مرات عند وجود قرار مشترك بين الزوجين في الحمل والانجاب بعد المرض بنسبة 37% وتتنخفض عند قرار الزوجة لوحدها 12.5% او بدون تخطيط مسبق بنسبة 21.3% .

ان عدم وجود حوار بين الزوجين وعدم مرافقة الزوج لزوجته للطبيب والاهتمام بحالتها الصحية سواء معنويا او ماديا بتوفير النقود والغذاء، يزيد من حدة المرض ومضاعفاته اتجاه الحمل.

بينت الدراسة ان المدة المتوسطة بين ولادتين تزيد عند النساء اللواتي يلقين الدعم من أزواجهن لتفوق 3 سنوات بنسبة 16.4% .

يتوقف استعمال وسائل منع الحمل والغرض منه لدى النساء تبعا لظروفها الصحية وأيضا بعلاقتها الزوجية بعد مرضها حيث صرحن غالبية النساء بانهن يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 79.2% ، منهن 50% اللواتي لا يلقين الدعم من أزواجهن يستعملنها بغرض التحديد وعدم الولادة نهائيا ومنهن 83.3% يستعملنها بغرض المباشرة والتأجيل بسبب المرض وتنظيم النسل.

ومن كل ما سبق نستنتج انه كلما تحسنت العلاقة بين الزوجين بعد المرض انتهجت المرأة سلوكا إيجابيا جيد في اتخاذ قرار الحمل والانجاب، ومنه نقول ان الفرضية محققة.

---

انلحاتمة

---

## الخاتمة

من خلال هذه الدراسة حاولنا دراسة بعض العوامل التي تؤثر على السلوك الانجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة والتي تعتبر معقدة ومتداخلة فيما بينها، وتعتبر الأمراض المزمنة أحد الاهتمامات الدولية والوطنية من حيث سرعة الانتشار في المجتمعات والإحصائيات والأرقام المرعبة التي تتزايد كل سنة، وفي محاولة منا دراسة تأثير العوامل السوسيو ديمغرافية على السلوك الإنجابي عند الزوجة المصابة وهذا من خلال عينة من الأمهات بولايتي بسكرة والمسيلة.

لقد اثبتت الدراسة أن السلوك الانجابي للزوجة المصابة بأمراض مزمنة يتأثر بالمستويات الثقافية والاجتماعية حيث بارتفاعها تكون المرأة أكثر وعيا بموعد الحمل وتوقيته بالإضافة إلى استعمال وسائل منع الحمل لتباعد ولاداتها وخفض حالات الإجهاض ووفيات الأطفال حديثي الولادة.

ورغم أثر المستوى الثقافي العالي على عدد الحمل بعد المرض إلا أننا وجدنا حالات مستوهم التعليمي عالي ولديهن وعي بخطورة الحمل مع المرض المزمن الا انهن كررن الحمل بعد المرض لعدة مرات تصل 3 مرات وهذا راجع الى زواجهن المتأخر او اصابتهن بالمرض قبل الزواج أو لعدم وصول المرض الى مرحلة الخطورة القصوى، لذلك تدخل بعض العوامل في توجيه هذا السلوك.

كما وجدنا في دراستنا أن النساء المتعلمات تزوجن في سن متأخر أو بعد اصابتهن بالمرض المزمن فلم ينجبن عدد كبير من الأطفال واكتفين بعدد قليل حفاظا على صحتهن وتجنب لمضاعفات المرض أثناء الحمل والولادة.

يعد ارتفاع المستوى الثقافي والاجتماعي عامل مهم في تفسير بعض النتائج كالحمل مع المرض المزمن والمتابعات الروتينية له وبعده، فالمرأة ذات المستوى الثقافي والاجتماعي المرتفع تكون أكثر تجاوب مع نصائح الأطباء وسهولة فهمها وتطبيقها لحمل صحي وسليم عكس النساء الاميات.

كذلك تزيد العوامل الثقافية والاجتماعية من وعي الزوجة المصابة بالمرض المزمن اتجاه إنجاب عدد كبير من الأولاد وذلك بزيادة المسؤوليات اتجاههم ومتطلبات الحياة المتزايدة التي تستلزم توفيرها، بالإضافة إلى حالتها الصحية التي تستوجب عناية فائقة فإنها

تلجأ إلى المباشرة بين الولادات والتنظيم العائلي للحفاظ على صحتها من عملية تكرار تجربة الحمل والولادة أولاً وتلبية متطلبات أطفالها الجيدة والمحافظة على مستوى معيشي جيد لحمايتهم من شتى أنواع أمراض العصر المنتشرة خاصة سوء التغذية، لذلك تعتبر التخطيط العائلي الجيد هو الوسيلة لتحقيق أهدافها والحفاظ على صحتها.

من بين النتائج المتوصل إليها أن النساء المصابات بأمراض مزمنة منذ طفولتهن تعرضن للحمل أكثر من غيرهن، كما وجدنا أن نوع المرض محدد أساسي لعدد الحمل وأن أكثر الحمل للمصابات بالسكري والربو والضغط الدموي، وتقل الحمل للمصابات بأمراض القلب والكلى.

تزيد نسب الإجهاض لكل النساء المبحوثات المصابات بأمراض المزمنة خاصة عند مرضى السكري والضغط الدموي، كما تزيد نسب حدوث الإجهاض عند الاكثار من الإنجاب وفي بداية الحياة الإنجابية.

من بين نتائج دراستنا أن الإصابة بالمرض المزمن للنساء ليست عائقاً للزواج فقد سجلنا نسبة 10.76% تزوجن بعد المرض، ومنهن عاملات، كما أن المرض لم يمنعهن من الأمومة إذ أنجبنا أطفالاً مع المرض.

كما وجدنا أن قلة الفحوصات اللازمة أثناء الحمل ترجع بشكل أساسي إلى الظروف الاقتصادية المتدنية بالإضافة إلى تهاون النساء أو الجهل بأهميتها أو إقامتهن في مناطق نائية بعيدة عن المستشفيات والأطباء، مما يجعلهن عرضة للإجهاض وتكرار الحمل من جديد، فسلامة الحمل تأتي من خلال إجراء فحوصات روتينية بغرض الكشف عن الحمل العالية الخطورة.

كذلك من خلال دراستنا حاولنا التعرف على تأثير العوامل الديموغرافية على السلوك الإنجابي والمتمثلة في مدة الحياة الزوجية قبل المرض.

فوجدنا أن الأطباء ينصحون بالإنجاب قبل سن 35 سنة وهذا تفادياً للمخاطر التي تتعرض لها الأم والجنين، فالمرأة في سن صغيرة ما بين 20-35 سنة تكون أكثر استطاعة على مواجهة أعراض المرض أثناء الحمل بالإضافة إلى مخاطر الولادات القيصرية التي تكثر لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة، كما أن الإنجاب المتعدد في سن متأخرة مع

الأمراض المزمنة هو سبب للعديد من وفيات الأمهات حيث يجعل الإنجاب المتعدد الرحم أكثر مرونة ويكون جسد المرأة أقل تحملاً لمتاعب الولادة والحمل.

إن طول فترة الحياة الزوجية قبل المرض والزواج في سن مبكر تكون للمرأة فرصة في إنجاب العدد والجنس المرغوب فيه في فترات متباعدة ومأمونة، عكس قصر فترة الزواج قبل المرض التي تلجأ المرأة لتعويض عدد الأطفال بإنجابها المتكرر في فترات متقاربة مما يزيد من تعقيداته على صحتها، لذلك مدة الزواج قبل المرض لها أهمية كبيرة في تحديد خصوبة المرأة خاصة مع تكرار الاجهاضات وفقدان الجنين.

إن الحمل في سن متأخرة له تأثير سلبي على صحة الأم خاصة مع تصاعد الإصابات بالأمراض المزمنة بين النساء في سن الإنجاب مما يقلل من خصوبتهن، ويؤثر على صحتهن الإنجابية.

يعود الإجهاض العفوي غالباً إلى أسباب بيولوجية والتي تتمثل في الخلل الذي قد يحصل في الكروموزومات أثناء تكوين الجنين داخل الرحم، لكن الأمراض المزمنة ساهمت في حدوثه وفي الولادات الميتة خاصة السكري والضغط الدموي وأمراض الكلى، بالإضافة إلى أسباب أخرى تحدث أثناء الولادة.

إن السلوك الإنجابي يتأثر بعلاقة الزوجين بعد إصابة الزوجة بالمرض وكلما زادت قدرة الزوجين معاً على اتخاذ قرارات تخص الإنجاب وتوقيته والتصرف كلما زادت الفرص في أمومة آمنة.

كما أن خروج المرأة للعمل يدعم مركزها الاجتماعي في بيتها ويساعدها في مشاركة الزوج في الأمور الإنجابية والتنظيم العائلي، فالتفاهم بينهما يعزز الروابط الأسرية ويجعلها أكثر تماسكاً، بل وقد تنفرد بقرارات لوحدها في أمورها الإنجابية، كما أن طول مدة الحياة الزوجية قبل المرض ووجود الأطفال يزداد في فهم الزوجين لبعضهم البعض، وتزيد المسؤوليات لكل منهما في رعاية الأسرة والقيام بالواجبات وتزيد معه قوة الرابطة الزوجية وبالتالي انخفاض المشاكل بينهم.

فبينت الدراسة أن تعدد الحمل وتقاربها يسبب إنجاب طفل منخفض الوزن ويزداد الوضع سوءاً مع إصابة الأم بالمرض المزمن.

كما تبين خلال نتائج الدراسة أن تعقيدات الحمل مع المرض المزمن التي قد تؤدي إلى وفيات الأمهات تتأثر بالحمل المتعدد والحمل في سن متأخر، وترتفع مع مرض السكري والضغط الدموي وتقارب الولادات وعنق الرحم القصير، والحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة.

ومن خلال النتائج السابقة يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- زيادة تكثيف حملات التوعية بمخاطر الأمراض المزمنة في ظل ارتفاع عوامل الخطورة المسببة لها، كالكحول البدني والأغذية المشبعة بالدهون غير الصحية، وإجراءات الوقاية منها أو الحد منها باتباع نشاط غذائي صحي وممارسة الأنشطة الرياضية وغيرها من السلوكيات الصحية السليمة.
- ضرورة إشراك الزوجين معا في التشاور فيما بينهما بشأن تنظيم الأسرة خاصة بعد الإنجاب وقبل المحاولة في الإنجاب من جديد وهذا من خلال المباشرة بين الولادات، مخاطر الحمل المتقارب، استعمال الوسيلة الفعالة لمنع الحمل والتي تناسب الزوجة المصابة بالمرض المزمن.
- بعد الإجهاض يترك على الأقل مدة تفوق ستة أشهر لمحاولة حمل جديد، تفاديا لمضاعفات قد تؤدي بحياة أم أو الإصابة بأمراض أخرى كفقر الدم والتمزق المبكر للأغشية.
- تجنب النساء المصابات بأمراض مزمنة الحمل والإنجاب في سن صغيرة جدا أو بعد سن 35 سنة لتفادي الولادات العسرة والإصابة بأمراض مزمنة أخرى تزيد من حدوث مشاكل صحية.
- زيادة في توعية الزوج بمرافقة زوجته أثناء الحمل وإرشاده لضرورة التوعية بخدمات تنظيم الأسرة، وتخصيص حملات موجهة للرجال التي قد تزيد من إقبال الأزواج على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، فتعليم الزوج وارتفاع المستوى الثقافي لديه يزيد من مساعدة زوجته في شؤون صحتها.
- التوعية بأهمية الرعاية بعد الولادة أو بعد الإجهاض وزيادة فرص تمكين كل الأمهات والنساء الحوامل بخدمات الرعاية الصحية والإنجابية أثناء الحمل وبعده.
- تحسين الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للنساء التي تحتاج إلى تكاليف أعلى من الرجال وهي لا تتقاضى أجرا بالنسبة للمكثات بالبيت فهن يعانين من الفقر والبطالة أكثر لذلك

يجب تحسين أوضاع النساء بتخصيص مبالغ مالية كل شهر من شأنها زيادة في تحسين صحتها ورعايتها.

- العمل على سهولة اتاحة خدمات الصحة الإنجابية للحوامل المصابين بأمراض مزمنة واعطائهم الأولوية خاصة عند وجود طابور في مصلحة الامومة والطفولة بالمستشفيات، لان هذه الفئة لا تستطيع الانتظار لمدة طويلة.

- تحسين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمصابين بأمراض مزمنة ودعمهم ماديا وارشاديا، ودعم المستشفيات العمومية التي لا تتوفر على أغلب الخدمات لهذه الفئة لتمكينهم من اجراء فحوصات بها بدلا عن القطاع الخاص.

- توعية المستخدمين والمؤطرين في مراكز الامومة والطفولة على حسن استقبال ومعاملة الأمهات، واقناعهم بضرورة تقديم النصائح والإرشادات للنساء فيما يخص الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، لأن سوء المعاملة يؤدي إلى عزوف النساء على المتابعة الطبية أثناء أو بعد الحمل.

- تحسين الخدمات الصحية في الأرياف التي لا تتوفر على أدني الخدمات الصحية في مجال التوليد، والتي تعاني من بعد المسافات ونقص الأطباء مما أثر على ارتفاع وفيات الأمهات في المناطق الداخلية والجنوب.

---

# قائمة المراجع

---

## قائمة المراجع

أولاً. المراجع باللغة العربية:

أ- الكتب:

- 1- أبو المجد ايمن، امراض القلب وشرايينه التاجية، مصر، دار الشروق، ط1 1999.
- 2- احلام القواسمة، موسوعة الحمل والولادة، دار البدر للطباعة والنشر، الجزائر، الطبعة الأولى 2013.
- 3- احمد محمد بدح واخرون، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، دون سنة ودون بلد.
- 4- البار محمد علي، مشكلة الإجهاض دراسة طبية فقهية، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، السعودية، الطبعة الأولى.
- 5- الحسيني ايمن، نساء في خطر، السمنة أثرها على حياتك الزوجية والصحية، القاهرة، سنة 1999.
- 6- الشريم محمد بشير، الثقافة الصحية، مطبعة السفير، عمان، الأردن، 2012.
- 7- الشرجي باسم محمد، الإجهاض بين التجريم والاباحة، كلية الحقوق، جامعة البحرين، المركز العربي للنشر والتوزيع، دون سنة.
- 8- انعام الرشدان وسماح البطاينة، ارتفاع ضغط الدم عند الحامل وكيفية التعامل معه، الصيدلة السريرية، جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الأردن، 2014.
- 9- ايمان السيد، صحة المرأة بعد الأربعين، عين البيضاء الجزائر، دار الخلود للنشر والتوزيع، 2013.
- 10- ايمن الحسيني، اخطبوط اسمه السمنة، مكتبة القران للنشر والتوزيع، القاهرة، سنة 2002.
- 11- باتسي ويستكوك، التعايش مع امراض القلب، ترجمة راضي بن سعد السرور، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض، 2000، ط1.
- 12- بسام خالد الطيارة، السكري مرض العصر، مؤسسة المعارف، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 1998.

- 13- بن عثمان الركبان محمد، البدانة الداء والدواء، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية الرياض، السعودية، 2009.
- 14- بن يحيى بن حسن النجيمي محمد، الإجهاض احكامه وحدوده في الشريعة الإسلامية والقانون الوضعي، الرياض، السعودية، ط1، 2011.
- 15- بوحوش عمار ومحمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة الثانية 1999.
- 16- جويذة عميرة، السكان والصحة الإنجابية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، سنة 2015.
- 17- حسن فكري منصور، السمنة والجديد في علاجها، الدار العربية للعلوم، القاهرة، الطبعة الأولى 2004.
- 18- خلف حسين علي الدليمي، جغرافيا الصحة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط2، 2015.
- 19- خليل عبد القادر منى، التغذية العلاجية، مجموعة النيل العربية، القاهرة، مصر، الطبعة الثانية، 2004.
- 20- رودولفو ساراتشي، ترجمة أسامة فاروق حسن، علم الأوبئة، القاهرة مصر، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، ط1، 2015.
- 21- سبعون سعيد، الدليل المنهجي في اعداد المذكرات، دار القصبه للنشر، الطبعة الثانية، الجزائر، 2012.
- 22- شريف آسيا، الظواهر الديموغرافية، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2015.
- 23- شمسي باشا حسان، الثقافة الصحية، دار البدر الجزائر ودار القلم دمشق، ط1، 2017.
- 24- شيلدون برس، كيفية التعايش مع مرض الربو، ترجمة روبرت يونجسن دار الفاروق للنشر والتوزيع، مصر، ط1، 2005.
- 25- صبور محمد صادق، امراض الكلى، القاهرة، دار الشرق، ط1، 1994.
- 26- عاطف خليل نجلاء، علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، المكتبة الانجلو مصرية، 2006.

- 27- عبد الفتاح محمد العيسوي وعبد الرحمان محمد العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الراتب الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1996-1997.
- 28- عبد المحي محمود صالح، السيد رمضان، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة الجامعية، 1999.
- 29- عقيل جسين عيدروس، مرض السكر بين الصيدلي والطبيب، مكة المكرمة، الطبعة الأولى 1993.
- 30- علي معمر عبد المومن، البحث في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة 7 أكتوبر، الطبعة الأولى، بنغازي، ليبيا، 2008.
- 31- عميرة جويده، إحصاءات السكان في الجزائر، عالم الأفكار، ط2، 2018.
- 32- فرج التوني لبنى واخرون، سكر الحمل، وحدة الغدد الصماء والسكر، قسم الامراض الباطنية، جامعة أسيوط، مصر. بدون سنة.
- 33- كارولين برادبير، الامراض النسائية، ترجمة هنادي مزبودي، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، كتاب العربية، الرياض، السعودي، الطبعة الأولى 2014.
- 34- مارك عبود، ضغط الدم، الرياض، السعودية، ط1، 2013.
- 35- ماهر عبد الوهاب، دليلك من بداية الحمل حتى الولادة، كتاب الهلال الطبي، القاهرة، مصر، 2002.
- 36- مايك ديكسون، سرطان الثدي، ترجمة هنادي مزبودي، الرياض، ط1، 2013.
- 37- مصطفى محمد امين وعبد الحميد عبد الخالق، الإجهاض وحكمه في الشريعة الإسلامية، دون بلد ودون سنة.
- 38- مكاوي علي، علم الاجتماع الطبي، كلية الآداب، جامعة القاهرة، دون سنة.
- 39- نورمان سميث، ترجمة مارك عبود، الحمل، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، كتاب العربية، الرياض، السعودية، ط1، 2013.

ب- دراسات، تقارير ووثائق:

- 40- الاتحاد الافريقي، تقرير الحالة بشأن صحة الأمهات حديثي الولادة والأطفال المراهقين لسنة 2019، الدورة الثالثة للجنة الفنية المتخصصة للصحة والسكان ومكافحة المخدرات، اديس ابابا، إثيوبيا، يوليو 2019.
- 41- الاتحاد الدولي لتنظيم الاسرة، الجمعية تنظيم وحماية الاسرة الفلسطينية، مطوية تسم الحمل، القدس، فلسطين، فيفري 2012.
- 42- الاتحاد الدولي لمرضى السكري، أطلس الاتحاد الدولي لمرضى السكري، ط8، 2017.
- 43- الاتحاد الدولي لمرضى السكري، امراض القلب والاعوية الدموية لمن يعانون من السكري، 2017.
- 44- الأمم المتحدة، الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا، مكتب السكان، 2008
- 45- الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة، دليل المتدرب في الصحة الإنجابية، دمشق 2006.
- 46- الأمم المتحدة، تقرير الخصوبة العالمي، شعبة السكان، نيويورك، سنة 2003.
- 47- الجمعية الهولندية للولادة وطب النساء ومرض السكر، دليل الحمل، 2010.
- 48- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2013-2015، رقم46، 2016.
- 49- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نتائج 2015-2017، رقم48، الجزائر، 2018.
- 50- الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2017، رقم 816.
- 51- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مكانة الشباب في التنمية المستدامة، الجزائر، 2014.
- 52- المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، الإصدار الأول، 2011.
- 53- المركز الوطني للسكري، المعهد الوطني للسكري والسمنة وامراض الايض، 2017.
- 54- المعهد العربي للتخطيط، تقرير التنمية العربية، الكويت، الإصدار الثالث، 2018.

- 55- المعهد الكندي لأبحاث الصحة، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم اثناء الحمل،  
2015، رابطة اونتاريو للقابلات.
- 56- المعهد الكندي لأبحاث الصحة، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم اثناء الحمل،  
2015، رابطة اونتاريو للقابلات.
- 57- المعهد الوطني للسكري والسمنة وامراض الايض، المرأة والسكري، مؤسسة حمد  
الطبية 2017.
- 58- المكتب الإقليمي للدول العربية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي، تقرير التنمية  
الإنسانية العربية للعام 2016، الشباب وآفاق التنمية الإنسانية في واقع متغير،  
نيويورك، 2016.
- 59- دان شيشولم وبنك بنا تفالا، صندوق النقد الدولي، المعركة من اجل الصحة  
العالمية، مجلة التمويل والتنمية، واشنطن، الرقم 4، العدد 51، ديسمبر 2014.
- 60- رياهي اف واخرون، مقاربات مبتكرة للوقاية ومواجهة العبء العالمي للأمراض  
القلب والاعوية الدموية، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية  
"ويش"، الدوحة، قطر، 2016.
- 61- صندوق الأمم المتحدة للسكان، عالم منقسم الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية  
في زمن عدم المساواة، حالة سكان العالم 2017.
- 62- صندوق الأمم المتحدة للسكان، مهمة تنتظر الإنجاز، حالة سكان العالم  
2019، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 2019.
- 63- صندوق النقد الدولي، مجلة التمويل والتنمية، المعركة من اجل الصحة العالمية،  
ديسمبر 2014، العدد 51.
- 64- عبد القاهر أحمد، الصحة الإنجابية وتنظيم الاسرة، اليمن، دون سنة.
- 65- قضايا الصحة الإنجابية، وفيات الأمهات هل يتحقق هدف الحمل الامن، مؤسسة  
المرأة الجديدة، بريطانيا، 30 نوفمبر 2007.
- 66- محمد بسيوني ايمان، سوء التغذية مفاهيم وحلول، كلية التربية الزلفى، جامعة  
المجمعة، السعودية.
- 67- منتدى الجمعيات الدولية للرعاية التنفسية، امراض الجهاز التنفسي في العالم،  
المملكة المتحدة، سنة 2013.

- 68- منظمة الصحة العالمية وآخرون، الاتجاهات المسجلة في معدل وفيات الأمهات في الفترة بين 1990-2015، سنة 2015.
- 69- منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي عن الأمراض الغير السارية، جنيف، 2014.
- 70- منظمة الصحة العالمية، التوصيات العالمية بشأن النشاط البدني من اجل الصحة، 2010.
- 71- منظمة الصحة العالمية، الصحة الإنجابية، تقرير الأمانة العامة، جنيف، افريل 2004.
- 72- منظمة الصحة العالمية، النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الامراض المزمنة سلسلة تقارير 916، منظمة الصحة العالمية، جنيف 2003.
- 73- منظمة الصحة العالمية، النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الامراض المزمنة، سلسلة تقارير منظمة الصحة العالمية 916، جنيف، 2003
- 74- منظمة الصحة العالمية، تغذية المرأة في الفترة السابقة للحمل واثناء الحمل والارضاع، تقرير من الأمانة العامة، المجلس التنفيذي الدورة 30، 20 ديسمبر 2011.
- 75- منظمة الصحة العالمية، مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم، يوم الصحة العالمي، جنيف، سنة 2013.
- 76- منظمة الصحة العالمية، ملخص المدن الخفية، الكشف عن التفاوتات الصحية في المناطق الحضرية والتغلب عليها، جنيف، 2010.
- 77- منظمة الصحة العالمية، ملخص المرأة والصحة، جنيف، 2009.
- 78- مؤسسة المرأة الجديدة، وفيات الأمهات هل يتحقق هدف الحمل الامن، قضايا الصحة الإنجابية، بريطانيا، 2007.
- 79- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003.

ت - المجالات:

- 80- المشروع العربي لصحة الاسرة، صحة الاسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، مجلة دورية علمية متخصصة ومحكمة، المجلد الخامس، العدد الرابع عشر، القاهرة، يونيو 2012.
- 81- النور محمد سليمان، أثر المعرفة الطبية المعاصرة في حكم الإجهاض، مقال بمجلة الصراط، العدد 32، جامعة الشارقة، 2015.
- 82- براف دليلة، الإجهاض في ضوء احكام الشريعة الإسلامية وقانون العقوبات الجزائري، منشور، جامعة البليدة، كلية الحقوق.
- 83- بن عمار نوال، أسباب وفيات الأمهات (دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الام والطفل بباتنة)، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 7، عدد 28، جامعة الاغواط، الجزائر، جانفي 2018.
- 84- حورية سعدو، المشروع العربي لصحة الاسرة، صحة الاسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، مجلة دورية علمية متخصصة ومحكمة، المجلد الخامس، العدد الرابع عشر، القاهرة، يونيو 2012
- 85- خديجة حسين ورايح سعدي، عودة ارتفاع الخصوبة ديناميكية ديموغرافية جديدة في الجزائر، مقال بمجلة افاق علم الاجتماع، جامعة البليدة 2، الجزائر العدد 16، ديسمبر 2018.
- 86- دريدش احمد، متوسط العمر عند الزواج الأول في الجزائر، دراسة ديموغرافية، مجلة افاق لعلم الاجتماع، جامعة سعد دحلب البليدة، الجزائر.
- 87- عبد المنعم احمد، مستويات واتجاهات ظاهرة الطلاق وأساليب الحد منها في بعض الدول العربية، صحة الاسرة العربية والسكان، جامعة الدول العربية، المجلد الرابع، العدد 11، القاهرة، سنة 2011.
- 88- قدور نوبيات، العلاقة الزوجية المتكدره واثارها على الصحة النفسية للزوجين والابناء، مقال بمجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد الثامن، الجزائر، جوان 2012.
- 89- يحي لعمارة محامد وصديق خوجة خالد، ظاهرة التحضر في الجزائر بالأرقام، مقال بمجلة التدوين، جامعة وهران 2، العدد 13، 2019.

ث - الأطروحات والرسائل الجامعية:

- الدكتوراه

- 90- جويذة عميرة، المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي، دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضي على زواجهن 5-10 سنوات، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع الديموغرافي، جامعة الجزائر، الجزائر 2004-2005.
- 91- شريف اسيا، واقع رعاية الامومة وابعادها اثناء الحمل والولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004-2005.

- 92- طويل محمد، مقاربة سوسيوولوجية لانتشار الامراض المزمنة في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض القلب والسكري، رسالة دكتوراه في الديموغرافيا، والسكان، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر 2، السنة الجامعية 2011-2012.

- الماجستير

- 93- بنت علي ال سليمان نوف، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات في جدة، مذكرة رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، نوفمبر 2007.

- 94- حسني خيرة، السلوك الإنجابي عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع الضغط الدموي)، رسالة ماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة الجزائر 2، السنة الجامعية 2011-2012.

- 95- محمد صدقي موسى عائشة، أثر الامراض المزمنة على الحياة الزوجية في الفقه الإسلامي، جامعة النجاح الوطنية، كلية الدراسات العليا، مذكرة ماجستير، نابلس، فلسطين، 2014.

- 96- مهند محسن صالح، التأثير المتبادل بين الربو والحمل، بحث لنيل شهادة الماجستير في الامراض الباطنة، قسم الامراض الباطنة، كلية الطب البشري،

جامعة تشرين، سوريا.

ج- النصوص القانونية

- 97- الأمر رقم 66-156 المؤرخ في 08 /06/ 1966 المتضمن قانون العقوبات المعدل والمتمم، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 49 المؤرخة في 11/06/1966.
- 98- القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16/02/1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 08 المؤرخة في 17/02/1985.
- 99- القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02/07/2018 يتعلق بالصحة، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 46 المؤرخة في 29/07/2018.
- 100- المرسوم التنفيذي 92-276 المؤرخ في 06/07/1992 المتضمن مدونة أخلاقيات الطب، الصادر بالجريدة الرسمية العدد 52 المؤرخة في 08/07/1992.

ثانيا. المراجع باللغة الأجنبية:

A. Ouvrages généraux :

- 101- Angers Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, CASBAH، Alger, 2015.
- 102- khiati Mostefa, la santé en Algérie, OPU, Alger, 2017

B. Colloques et etudes :

- 103- INSP, Enquête mortalité maternelle, 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.
- 104- IDF-Diabetes-Atlas-8e-DM-prevalence-by-age-sex-urban-rural-20-79-years
- 105- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière d'Algérie / Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Plan National De Réduction De La Mortalité Maternelle 2015 – 2019, Alger, 2015
- 106- Office national des statistiques, Annuaire statistique de l'Algérie: Résultats 2008-2010,Algerie, n°28

- 107- Office nationale des statistique: Démographie algérienne 2018. Donne statistique, N 853, Algérie, 2018.
- 108- Rapport Global Burden of Disease ,Institute for Health Metrics and Evaluation 2010.
- 109- OMS, Rapport mondial sur le diabète 2016 ,Genève, 2016.
- 110- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICS4, Algérie, 2013.
- 111- Rapport mondial sur le diabète ‘Organisation mondiale de la Santé ‘Genève , 2016.
- 112- Recommandations de l’OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, janvier 2018.

**C. Revues :**

- 113- Amant frederic et autre, Breast cancer in pregnancy: Recommendations of an international consensus meeting, European journal of cancer, Oncology, Bordet Institute, Brussels , 2010
- 114- Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation, Organisation mondiale de la Santé ,2010.
- 115- Gogoi M, Unisa S. Chronic diseases during pregnancy and Birth outcome : A study based on tertiary hospital of Mumbai. Women Health Open J, India , 2017.
- 116- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006, Rapport préliminaire.
- 117- Preventing and Managing Chronic Disease to Improve the Health of Women and Infants, Chronic Disease and Reproductive Health.
- 118- Raja Gangopadhyay et autre , Anémia and prégnance: A link to maternal chronic diseases , International Journal of Gynecology and Obstetrics 115 Suppl, Department of Obstetrics and Gynecology, Northwestern University, Chicago IL, USA , 2011.

- 119- Sharmila Et Autres, Prevalence Of Chronic Illness In Pregnancy, Access To Care, And Health Care Costs Implications For Interconception Care, Women's Health,USA , 2008.

**D- Site web et journal :**

- 120- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ar>  
121- <https://www.ennaharonline.com/live/.2019-08-19> يوم  
122- [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/ar/0](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/ar/0)  
123- <http://wilayabiskra.dz/> الموقع الرسمي لولاية بسكرة.  
124- <http://wilaya-msila.dz/> الموقع الرسمي لولاية المسيلة.  
125- <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>  
2017-11-07 .  
126- <http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>  
2018/10/10  
127- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/ar/>.  
128- <http://hayatouki.com/pregnancy/content/2482959>  
129- <http://www.who.int/features/qa/12/ar/>.  
130- <https://news.un.org/ar/story/2014/05/202362>.  
131- <http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>  
132- قناة النهار الجزائرية، الأخبار ، يوم 2019-11-29.

---

الملاحق

---

ملحق رقم 01

---

## استمارة بحث

تحية طيبة وبعد

يسرنا ان نضع بين ايديكم هذه الاستمارة في إطار اعداد بحث بعنوان " تأثير الامراض المزمنة على السلوك الانجابي للزوجة المصابة بالمرض المزمن"، لذا نرجو منكم التكرم بقراءة هذه الاستمارة والاجابة عليها بموضوعية دون ترك اجابة فارغة مع العلم ان ما تدلون به من معلومات لن يستخدم الا لأغراض علمية بحتة ( وضع إشارة x).

\* الأسئلة موجهة للنساء في سن الانجاب (15-49 سنة) متزوجات ولهن على الأقل حمل سابق ومصابة بمرض مزمن .

الحالة الاجتماعية والديموغرافية :

1- ما هو سنك  الحالي :

2- في أي عمر تم زواجك  الاول :

3- ما هو سن  زوجك :

4- مكان الإقامة المدينة : ..... البلدية : ..... الولاية : .....

5- ما هو مستواك التعليمي: 1- أمي 2- ابتدائي 3- متوسط 4- ثانوي 5- جامعي فاكثر

6- ما هو مستوى زوجك التعليمي: 1- أمي 2- ابتدائي 2- متوسط 3- ثانوي

4- جامعي

7- هل تعملين : 1- نعم 2- لا

8- ما هو عمل زوجك : .....

9- دخل الزوجين معا بالتقريب: 1- اقل 18000 دج  2- 30000 دج  000

3- من 400000  0000 دج 4- من 500000  0000 دج 5- اكثر 500000  دج

محور الاسرة والزوجين :

10- لمن تعود قرارات مناقشة انجاب مولود جديد واستعمال وسائل منع الحمل وتباعد الولادات :

1- للزوج 2- للزوجة 3- للزوجين 4- بدون تخطيط

11- ما هو موقف زوجك من الانجاب: 1- مشجع على الانجاب 2- غير مشجع 3- غير مبالي

12- بماذا تتميز العلاقة بينك وبين زوجك بعد الإصابة بالمرض : 1- الاتفاق في  كل المسائل

2 - الاختلاف حول بعض المسائل 3- الاختلاف المستمر في كل

الامور

13- هل الزوج يعتني بك في مرضك ويساعدك ام هو مهمل: 1- نعم يعتني 2- لا مهمل 3- أحيانا

14- هل المرض كان سبب في سوء وتأثر العلاقة الزوجية بينكما ويهدد باستقرارها واستمرارها: 1- لا  2- لا

إذا كان نعم كيف ذلك : مشاكل / انفصال / طلاق / زواج ثاني لزوجك . اشرح ذلك

.....

15- على العموم بماذا تتميز العلاقة الزوجية بينكما بعد  ك: 1- جيد  2- حسنة  3-

متوسطة 4- سيئة

16- هل يرافقك زوجك عند زيارة الطبيب: 1- نعم  2- لا  3- أحيانا

في كل حال لماذا

.....?

الحالة الصحية :

17- ما هو المرض المزمن الذي تعانين منه: 1-  السكري 2-  ضغط الدموي  مرض

القلب

4- الربو 5- امراض الكلى 6- اخر .....

18- متى اصبت بالمرض في أي سن  :

19- اذا كان بعد الزواج ما هو موقف زوجك بعد اصابتك بالمرض

.....:

20- هل أنجبت طفل بعد مرضك  زائد الوزن  اشوه خلقي  قص الوزن  - اخر

.....

21- بعد مرضك وخلال حملك هل حدث لك احدى المضاعفات التالية: 1- ارتفـل بـغط الدم   
صداع حاد

3- نزيـف مهـبلي 4- تورم في الوجه او الجسم 5- ارتفاع شديد في درجة الحرارة 6- الصفرة  
7- تشنجات  ناتجة عن حـي 8- الـ في اعلى البطن  -تأخر نمو الجنين 10- صعوبة   
شديدة في التنفس  
11- أخرى تذكر .....

22- بعد مرضك هل سبق لك ان كنت حامل وانتهى حملك ب:  عددها....  1- الإجهاض 2-  
حمل خارج الرحم

عددها...  عددها....  عددها....

انهاء الحمل بسبب تشوه الجنين 4- ولادة مبكرة

عددها....  عددها....  عددها....

5- موت الجنين 6- مولود ميت ولادة قيصرية

23- هل حدثت لك مضاعفات اثناء الولادة : 1- نزـ مهـبلي حاد  2- غيبـ وتشنجات   
3- مخاض عسير دام اكثر  12 ساعة 4- شديدة  5- اخرى تذكر

24- خلال فترة النفاس هل عانيت من احدى الاعراض التالية 1- انتفاخ و  في الساقين  2- نزيـف   
- فقر الدم  4- افراز مهـبلي  الرائحة  5- عدوى  6- أخرى  
تحدد.....

25- كم عدد الزيارات الطبية في حملك الأخير قبل الولادة : ..... وبعد الولادة : ..... لا  
تتابع .....

26- ما هو دافع الكشف لأول مرة خلال حملك : 1- وجـ مضاعفات  2- التأكد من  ود الحمل   
3- التأكد من سلامة الجنين 4- ضمان حمل صحي  5- أخرى تذكر

27- هل تتابعين مرضك المزمن دائما : 1- عند ا  ب المختص  المستشفى  3- لا تتابع  
4- اخر.....

28- كم عدد الزيارات للطبيب للمرض المزمن الذي تعاني منه قبل الولادة :..... بعد الولادة  
.....:

29- في أي مكان تمت الولادة  -المستشفى  2- دة خاصة  3- اخر.....

30- هل تقومين بفحوصات وتحاليل او ادوية مكملة قبل بدء الحمل للتقليل من المخاطر الصحية :

1- فحوصات وتحاليل دم  2- ادوية مكملة  3- لا شيء  4- أخرى حددها

### السلوك الانجابي :

31- كم كان عمرك عند اول انجاب بعد المرض :.....

32- ما هي عدد الحمل بعد اصابتك بالمرض :.....

33- كم عدد الأولاد الاحياء لديك حاليا: 1- ذكور ..... 2- اناث .....

34- قبل اصابتك بالمرض ما هو عدد الأطفال لديك : ذكور ..... اناث

35- هل لديك أطفال متوفين : قبل المرض ذكور..... اناث.....

36- هل لديك أطفال متوفين بعد المرض ذكور..... اناث .....

37- هل تستعملين وسائل منع الحمل: 1- نعم  2- لا

38- ما نوع وسيلة تنظيم الا : 1-الحبوب  -اللولب  3-الحقن  4- العازل  للرجل

أخرى حددها .....

39- الغرض من استعمالها : 1- المباعدة (التأجيل)  2- التحديد (عدم الولادة نهائيا)

40- في حالة عدم الاستعمال ما هو السبب : 1- الرغبة في الم  من الانجاب  2- صعب

الاستعمال

معارضة تنظيم الا  مع الدين  3-عدم  فقة الزوج  6-الخوف من  ار الجانبية

7- الرضاعة  8- بسبب المرض المزمن  مضاعفاته  9- اخر.....

41- ما هي المدة الفاصلة بين اولادك بالسنوات : ما بين الطفل الأول والثاني:..... ما بين الطفل

الثاني والثالث :..... ما بين الطفل الثالث والرابع:..... ما بين الطفل الرابع والخامس

:.....الخامس والسادس.....

42- ما هو العدد المرغوب في انجابه من الذكور ..... والاناث.....



ملحق رقم 02

---

جدول رقم (01) : الاستثمارات الموزعة بولاية المسيلة وبسكرة

الولاية	المناطق التابعة لها	عدد الاستثمارات	المجموع الكلي
المسيلة	المسيلة وسط	15	81
	بن سرور	7	
	سيدي عيسى + عين الحجل	10	
	بوسعادة	42	
	المعازيد	7	
بسكرة	سيدي خالد	24	49
	الشعبية	18	
	بسكرة وسط	04	
	أولاد جلال	3	
	المجموع	130	

جدول رقم (2): العلاقة بين سن الانجاب بعد المرض والمستوى التعليمي للمبحوثات

المجموع	جامعي فأكثر	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	المستوى التعليمي سن الانجاب بعد المرض	
						ك	%
9	4	3	1	-	1	ك	24-20
100	44,40	33,30	11,10	-	11,10	%	
18	8	4	6	-	-	ك	29-25
100	44,40	22,20	33,30	-	-	%	
23	11	7	3	-	2	ك	34-30
100	47,80	30,40	13,00	-	8,70	%	
22	6	9	6	1	-	ك	39-35
100	27,30	40,90	27,30	4,50	-	%	
27	2	8	8	6	3	ك	44-40
100	7,40	29,60	29,60	22,20	11,10	%	
31	3	8	3	8	9	ك	49-45
100	9,70	25,80	9,70	25,80	29,00	%	
130	34	39	27	15	15	ك	المجموع
100	26,20	30	20,80	11,50	11,50	%	

جدول رقم (3): العلاقة بين نوع المرض المزمن وعدد الحمل بعد المرض

المجموع	فاكثر 4	3	2	1	عدد الحمل بعد اصابتك بالمرض نوع المرض المزمن	
					ك	%
48	1	8	11	28	ك	مرض السكري
100	2,10	16,70	22,90	58,30	%	
31	1	3	9	18	ك	الضغط الدموي
100	3,20	9,70	29	58,10	%	
4	-	-	-	4	ك	مرض القلب
100	-	-	-	100	%	
17	2	1	5	9	ك	الربو
100	11,80	5,90	29,40	52,90	%	
17	-	-	1	16	ك	امراض الكلى
100	-	-	5,90	94,10	%	
2	-	1	-	1	ك	مرض اخر
100	-	50	-	50,00	%	
11	-	4	1	6	ك	أكثر من مرض مزمن
100	-	36,40	9,10	54,50	%	
<b>130</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>82</b>	<b>ك</b>	<b>المجموع</b>
<b>100</b>	<b>3.03</b>	<b>13,10</b>	<b>20,80</b>	<b>63,10</b>	<b>%</b>	

جدول رقم (4) : المستوى التعليمي وسن الزواج للنساء المبحوثات

المجموع	45-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	سن الزواج الأول	
							ك	
15	-	-	1	1	6	7	ك	أمي
100	-	-	6,70	6,70	40	46,70	%	
15	-	-	-	3	6	6	ك	ابتدائي
100	-	-	-	20	40	40	%	
27	-	-	-	8	13	6	ك	متوسط
100	-	-	-	29,60	48,10	22,20	%	
39	1	2	2	9	21	4	ك	ثانوي
100	2,60	5,10	5,10	23,10	53,80	10,30	%	
34	-	-	4	12	17	1	ك	جامعي فأكثر
100	-	-	11,80	35,30	50	2,90	%	
130	1	2	7	33	63	24	ك	المجموع
100	0,80	1,50	5,40	25,40	48,50	18,50	%	

جدول رقم (5) : العلاقة بين سن الانجاب بعد المرض والمستوى التعليمي للمبحوثات

المجموع	4	3	2	1	0	وفيات الأطفال	
						نوع المرض	
48	-	-	1	6	41	ك	مرض السكري
100	--	-	2,10	12,50	85,40	%	
31	-	1	1	6	23	ك	الضغط الدموي
100	-	3,20	3,20	19,40	74,20	%	
4	-	-	-	-	4	ك	مرض القلب
100	-	-	--	-	100	%	
17	1	-	-	3	13	ك	الربو
100	5,90	-	-	17,60	76,50	%	
17	-	-	-	6	11	ك	امراض الكلى
100	-	-	-	35,30	64,70	%	
2	-	-	-	1	1	ك	مرض اخر
100	-	-	-	50	50	%	
11	-	1	-	3	7	ك	أكثر من مرض مزمن
100	-	9,10	-	27,30	63,60	%	
130	1	2	2	25	100	ك	المجموع
100	0,80	1,50	1,50	19,20	76,90	%	

جدول رقم (6): العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد الأطفال قبل الإصابة

المجموع	أكثر من 5	4-3	2-1	0	عدد الأطفال قبل المرض المستوى التعليمي	
					ك	
15	6	3	2	4	ك	أمي
100	40	20	13,3	26,7	%	
15	4	6	2	3	ك	ابتدائي
100	26,7	40	13,3	20	%	
27	2	6	11	8	ك	متوسط
100	7,4	22,2	40,7	29,6	%	
39	1	9	16	13	ك	ثانوي
100	2,6	23,1	41	33,3	%	
34	-	2	12	20	ك	جامعي فأكثر
100	-	5,9	35,3	58,8	%	
130	13	26	43	48	ك	المجموع
100	10	20	33,1	36,9	%	

جدول رقم (7) : وضعية الإصابة بالمرض للمبحوثات

المجموع	بعد فترة من الزواج	في العام الأول من الزواج	قبل الزواج	زمن الإصابة بالمرض المستوى التعليمي	
				ك	
15	14	1	-	ك	أمي
100	93,30	6,70	-	%	
15	13	-	2	ك	ابتدائي
100	86,70	-	13,30	%	
27	25	1	1	ك	متوسط
100	92,60	3,70	3,70	%	
39	31	2	6	ك	ثانوي
100	79,50	5,10	15,40	%	
34	25	4	5	ك	جامعي فأكثر
100	73,50	11,80	14,70	%	
<b>130</b>	<b>108</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	ك	المجموع
<b>100</b>	<b>83,10</b>	<b>6,20</b>	<b>10,80</b>	%	

جدول رقم(8): توزيع النساء حسب نوع وسيلة منع الحمل وخلفيتهن

المجموع	اخرى	الحقن	اللولب	العازل الواقي للرجل	الحبوب	نوع وسيلة الحمل المستعملة خلفية المبحوثات		
						ك	نعم	لا
36	1	2	1	8	24	ك	نعم	العمل
100	2,80	5,60	2,80	22,20	66,70	%		
67	2	2	3	6	54	ك	لا	
100	3	3	4,50	9	80,60	%		
11	-	-	-	-	11	ك	أمي	المستوى التعليمي
100	-	-	-	-	100	%		
11	-	1	1	-	9	ك	ابتدائي	
100	-	9,10	9,10	-	81,80	%		
19	-	--	-	3	16	ك	متوسط	
100	-	-	-	15,80	84,20	%		
30	1	1	1	3	24	ك	ثانوي	
100	3,30	3,30	3,30	10	80	%		
32	2	2	2	8	18	ك	جامعي فأكثر	
100	6,30	6,30	6,30	25	56,30	%		
22	-	2	-	1	19	ك	اقل من 18000	دخل الزوجين معا
100	-	9,10	-	4,50	86,40	%		
19	-	-	-	1	18	ك	18000 دج - 30000 دج	
100	-	-	-	5,30	94,70	%		
20	1	-	1	3	15	ك	من 30000 دج الى 40000 دج	
100	5,00	-	5	15	75	%		
12	-	1	1	3	7	ك	من 40000 دج - 50000 دج	
100	-	8,30	8,30	25	58,30	%		
30	2	1	2	6	19	ك	أكثر من 50000	
100	6,70	3,30	6,70	20	63,30	%		
<b>103</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>78</b>	ك	<b>المجموع</b>	
<b>100</b>	<b>2,90</b>	<b>3,90</b>	<b>3,90</b>	<b>13,60</b>	<b>75,70</b>	%		

جدول رقم (9): العلاقة بين المتابعة الجيدة للنساء اثناء الحمل وخلفيتهن

المجموع	لا شيء	ادوية مكملة	فحوصات وتحاليل دم	متابعة الحمل الخلفية			
				ك	نعم	المهنة	
40	1	24	34	ك	نعم	المهنة	
	2,50	60	85	%			
90	9	50	73	ك	لا		
	10	55,60	81,10	%			
15	4	7	9	%	أمي	المستوى التعليمي	
	26,70	46,70	60	ك			
15	2	9	12	%	ابتدائي		
	13,30	60	80	ك			
27	2	14	22	%	متوسط		
	7,40	51,90	81,50	ك			
39	1	22	35	%	ثانوي		
	2,60	56,40	89,70	ك			
34	1	22	29	%	جامعي فأكثر		
	2,90	64,70	85,30	ك			
28	6	15	16	ك	اقل من 18000		الدخل
	21,40	53,60	57,10	%			
23	1	11	21	ك	من 18000 دج الى 30000 دج		
	4,30	47,80	91,30	%			
26	1	15	23	ك	من 30000 دج الى 40000 دج		
	3,80	57,70	88,50	%			
19	0	13	16	ك	من 40000 دج- 50000 دج		
	-	68,40	84,20	%			
34	2	20	31	ك	أكثر من 50000		
	5,90	58,80	91,20	%			
<b>130</b>	<b>10</b>	<b>74</b>	<b>107</b>	<b>ك</b>	<b>المجموع</b>		

جدول رقم (10): المضاعفات التي تعرضت لها المبحوثات اثناء النفاس

مضاعفات النفاس	التكرار	%
افراز مهبلي	2	1,54
انتفاخ	15	11,54
انتفاخ والم في الساقين +افراز مهبلي	7	5,38
انتفاخ والم في الساقين+ فقر الدم + افراز مهبلي+ نزيف	13	10
انتفاخ والم في الساقين+ نزيف+ افراز مهبلي	7	5,38
انتفاخ+ فقر الدم	7	5,38
فقر الدم	26	20
فقر الدم+ افراز مهبلي	17	13,08
فقر الدم+ افراز مهبلي +عدوى	3	2,31
نزيف	4	3,08
لا يوجد مضاعفات	29	22,31
المجموع	130	100

جدول رقم (10-1): المضاعفات التي تعرضت لها المبحوثات اثناء النفاس

مضاعفات النفاس	ك	%
فقر الدم	67	39,2%
انتفاخ والم في الساقين	48	28,1%
افراز مهبلي كري الرائحة	37	21,6%
نزيف	14	8,2%
عدوى	5	2,9%
المجموع	171	100,0%

جدول رقم (11): عدد الأطفال قبل الإصابة وخلفية المبحوثة الثقافية والاجتماعية

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	0	عدد الأطفال قبل الإصابة			
						الخلفية			
40	1	3	10	7	19	ك	نعم	عمل الزوجة	
100	2,5	7,5	25,0	17,5	47,5	%			
90	27	8	13	13	29	ك	لا		
100	30,0	8,9	14,4	14,4	32,2	%			
15	8	1	-	2	4	%	أمي	المستوى التعليمي	
100	53,3	6,7	-	13,3	26,7	ك			
15	8	2	2	-	3	%	ابتدائي		
100	53,3	13,3	13,3	-	20,0	ك			
27	6	2	6	5	8	%	متوسط		
100	22,2	7,4	22,2	18,5	29,6	ك			
39	5	5	8	8	13	%	ثانوي		
100	12,8	12,8	20,5	20,5	33,3	ك			
34	1	1	7	5	20	%	جامعي فأكثر		
100	2,9	2,9	20,6	14,7	58,8	ك			
28	7	2	5	3	11	ك	اقل من 18000		دخل الزوجين معا
100	25,0	7,1	17,9	10,7	39,3	%			
23	7	1	5	2	8	ك	من 18000 دج الى 30000 دج		
100	30,4	4,3	21,7	8,7	34,8	%			
26	7	5	4	4	6	ك	من 30000 دج الى 40000 دج		
100	26,9	19,2	15,4	15,4	23,1	%			
19	2	2	2	5	8	ك	من 40000 دج- 50000 دج		
100	10,5	10,5	10,5	26,3	42,1	%			
34	5	1	7	6	15	%	اكثر من 50000		
100	14,7	2,9	20,6	17,6	44,1	ك			
130	28	11	23	20	48	ك	المجموع		
100	21,5	8,5	17,7	15,4	36,9%	%			

جدول رقم(12): وقت الإصابة بالمرض والمستوى التعليمي

المجموع	وقت الإصابة			المستوى التعليمي	
	في العام الأول من الزواج	بعد فترة من الزواج	قبل الزواج		
15	1	14	-	ك	أمي
100	6,7	93,3	-	%	
15	-	13	2	ك	ابتدائي
100	-	86,7	13,3	%	
27	1	25	1	ك	متوسط
100	3,7	92,6	3,7	%	
39	2	31	6	ك	ثانوي
100	5,1	79,5	15,4	%	
34	4	25	5	ك	جامعي فأكثر
100	11,8	73,5	14,7	%	
130	8	108	14	ك	المجموع
100	6,2	83,1	10,8	%	

جدول رقم (13): نوع المرض وعدد الحمول بعد الإصابة

المجموع	أكثر من 3	3	2	1	عدد الحمل بعد المرض نوع المرض	
					ك	
48	1	8	11	28	ك	مرض السكري
100	2,1	16,7	22,9	58,3	%	
31	1	3	9	18	ك	الضغط الدموي
100	3,2	9,7	29	58,1	%	
4	-	-	-	4	ك	مرض القلب
100	-	-	-	100	%	
17	2	1	5	9	ك	الربو
100	11,8	5,9	29,4	52,9	%	
17	-	-	1	16	ك	امراض الكلى
100	-	-	5,9	94,1	%	
2	-	1	-	1	ك	مرض اخر
100	-	50	-	50	%	
11	-	4	1	6	ك	أكثر من مرض مزمن
100	-	36,4	9,1	54,5	%	
<b>130</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>27</b>	<b>82</b>	ك	<b>المجموع</b>
<b>100</b>	<b>3,1</b>	<b>13,1</b>	<b>20,8</b>	<b>63,1</b>	%	

جدول رقم (14) نوع المرض وعدد الاطفال قبل الإصابة

المجموع	أكثر من 5	4-3	2-1	0	عدد الأطفال قبل المرض نوع المرض	
					ك	%
48	2	10	16	20	ك	مرض السكري
100	4,2	20,8	33,3	41,7	%	
31	5	11	9	6	ك	الضغط الدموي
100	16,1	35,5	29	19,4	%	
4	2	1	1		ك	مرض القلب
100	50	25	25		%	
17	2		6	9	ك	الربو
100	11,8		35,3	52,9	%	
17	1	1	6	9	ك	امراض الكلى
100	5,9	5,9	35,3	52,9	%	
2			1	1	ك	مرض اخر
100			50	50	%	
11	1	3	4	3	ك	أكثر من مرض مزمن
100	9,1	27,3	36,4	27,3	%	
<b>130</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>43</b>	<b>48</b>	ك	<b>المجموع</b>
<b>100</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>33,1</b>	<b>36,9</b>	%	

جدول رقم (15): العلاقة بين المرض المزمن و عدد الأجهزة

المجموع	اكثر من 3	2	1	0	عدد الاجهيزات / نوع المرض	
					ك	%
48	2	3	10	33	ك	مرض السكري
100	4,2	6,3	20,8	68,8	%	
31	-	2	10	19	ك	الضغط الدموي
100	-	6,5	32,3	61,3	%	
4	-	-	2	2	ك	مرض القلب
100	-	-	50	50	%	
17	1	-	6	10	ك	الربو
100	5,9	-	35,3	58,8	%	
17	1	2	4	10	ك	امراض الكلى
100	5,9	11,8	23,5	58,8	%	
2	-	1	1	-	ك	مرض اخر
100	-	50	50	-	%	
11	-	-	1	10	ك	اكثر من مرض مزمن
100	-	-	9,1	90,9	%	
<b>130</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	<b>84</b>	ك	<b>المجموع</b>
<b>100</b>	<b>3,1</b>	<b>6,2</b>	<b>26,2</b>	<b>64,6</b>	%	

جدول رقم (16) : العلاقة بين نوع المرض ووسيلة استعمال منع الحمل

المجموع	اخرى	العازل الواقي للرجل	الحقن	اللولب	الحبوب	نوع وسيلة إم ح	
						نوع المرض	
41	1	4	-	3	33	ك	مرض السكري
100	2,4	9,8	-	7,3	80,5	%	
25	-	6	1	1	17	ك	الضغط الدموي
100	-	24	4	4	68	%	
4	-	1	-	-	3	ك	مرض القلب
100	-	25,0	-	-	75,0	%	
13	-	2	1	-	10	ك	الربو
100	-	15,4	7,7	-	76,9	%	
10	-	1	1	-	8	ك	امراض الكلى
100	-	10	10	-	80	%	
1	1	-	-	-	-	ك	مرض اخر
100	100	-	-	-	-	%	
9	1	-	1	-	7	ك	اكثر من مرض مزمن
100	11,1	-	11,1	-	77,8	%	
103	3	14	4	4	78	ك	المجموع
100	2,9	13,6	3,9	3,9	75,7	%	

جدول رقم (17): علاقة المرض المزمن مع الولادة القيصرية

المجموع	3	2	1	ولادة قيصرية	
				نوع المرض	
10	-	2	8	ك	مرض السكري
100	-	20	80	%	
8	2	1	5	ك	الضغط الدموي
100	25,0	12,5	62,5	%	
1	-	-	1	ك	مرض القلب
100	-	-	100	%	
4	1	2	1	ك	الربو
100	25,0	50	25	%	
2	-	-	2	ك	امراض الكلى
100	-	-	100	%	
1	1	-	-	ك	مرض اخر
100	100	-	-	%	
7	3	2	2	ك	أكثر من مرض مزمن
100	42,9	28,6	28,6	%	
33	7	7	19	ك	المجموع
100	21,2	21,2	57,6	%	

جدول رقم (18): العلاقة بين عدد الأطفال قبل الإصابة والاجهاز

المجموع	3	2	1	0	عدد الاجهازات عدد الأطفال قبل المرض	
					ك	
48	3	3	13	29	ك	0
100	6,3	6,3	27,1	60,4	%	
20	-	-	5	15	ك	1-2
100	--	-	25,0	75,0	%	
23	-	3	6	14	ك	3-4
100	-	13,0	26,1	60,9	%	
11	1	-	1	9	ك	5-6
100	9,1	-	9,1	81,8	%	
28	-	2	9	17	ك	اكثر من 6
100	-	7,1	32,1	60,7	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

جدول رقم (19): العلاقة بين السن الحالي وعدد الاجهاز

المجموع	3	2	1	0	عدد الاجهازات	
					السن الحالي	
9	-	1	2	6	ك	24-20
100	-	11,1	22,2	66,7	%	
18	1	2	2	13	ك	29-25
100	5,6	11,1	11,1	72,2	%	
23	-	-	8	15	ك	34-30
100	-	-	34,8	65,2	%	
22	1	1	7	13	ك	39-35
100	4,5	4,5	31,8	59,1	%	
27	2	3	8	14	ك	44-40
100	7,4	11,1	29,6	51,9	%	
31	-	1	7	23	ك	49-45
100	-	3,2	22,6	74,2	%	
130	4	8	34	84	ك	المجموع
100	3,1	6,2	26,2	64,6	%	

جدول رقم (20): وفيات الأطفال قبل المرض مع عدد الأطفال قبل المرض

المجموع	3	2	1	0	عدد الأطفال المتوفين قبل المرض	
					عدد الأطفال قبل المرض	
48	1	-	2	45	ك	0
100	2,10	-	4,20	93,80	%	
43	-	-	8	35	ك	2-1
100	-	-	18,60	81,40	%	
26	1	-	4	21	ك	4-3
100	3,80	-	15,40	80,80	%	
13	-	1	3	9	ك	أكثر من 4
100	-	7,70	23,10	69,20	%	
130	2	1	17	110	ك	المجموع
100	1,50	0,80	13,10	84,60	%	

جدول رقم 21: العلاقة بين نوع المرض المزمن و نتيجة الحمل

المجموع	انهاء الحمل بسبب تشوه الجنين	ولادة مبكرة		موت الجنين			مولود ميت		نتيجة الحمل نوع المرض	
		2	1	3	2	1	2	1	ك	مرض
12	-	1	7	1	-	1	-	2	ك	مرض
100	-	8,3	58,3	8,3	-	8,3	-	16,7	%	السكري
8	-	1	6	-	--	-	-	1	ك	الضغط
100	-	12,5	75	-	-	-	-	12,5	%	الدموي
2	-		2	-	-	-	-		ك	مرض
100	-		100	-	-	-	-		%	القلب
7	-		3	-	1	2	-	1	ك	الربو
100	-		42,9	-	14,3	28,6	-	14,3	%	
4	-	1	1	-	-	1	-	1	ك	امراض
100	-	25	25	-	-	25,0	-	25	%	الكلى
1	-	-	-	-	-		-	1	ك	سرطان
100	-	-	-	--	-		-	100	%	الثدي
7	1	-	-	1	-	4	1	-	ك	اكثر من
100	14,28	-	--	14,3	-	57,1	14,3	-	%	مرض مزمن
41	1	3	19	2	1	8	1	6	ك	المجموع
100	2,4	7,3	46,3	4,9	2,4	19,5	2,4	14,6	%	

جدول رقم (22): مضاعفات الحمل ونوع المرض المزمن

المجموع	ولادة قيصرية	مولود ميت	موت الجنين	ولادة مبكرة	حمل خارج الرحم	الاجهاض		
							ك	
31	9	2	5	7	2	11	ك	السكري
-	29	6,50	16,10	22,60	6,50	35,50	%	
21	7	1	4	6	-	11	ك	الضغط الدموي
-	33,30	4,80	19	28,60	-	52,40	%	
6	2	-	1	2	-	3	ك	القلب
-	33,30	-	16,70	33,30	-	50	%	
11	1	1	2	3	-	6	ك	الربو
-	9,10	9,10	18,20	27,30	-	54,50	%	
8	2	1	1	1	-	4	ك	امراض الكلى
-	25	12,50	12,50	12,50	-	50	%	
71	19	5	8	19	2	33	ك	المجموع

جدول رقم (23) الحالة المهنية ونوع المرض وعدد المتابعة الصحية للحمل

المجموع	عدد الكشف قبل الولادة للحمل						
	أكثر من 5 زيارات	4-3	2-1				
17	10	6	1	ك	مرض السكري	نعم	
100	58,80	35,30	5,90	%			
9	5	4	-	ك	الضغط الدموي		
100	55,60	44,40	-	%			
5	2	3	-	ك	الربو		
100	40	60	-	%			
6	4	2	-	ك	امراض الكلى		
100	66,70	33,30	-	%			
1	1	-	-	ك	مرض اخر		
100	100	-	-	%			
2	-	2	-	ك	أكثر من مرض مزمن		
100	-	100,00	-	%			
<b>40</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	ك	المجموع		
<b>100</b>	<b>55</b>	<b>42,50</b>	<b>2,50</b>	%			
31	17	11	3	ك	مرض السكري	لا	
100	54,80	35,50	9,70	%			
22	11	9	2	ك	الضغط الدموي		
100	50	40,90	9,10	%			
4	3	1	-	ك	مرض القلب		
100	75	25	-	%			
12	5	3	4	ك	الربو		
100	41,70	25	33,30	%			
11	5	3	3	ك	امراض الكلى		
100	45,50	27,30	27,30	%			
1	-	1	-	ك	مرض اخر		
100	-	100	-	%			
9	1	5	3	ك	أكثر من مرض مزمن		
100	11,10	55,60	33,30	%			
<b>90</b>	<b>42</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	ك	المجموع		
<b>100</b>	<b>46,70</b>	<b>36,70</b>	<b>16,70</b>	%			
<b>130</b>	<b>64</b>	<b>50</b>	ك	ك	المجموع		
<b>100</b>	<b>49,20</b>	<b>38,50</b>	%	%			

جدول رقم ( 24 ) سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل

سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل	ك	%
الرغبة في المزيد من الانجاب	11	40,7
صعوبة الاستعمال	2	7,4
معارضة تنظيم الاسرة مع الدين	2	7,4
عدم موافقة الزوج	2	7,4
الخوف من الآثار الجانبية	3	11,1
الرضاعة	3	11,1
بسبب المرض المزمن ومضاعفاته	6	22,2
المجموع	27	100,0

جدول رقم (25): وفيات الأطفال قبل المرض ومدة الحياة الزوجية قبل المرض

المجموع	عدد الأطفال المتوفين قبل المرض				مدة الحياة الزوجية قبل المرض	
	3	2	1	0	ك	الإصابة بالمرض قبل الزواج
14	-	-	1	13	ك	الإصابة بالمرض قبل الزواج
100	-	-	7,10	92,90	%	
50	-	-	6	44	ك	4-1
100	-	-	12	88	%	
24	1	-	2	21	ك	9-5
100	4,20	-	8,30	87,50	%	
16	-	-	3	13	ك	14-10
100	-	-	18,80	81,30	%	
11	-	1	3	7	ك	19-15
100	-	9,10	27,30	63,60	%	
15	1	-	2	12	ك	أكثر من 20 سنة
100	6,70	-	13,30	80	%	
130	2	1	17	110	ك	المجموع
100	1,50	0,80	13,10	84,60	%	

جدول رقم (25): المشاكل المتعلقة بالطفل الأخير بعد المرض

إنجاب طفل	التكرار	%
لا يوجد مشكل	64	49,2
زائد الوزن	40	30,8
تشوه خلقي	4	3,1
ناقص الوزن	17	13,1
زائد الوزن + تشوه خلقي	2	1,5
تشوه خلقي + ناقص الوزن	3	2,3
المجموع	130	100

جدول رقم (26): السن عند الانجاب بعد المرض ووفيات الأطفال

وفيات الأطفال بعد المرض السن عند الانجاب بعد المرض	0	1	2	3	4	المجموع
ك	-	1	-	-	-	1
%	-	100	-	-	-	100
ك	15	5	-	-	1	21
%	71.4	23.8	-	-	4.8	100
ك	31	5	1	1	-	38
%	81.6	13.2	2.6	2.6	-	100
ك	18	6	-	-	-	24
%	75	25	-	-	-	100
ك	16	5	1	1	-	23
%	69.6	21.7	4.3	4.3	-	100
ك	19	3	-	-	-	22
%	86.4	13.6	-	-	-	100
ك	1	-	-	-	-	1
%	100	-	-	-	-	100
ك	100	25	2	2	1	130
%	76.9	19.2	1.5	1.5	.8	100

جدول رقم ( 27 ): العلاقة بين المهنة حالة المولود

المجموع	زائد الوزن	ناقص الوزن	تشوه خلقي	العمل	
				ك	نعم
21	13	4	4	ك	نعم
29,2	32,5	18,2	40	%	
51	27	18	6	ك	لا
70,8	67,5	81,8	60	%	
72	40	22	10	ك	المجموع
100	100	100	100	%	

جدول رقم 28 : العلاقة بين قرارات الانجاب بين الزوجين وعدد الأطفال قبل المرض

المجموع	5 فاكثر	4-3	2-1	0		
					ك	للزوج
16	-	4	7	5	ك	للزوج
100	-	25	43,8	31,3	%	
21	2	1	5	13	ك	للزوجة
100	9,5	4,8	23,8	61,9	%	
46	6	6	14	20	ك	للزوجين معا
100	13	13	30,4	43,5	%	
47	5	15	17	10	ك	بدون تخطيط
100	10,6	31,9	36,2	21,3	%	
130	13	26	43	48	ك	المجموع
100	10	20	33,1	36,9	%	

ملحق رقم 03

---

## قائمة الأساتذة المحكمين

1- الأستاذة: كواش الزهرة

الرتبة: أستاذة التعليم العالي

الجامعة: الجزائر 02

الكلية: العلوم الاجتماعية

التخصص: علم الاجتماع والديموغرافيا

2- الأستاذة: اسيا شريف

الرتبة: أستاذة التعليم العالي

الجامعة: المدرسة الوطنية للإحصاء والاقتصاد التطبيقي

التخصص: الديموغرافيا

3- الأستاذة: مامش نجية

الرتبة: أستاذة محاضرة أ

الجامعة: المسيلة

الكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

التخصص: علم الاجتماع والديموغرافيا

ملحق رقم 04

---

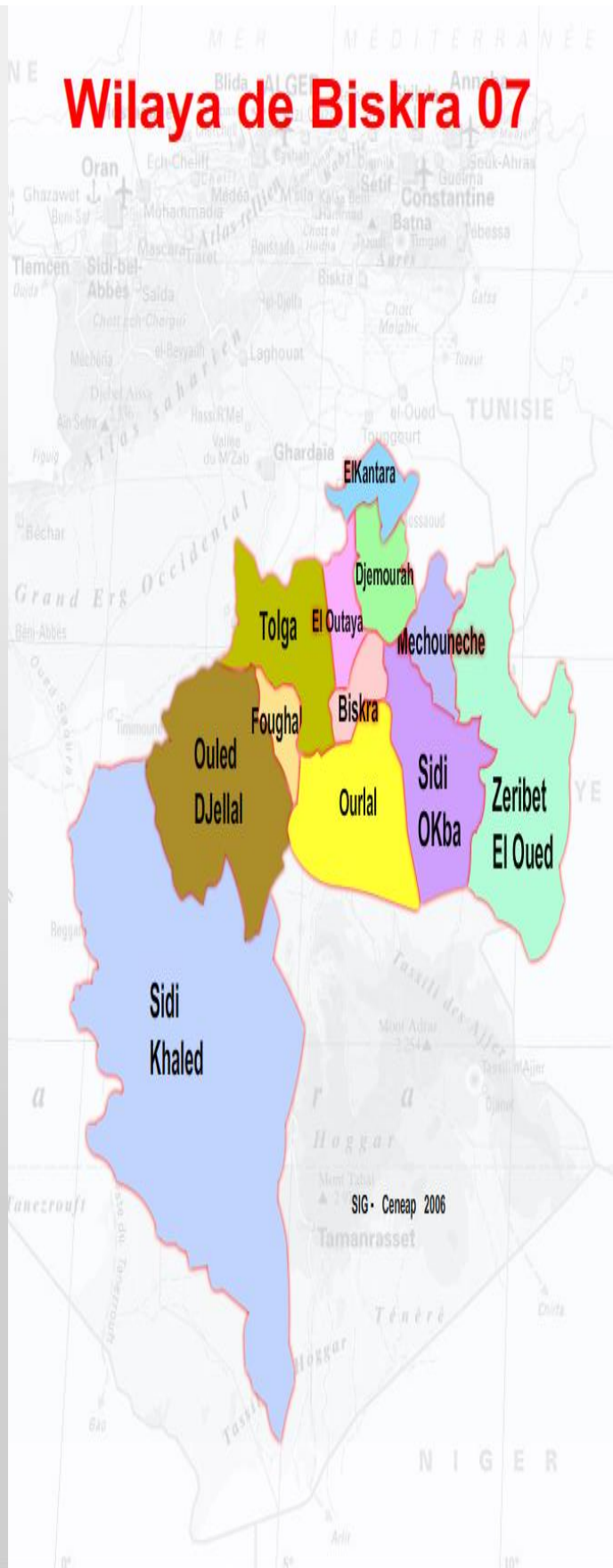


# Wilaya de Biskra 07

[Retour](#)

Population 2006 : 672936  
 Nombre de Daïra : 12  
 Nombre de Communes : 33  
 Urbaines : 07  
 Rurales : 26

DAIRA	Nombre de communes	Population
BISKRA	2	220 237
EL OUTAYA	1	10 191
SIDI OKBA	4	57 778
TOLGA	4	85 094
OULED DJELLAL	3	82 641
OURLAL	5	45 757
ZERIBET EL OUED	4	44 808
EL KANTARA	2	15 835
SIDI KHALED	3	54 732
FOUGHALA	2	26 111
MECHOUNECHE	1	10 848
DJEMORAH	2	18 904



SIG - Ceneap 2006

# Wilaya de M'sila 28

[Retour](#)

Population 2006 : 929681  
 Nombre de Daïra : 15  
 Nombre de Communes : 47  
 Urbaines : 14  
 Rurales : 33

DAIRA	Nombre de communes	Population
M'SILA	1	143 382
HAMMAM DALAA	4	75 012
OULED DERRADJ	5	93 950
SIDI AISSA	3	84 703
AIN EL MELH	5	54 745
BEN SROUR	4	40 291
BOUSAADA	4	135 249
OULED SIDI BRAHIM	2	16 595
SIDI AMEUR	2	28 264
MAGRA	5	109 804
CHELLAL	4	32 693
KHOUBANA	2	26 387
MEDJEDEL	2	29 341
AIN EL HADJEL	2	39 682
DJEBEL MESSAAD	2	19 583



SIG - Ceneap 2006