

د. فهيمة خليفاهوي

# المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

دراسة سوسيو ديمغرافية  
من خلال المسوح الديمغرافية الصحية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

## مستخرج من محضر اللجنة العلمية للقسم

بناءً على تقارير الخبرة الإيجابية وافقت اللجنة العلمية للقسم في جلستها

المنعقدة يوم: 22 فيفري 2024 على تبني كتاب بيداغوجي الأستاذ(ة): خليفاوي

فهيمة الموسومة بـ: "الرأة و الصحة الانجابية في المجتمع الجزائري" دراسة

سوسيوديمغرافية من خلال المسوح الديمغرافية الصحية كتاب بيداغوجي موجهة

لطلبة علم السكان و طلبة الصحة و السكان و طلبة علم اجتماع الصحة وما

ارتبط بها من تخصصات للسنة الجامعية: 2024/2023.

سلم هذا المستخرج بطلب من المعنية لاستعماله في حدود ما يسمح به القانون.

الجزائر في: 2024/07/08

رئيس اللجنة العلمية

أ.د. حرايرية عتيقة  
رئيسة اللجنة العلمية لقسم  
علم الاجتماع و الديمغرافية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
People's Democratic Republic of Algeria  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي  
Ministry of Higher Education and Scientific Research

Algiers University2

Abou EL Kacem Saadallah

Social Sciences College  
Scientific Council of the Faculty



جامعة الجزائر 2

أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية  
المجلس العلمي للكلية

## مستخرج من محضر اجتماع المجلس العلمي للكلية

بناءً على تقارير الخبرة الإيجابية وافق المجلس العلمي للكلية بجلسته المنعقدة بتاريخ  
2024 /06/02 على الكتاب البيداغوجي للأستاذ(ة): فهيمة خليفاتي، الموسوم ب :  
" المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري: دراسة سوسيو ديموغرافية خلال المسوح  
الديموغرافية الصحية "

سُلم هذا المستخرج بطلب من المعني (ة) لاستخدامه فيما يسمح به القانون.

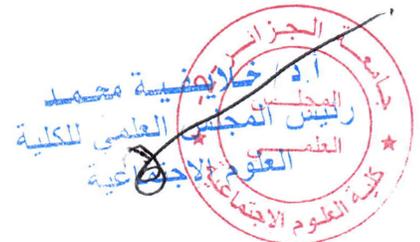
العميد

كلية العلوم الاجتماعية



بجري نبيل

رئيس المجلس العلمي



# المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

دراسة سوسيوديمغرافية

من خلال المسوح الديمغرافية الصحية

الدكتورة: فهيمة خليفوي







النَّاشِر دارجودة للنشر والتوزيع

الجزائر - (باتنة)

الطبعة الثانية 1445 هـ - 2024 م

الإيداع القانوني: 02/2024

ISBN: 978-9969-00-189-1

عنوان العمل: المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

من إعداد: الدكتورة: فهيمة خليفاي

تصميم الغلاف: زكريا رقاب

الهاتف: 00213671827876

البريد الإلكتروني: [editionjouda@gmail.com](mailto:editionjouda@gmail.com)

جميع حقوق النشر الورقي والإلكتروني والمرئي والمسموع

محفوظة للمؤلف وغير مسموح بتداول هذا الكتاب بالقص أو النسخ

أو التعديل إلا بإذن منه. ويكون الكاتب مسؤولاً عن كل تبعة أدبية أو مادية أو نظامية تنشأ عن جميع مطالب

تتعلق بمادة الكتاب أو محتوياته أو رسومه.



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿يَرْفَعُ اللّٰهُ الَّذِیْنَ اٰمَنُوْا مِنْكُمْ وَالَّذِیْنَ اٰتَوْا الْعِلْمَ

دَرَجَاتٍ ۗ وَاللّٰهُ بِمَا تَعْمَلُوْنَ خَبِیْرٌ﴾

(المجادلة 11)



# إهداء

إلى كل محبي العلم الذين رفعوا التحري لأجل التقدم للأمام

إلى كل من يسعى بكل حبه لإنارة الأفرين وزرع الأمل والتفاؤل

إلى كل هؤلاء أهري هذا العمل





# الفهرس

## الفصل الأول: الصحة الإنجابية للمرأة وأهم المؤتمرات التي اهتمت بها

26	تمهيد
26	أولا - الصحة الإنجابية للمرأة وسبل تحقيقها
26	1- مفهوم الصحة الإنجابية
27	2- أهداف الصحة الإنجابية
28	3- جوانب الصحة الإنجابية
29	1-3- الرعاية الصحية للأمهات
29	1-1-3- الرعاية الصحية في فترة الحمل
34	2-1-3- الرعاية الصحية أثناء الوضع
34	3-1-3- الرعاية الصحية بعد الوضع
36	2-3- التطعيم ضد التيتانوس
38	3-3- تنظيم النسل
38	1-3-3- مفهوم تنظيم النسل
39	2-3-3- فوائد تنظيم النسل
40	3-3-3 وسائل تنظيم النسل
42	4-3- تغذية الحامل
42	1-4-3 تعريف
43	2-4-3 احتياجات الحامل

- 45 3-4-3- اهم المشاكل المصاحبة للحمل والمرتبطة بالنظام الغذائي
- 46 4- العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية للمرأة
- 47 4-1- العوامل الداخلية
- 47 4-1-1- تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية
- 49 4-1-2- تأثير العوامل الثقافية
- 50 4-1-3- نوعية الأسرة
- 51 4-1-4- تأثير العوامل الديمغرافية
- 52 4-2- العوامل الخارجية
- 52 4-2-1- إخفاقات النظام الصحي
- 52 5- المشاكل المصاحبة للحمل وأثرها على طلب الرعاية الصحية
- 55 ثانيا - أهم المؤتمرات والقمم العالمية التي اهتمت بموضوع الصحة الإنجابية
- 55 1- المؤتمر الدولي الأول للسكان بوخارست 1974
- 56 2- المؤتمر العالمي للسكان مكسيكو 1984
- 57 3- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994
- 58 4- مؤتمر الأمم المتحدة بكين 1995
- 59 5- مؤتمر السكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي 1998
- 61 6- الدورة الاستثنائية التاسعة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة 22  
سبتمبر 2014 نيويورك
- 63 7- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاما قمة نيروبي نوفمبر  
2019

## الفصل الثاني: واقع الصحة الإنجابية للمرأة من خلال المسوح الديمغرافية

- تمهيد 68
- 1- المسح الجزائري لصحة الأم والطفل MDG Algérie 1995 68
- 1-1- التطعيم ضد التيتانوس 68
- 2-1- استعمال وسائل منع الحمل 71
- 2- المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية MICS2 - EDG Algérie 2000 72
- 1-2- الإقبال على الرعاية الصحية في فترة الحمل وبعده 72
- 2-2- امتلاك المرأة لدقتر التلقيح ضد التيتانوس 78
- 3-2- استعمال وسائل تنظيم النسل 80
- 3- المسح الجزائري متعدد المؤشرات MICS3 2006 85
- 1-3- الرعاية الصحية في فترة الحمل وبعده 85
- 2-3- التحصين ضد التيتانوس 89
- 3-3- استعمال وسائل منع الحمل 90
- 4- المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS4 2012-2013 96
- 1-4- الرعاية الصحية في فترة الحمل، الوضع، وبعد الولادة 96
- 2-4- استعمال وسائل منع الحمل 112
- 5- المسح متعدد المؤشرات MICS 6 2018-2019 116
- 1-5- الرعاية الصحية في فترة الحمل 116

130	2-5- الرعاية الصحية أثناء الوضع
138	3-5- التغطية بالتحصين ضد التيتانوس الوليدي
142	4-5- استعمال وسائل تنظيم النسل
155	خلاصة

### الفصل الثالث: أهم الأمراض المرتبطة بالحياة الإنجابية

160	تمهيد
160	1- الأمراض التي تنتقل جنسيا
160	1-1- متلازمة العوز المناعي
162	2-1- الكلاميديا
163	3-1- الزهري
165	4-1- السيلان
165	5-1- الهربس التناسلي
167	6-1- فيروس البابلوسي البشري والترايكوموناس
167	2- بعض الأمراض المصاحبة للحمل
167	2-1- سكري الحمل
168	2-1-1- مضاعفات سكري الحمل
169	2-2- ارتفاع ضغط الدم عند الحوامل
171	2-3- فقر الدم عند النساء الحوامل
173	3- بعض الأمراض المصاحبة للولادة

173	1-3 ناسور الولادة
175	الخلاصة
177	الخاتمة

## فهرس الجداول

44	الجدول رقم (1): العناصر الغذائية الأساسية للمرأة في فترة الحمل
69	الجدول رقم (2): توزيع النساء حسب امتلاكهن لدفتر التلقيح حسب مكان الإقامة، منطقة السكن ونوع المسكن
71	الجدول رقم (3): توزيع النساء حسب نوع الوسيلة المستعملة في تنظيم النسل
74	الجدول رقم (4): نسبة النساء اللواتي استفدن على الأقل من زيارة في فترة حملهن خلال الخمس سنوات التي سبقت الحمل حسب السن، مكان ومنطقة الإقامة ونوع المسكن
76	الجدول رقم (5): نسبة النساء اللواتي استفدن من مساعدة أثناء الوضع خلال الخمس سنوات التي سبقت الحمل حسب السن، مكان ومنطقة الإقامة ونوع المسكن
79	الجدول رقم (6): امتلاك المرأة لدفتر التلقيح ضد التيتانوس
84	الجدول رقم (7): توزيع المبحوثات حسب أسباب عدم الرغبة في استعمال أي وسيلة من وسائل الحمل
86	الجدول رقم (8): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين قبل اجراء المسح حسب الشخص الذي قام بالمراقبة وبعض المتغيرات السوسيو-اقتصادية
91	الجدول رقم (9): استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان ومنطقة الإقامة، السن، عدد الأطفال الأحياء، المستوى التعليمي، الحالة الشخصية ومستوى الرفاه

95	الجدول رقم (10): توزيع النساء حسب الأسباب التي كانت وراء رفضها لأي وسيلة من وسائل الحمل
97	الجدول رقم (11): توزيع النساء 15-49 سنة الذين لهم ولادة في السنتين السابقتين للمسح حسب نوع الأشخاص الذين قدموا الرعاية في فترة الحمل
101	الجدول رقم (12): توزيع النساء 15-49 سنة الذين لهم ولادة في السنتين السابقتين للمسح حسب عدد الزيارات لتلقي الرعاية الصحية في فترة الحمل
104	الجدول رقم (13): نسب النساء 15-49 سنة الذين وضعوا مولودا في السنتين السابقتين للمسح حسب الشخص الذي أشرف على عملية الولادة.
109	الجدول رقم (14): نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي وضعن اخر مولود لهن سنتين قبل إجراء المسح حسب عدد الزيارات لطلب الرعاية الصحية بعد الوضع
113	الجدول رقم (15): نسب النساء من 15-49 سنة متزوجات وتستعمل وسيلة لتنظيم الحمل
118	الجدول رقم (16): نسب النساء في عمر 15-49 سنة اللواتي وضعن مولودا في السنتين الأخيرتين قبل إجراء المسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية
121	الجدول رقم (17): توزيع النساء من 15-49 سنة اللواتي وضعن مولودا في السنتين السابقتين للمسح حسب عدد الزيارات لتلقي الرعاية الصحية في فترة الحمل والفترة التي تمت فيها الزيارة الأولى.

125	الجدول رقم (18): نسب النساء اللواتي قمن بالزيارة من أجل المراقبة الطبية في فترة الحمل حسب سبب الإقدام على تلقي الرعاية وحسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية
130	الجدول رقم (19): نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود في آخر سنتين قبل المسح حسب مكان الوضع
134	الجدول رقم (20): نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود حي خلال اخر سنتين قبل الحمل حسب الشخص الذي ساعد المرأة اثناء الوضع، ونسب الولادات القيصرية.
139	الجدول رقم (21): نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللواتي قمن بالتحصين ضد التيتانوس الوليدي في فترة حملهن لأخر مولود سنتين قبل إجراء المسح
143	الجدول رقم (22): نسبة النساء أو الأزواج الذين يستعملون وسيلة من وسائل منع الحمل وقت إجراء المسح
147	الجدول رقم (23): نسب النساء اللواتي استعملن وسيلة من وسائل تنظيم النسل بقرار منهن، أو وصفت لهن من قبل شخص في مؤسسة صحية لأوضاعهن الصحية
148	الجدول رقم (24): نسب النساء المتزوجات في الفئة 15-49 سنة اللواتي تستعملن وسيلة حديثة لتنظيم النسل حسب متوسط مدة الاستعمال والعوامل السوسيواقتصادية المتحكمة في ذلك
153	الجدول رقم (25): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لا تستعملن وسائل منع الحمل حسب الأسباب المتحكمة في ذلك

154	الجدول رقم (26): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لا تستعملن وسائل منع الحمل حسب الشخص المتحكم في ذلك
-----	---

### فهرس الرسوم البيانية

73	الرسم البياني رقم (1): نسبة النساء اللواتي استفدن على الأقل من متابعة طبية في فترة حملهن الاخير حسب متغير السن ومكان ومنطقة الإقامة
77	الرسم البياني رقم (2): نسبة النساء اللواتي استفدن من الرعاية الصحية خلال الثلاث أشهر الأولى بعد الوضع حسب السن ومنطقة ومكان الإقامة ونوع المسكن
81	الرسم البياني رقم (3): توزيع النساء المتزوجات خلال المسح حسب وسيلة منع الحمل الأكثر اعتمادا
82	الرسم البياني رقم (4): توزيع النساء حسب نسب استعمال وسائل تنظيم الحمل حسب المسحين MDG 1995 و EDG 2000
89	الرسم البياني رقم (5): توزيع المبحوثات حسب أسباب عدم تلقي الرعاية بعد الوضع
90	الرسم البياني رقم (6): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود حي خلال 12 شهر الأخيرة والمحصنات ضد التيتانوس الوليدي

# المقدمة

للمرأة أهمية كبيرة في بناء المجتمعات وإعلاء شأن الأمم، فهي المربية الأولى التي تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية للأجيال، فإن أهمل تعليمها وأسئنت تنشئتها بحيث لا تزود بالمعلومات الصحيحة عن نفسها وحياتها وحيضها وحملها وإرضاعها وتربيتها لأبنائها شلت حياة الأمة وترك أبنائها وبناتها فريسة للأمراض، فإن لم تعلم الحامل أن الرعاية الصحية لها في فترة الحمل وبعده مهمة لها بل واجبة عليها، حملت وهي معرضة لخطر الإصابة بمضاعفات وتعقيدات صحية مصاحبة للحمل دون أن تدري، وإن لم تعلم أنها بحاجة لمادة الحديد في فترة الحمل حملت وهي فقيرة الدم وأثر ذلك على صحتها وصحة جنينها وإن لم تعلم أن ازدياد الوزن السريع وانتفاخ الرجلين وارتفاع ضغط الدم السريع هي من علامات الإنساق الحملي، تأزمت حالتها وأصبح من الصعب إنقاذها.

إن مخاطر حدوث المرض وربما الوفاة المرتبطة بالحمل والولادة تعتبر عالية جدًا وهذا نتيجة لتعقد الحالة الصحية للمرأة في هذه الفترة من حياتها والزاجعة أساسا إلى عدم اهتمامها بصحتها الإنجابية كعدم الكشف المبكر عن الأعراض والمضاعفات الناتجة عن الحمل وهذا نتيجة إهمال الفحوصات اللازمة قبل وأثناء مرحلة الحمل وبعده، وعدم المامها بمعلومات تخص تنظيمها لنسلها، تحصينها ضد التيتانوس الذي قد يؤدي بحياتها وحيات مولودها ومعلومات أخرى عن الأمراض التي يمكن أن تظهر في فترة حملها، و عن النظام الغذائي الذي يجب ان يتبع.

إن هذا الواقع من حياة المرأة عرف عدة تغيرات جراء عملية التحول والتغير الاجتماعي الحاصلين في المجتمع، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال النتائج التي أتت بها المسوح الديمغرافية والصحية. فحسب نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1994 بينت النتائج أن من بين " 932 حالة زواج نجد 30 حالة وفاة أي 3,21% وهي راجعة إلى أسباب مرتبطة بالحمل أو الإنجاب.

وحسب نتائج التقرير حول وفيات الأمهات لسنة 1999 تبين أنه "من بين 157 امرأة هناك 28,2% من النساء لم تتلق أي كشف طبي طيلة فترة حملها"، كما تعاني 18,4% من النساء بحالات الإصابة بضغط الدم و16,6% من حالات النزيف و13% من حالات أمراض القلب و12,2% من النساء تعرضت لخطر الولادة العسيرة من بينها 30% حالة ولادة قيصرية<sup>1</sup>.

إنّ سوء الحالة الصحيّة للأم له انعكاسات مباشرة على جنينها " فحسب ما جاء في تقرير المشروع الاقتصادي والاجتماعي حول صحّة الأم والطفل لسنة 1997" ان وفيات الرضع المبكرة بلغت نسبة 67.9% وهي تحدث خلال الأيام السبعة الأولى من حياتهم ، أمّا نسبة الأطفال الرضع الذين لم تتعدى حياتهم 30 يوم منذ ولادتهم فقد بلغت نسبتهم 47,2%<sup>2</sup>، أما عن أسباب الوفاة في هذه الفترة فهي ليست خارجية وإنما تعود إلى أسباب داخلية بالدرجة الأولى وهي وجود خلل في البيئة الرحمية التي أنشئ فيها الجنين والراجعة إلى تفریط الأم لصحتها أي عدم تلقّيها الرعاية الصحية الكافية في فترة الحمل وبعده .

لقد سجلت نتائج المسح الوطني لنهاية العشرية لصحة الأم والطفل MICS2 لسنة 2000 تطوراً ملحوظاً من حيث المتابعة الطبية في فترة الحمل، حيث انتقلت النسبة من 58% سنة 1992 إلى 83% سنة 2000 وهذا عند النساء الأقل من 30 سنة، لتصل إلى 89.4% وهذا حسب ما جاء في نتائج المسح العنقودي MICS3 لسنة 2008.

ومقارنة مع المسح متعدد المؤشرات 2012-2013 "MICS4" فإن النساء في عمر 15 إلى 49 اللواتي استفدن على الأقل من متابعة طبية واحدة بلغت 93%، لتصل إلى 95.3%<sup>3</sup> حسب المسح العنقودي 2018-2019.

<sup>1</sup> - Ministère de la santé et de la population et INSP: Enquête Mortalité Maternelle, Edition A.M.D.S, 1999, p147.

<sup>2</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع تقرير صحة الأم والطفل، لجنة السكان والحاجات الاجتماعية، حيدرة، 1997، دورة التاسعة، ص 59.

<sup>3</sup> - Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière et autres: Enquête par grappes a indicateurs multiples MICS2019, Rapport final des résultats, Décembre 2020, Algérie 2020, p 162.

إنّ هذه الحقائق المقدّمة والتي لها علاقة مباشرة بمدى تلقي المرأة للرعاية الصحية في حياتها الإنجابية، تبين لنا مدى أهميتها في حمايتها من أجل حمل وأمومة آمنة.

فالرعاية الصحية في فترة الحمل مثلاً تعتبر وسيلة للكشف عن المخاطر التي تعرقل سير الحمل بطريقة عادية كما تمكن بالتنبؤ عن نوعية الولادة وبالتالي تأخذ الحيطة والحذر وكل الإجراءات حتى تكون الولادة عادية.

أيضاً تسمح الرعاية الصحية بعد الوضع بتقديم إرشادات للمرأة عن كيفية إرضاع وليدها والعناية بنفسها وتمكنها من اتباع طريقة عصرية لتنظيم النسل كما تكشف لها عن مؤشرات ظهور الأمراض التي قد تصاحب الولادة.

من خلال ما تقدم يتبين لنا أهمية الصحة الإنجابية في الحفاظ على صحة المرأة وصحة أبنائها، وللاقترب من الموضوع ومعرفة التطور الحاصل في هذا المجال في ظل التحولات الحاصلة في المجتمع، قسمنا العمل إلى ثلاثة فصول

**الفصل الأول** حول الصحة الإنجابية للمرأة وأهم المؤتمرات المهمة بها، تم تقسيمه إلى قسمين، القسم الأول يخص الصحة الإنجابية للمرأة وسبل تحقيقها، تطرقنا فيه إلى مفهوم الصحة الإنجابية، أهدافها وجوانبها. أمّا القسم الثاني فخصص لاهم المؤتمرات والقمم العالمية التي اهتمت بموضوع الصحة الإنجابية .

**الفصل الثاني** حول واقع الصحة الإنجابية للمرأة من خلال المسوح الديمغرافية، تطرقنا فيه إلى:

- المسح الجزائري لصحة الأم والطفل 1995.MDG.

-المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية 2000 EDG ALGERIE (MICS2)

-المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)

- المسح الوطني متعدد المؤشرات 2012-2013 (MICS4)

- المسح متعدد المؤشرات 2018-2019 (MICS6)

الفصل الثالث حول أهم الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية، تم تقسيمه إلى قسمين: قسم خاص بالأمراض التي تنتقل جنسيا، وقسم خاص ببعض الأمراض المصاحبة للحمل، وآخر للأمراض المصاحبة للولادة.



# الفصل الأول

## الصحة الإنجابية للمرأة وأهم المؤتمرات التي اهتمت بها

أولا - الصحة الإنجابية للمرأة وسبل تحقيقها

1- مفهوم الصحة الإنجابية

2- أهداف الصحة الإنجابية

3- جوانب الصحة الإنجابية

4- العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية للمرأة

5- المشاكل المصاحبة للحمل وأثرها على طلب الرعاية الصحية

ثانيا - أهم المؤتمرات والقمم العالمية التي اهتمت بموضوع الصحة الإنجابية

1- المؤتمر الدولي الأول للسكان بوخارست 1974

2- المؤتمر العالمي للسكان مكسيكو 1984

3- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994

4- مؤتمر الأمم المتحدة بكين 1995

5- مؤتمر السكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي 1998

6- الدورة الاستثنائية التاسعة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة 22 سبتمبر

2014 نيويورك

7- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاما قمة نيروبي نوفمبر 2019

## الفصل الأول / الصحة الإنجابية للمرأة وأهم المؤتمرات التي اهتمت بها

تمهيد:

سنحاول في هذا الجزء الإلمام بمجموعة من المعارف حول ماهية الصحة الإنجابية، من خلال الجوانب المتعلقة بها، كالرعاية الصحية في فترة الحمل، عند الوضع وبعد الوضع وأهم الكشوف المقدمة في كل مرحلة، وسائل تنظيم النسل ومختلف أنواعها.....

كما سنتطرق إلى أهم المؤتمرات التي تناولت المسألة السكانية كعامل مهم في تحقيق التنمية من خلال الاهتمام بالصحة الإنجابية للمرأة.

أولا- الصحة الإنجابية للمرأة وسبل تحقيقها

### 1- مفهوم الصحة الإنجابية:

لقد تم تعريفها لأول مرة في برنامج العمل عام 1994 للمؤتمر الدولي للأمم المتحدة عن السكان والتنمية، فهي حالة من الرفاه الكامل عضويا ونفسيا واجتماعيا وليس فقط مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة في كل ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته.

فالصحة الإنجابية تعني القدرة على الحصول على حياة جنسية آمنة ومرضية والقدرة على الإنجاب والحرية في تقرير متى وكيف يمكن تحقيق ذلك. وبهذا فهي تعني:

- حق الرجال والنساء في المعرفة والوصول إلى وسائل تنظيم أسرة مأمونة ومقبولة وذات تكلفة معقولة.

- الحق في الوصول لخدمات الرعاية الصحية التي تمكن النساء من المرور بفترات الحمل والولادة بأمان وإتاحة أفضل الفرص للأزواج لولادة طفل صحيح.

- إن رعاية الصحة الإنجابية يمكن تعريفها على أنها مجموعة من الطرق والتقنيات والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية والرفاه عن طريق منع الحمل وحل مشاكل الصحة الإنجابية.

- إن رعاية الصحة الإنجابية تعني أيضا الصحة الجنسية والهدف هو تقوية حياة الأشخاص وعلاقاتهم وليس مجرد المشورة والرعاية في الأمور ذات العلاقة بالإنجاب والأمراض المنقولة جنسيا<sup>1</sup>.

إن الفهم الكامل للصحة والحقوق الإنجابية والجنسية من خلال هذا المفهوم هو واسع المجال، لا يقتصر فقط على الوصول إلى المرافق والخدمات الصحية وإنما يشمل مجموعة من العناصر والترتيبات الاجتماعية والقانونية والاجتماعية والمؤسسية والمالية التي من شأنها رفع وعي الأفراد لممارسة حقوقهم ووقف ومعالجة كل الممارسات الضارة في هذا الشأن. مفهوم الصحة الإنجابية في عملنا هذا يركز على الجوانب المتعلقة بالرعاية الصحية للمرأة في فترة الحمل والولادة وما بعدها ومسألة تنظيمها لنسلها وهذا من خلال المسوح الديمغرافية الصحية لمعرفة التغير والتطور في هذا المجال، بدءا من المسح 1995 إلى المسح العنقودي 2018-2019، كما شمل المفهوم المشاكل الصحية ذات العلاقة بالحمل والإنجاب، واهم الأمراض المنقولة جنسيا التي يمكن ان تاتر على صحتها اوصحة طفلها.

## 2- أهداف الصحة الإنجابية:

تهدف الصحة الإنجابية إلى تحقيق مجموعة من النقاط منها:

- خفض وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة الناتجة عن الحمل والولادة
- رفع نسبة الولادات التي تتم على أيدي مدربة لإنجاب مولود سليم يتمتع بصحة جيدة
- تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية ومكافحة الأمراض الجنسية المعدية وخفض معدلات المرض لدى النساء في سن الإنجاب.
- إتاحة وسائل تنظيم الأسرة لكل من يرغب فيها وبأفضل الطرق المناسبة.

<sup>1</sup> - فرزانة رودي فهيمي، لوري اشفوردي: الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا " دليل الإعلاميين"، تر: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، ص4.

- رفع مستوى التغطية الخاصة بالرعاية الصحية للحوامل وتنظيم الأسرة في المراكز الصحية.

- الوقاية من الإجهاض والعقم عند الزوجين.

- توفير الخدمات الأساسية والرعاية الطبية قبل وأثناء الحمل والولادة بحيث تصبح شاملة وسهلة المنال.

- تطوير قدرات وتنمية مهارات جميع العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة الإنجابية.

- توصيل المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة إلى الفئات المحرومة في المناطق النائية خاصة للمراهقين والشباب .

- توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية .

- الوقاية من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية.

- نشر وتقوية خدمات التوعية والتثقيف الصحي في المرافق الصحية.<sup>1</sup>

### 3- جوانب الصحة الإنجابية:

للصحة الإنجابية خمس جوانب أساسية تتمثل في :

- تحسين الرعاية الصحية للمرأة في فترة الحمل والولادة وبعدها، ورعاية المواليد الجدد.

- تقديم خدمات تنظيم الأسرة، وخدمات أخرى كمكافحة العقم.

- القضاء على ظاهرة الإجهاض غير المأمون.

- مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا منها فيروس العوز المناعي البشري، وعدوى الجهاز

التناسلي وسرطان عنق الرحم وسائر الأمراض النسائية.

<sup>1</sup> - أحمد درديش، مسعودة العفريت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها"، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 16، 2016، ص 7.

- تعزيز الصحة الجنسية.<sup>1</sup>

بالرغم من أهمية كل هذه الجوانب إلا أن الجانب الأساسي في معظم البلدان هو خدمات الرعاية الصحية للمرأة سواء في فترة الحمل أو أثناء الوضع أو بعده، لهذا تم التركيز فيها أكثر في هذا العمل.

3-1- الرعاية الصحية للأمهات:

الرعاية الصحية للأمهات هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة للأمهات بهدف الحماية من الأخطار والمضاعفات التي قد تصيبها خلال فترة الحمل، أثناء الوضع وبعد الوضع، التطعيم ضد الأمراض وتنظيم الأسرة، من أجل تحسين صحتها وصحة مولودها.

3-1-1 الرعاية الصحية في فترة الحمل:

هي مجموع الخدمات التي تساهم في اكتشاف حالات الحمل والتقليل من أخطار المضاعفات الصحية التي قد تصيب الأمهات والرضع.<sup>2</sup>

تهدف إلى اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل لإعطائها مزيدا من الرعاية وتحويل الحالات ذات الخطورة العالية منها للمستوى المناسب من الرعاية. كما تعمل على تخفيض الإصابة بالكزاز الوليدي، وتخفيض معدلات الأمراض والوفيات ما حول الولادة وبعدها، وإلى خفض معدل وفيات الأمهات.<sup>3</sup> تتوزع فترات الرعاية حسب المواعيد التي تحددها مراكز رعاية الأمومة والطفولة، أو المؤسسة الصحية، فغالبا ما توصي منظمة الصحة

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: الصحة الإنجابية، تقرير الأمانة العامة، جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، البند 10-12 من جدول الأعمال، أبريل 2004، ص 11.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات مع جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة، 2004، ص 80.

<sup>3</sup> - محمد خليل، الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، الكتاب الطبي الجامعي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ص 320.

العالمية القيام على الأقل بأربع زيارات، لكن يزيد عددها حسب الحالة التشخيصية لكل امرأة حامل .

### 3-1-1-1- الرعاية الصحية في الثلاثي الأول:

تقوم هذه الرعاية باتباع برنامج محدد يشمل عددا من العناصر تتمثل في:

#### ✓ السيرة الطبية:

يقصد بها سؤال المرأة عن سيرتها الشخصية والصحية وتشمل معلومات عن السن، الوظيفة، السكن، المستوى الاجتماعي، تاريخ التعرض للأمراض المعدية، وخاصة الحصبة الألمانية وشلل الأطفال والتدرن (السل) والزهري والكلبي، وأيضا تاريخ الإصابة بالأمراض المزمنة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم<sup>1</sup>. وأمراض جراحية مثل الزائدة الدودية أو كيس معلوم أو عملية قيصرية.

كذلك هناك معلومات خاصة بالأحمال السابقة، وهذا لمعرفة عدد الأحمال وعدد الولادات الحية والميتة وعدد الإجهاضات. وهناك أيضا معلومات خاصة بالجهاز التناسلي والغرض منها معرفة أول مرحلة للحيض ومدتها وكثافتها وفيما إذا كانت منتظمة أم لا، كما تتضمن المحاور معلومات خاصة بالحمل الآني وهذا لمعرفة تاريخ آخر دورة شهرية، وفيما إذا كان الحمل مرغوب فيه أم لا<sup>2</sup>. أيضا سوابق الولادات التي تشمل معلومات عن كل حمل سابق، مدة الحمل، مكان الولادة، نوع الولادة، حالة المولود ووزنه.

كما يتم التطرق إلى السيرة العائلية فيما يتعلق بالسكري والتدرن والافرنجي والارجية والصحة النفسية وولادة التوائم والأمراض الخلقية<sup>3</sup>. إن الهدف من التطرق لهذه السيرة

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 21.

<sup>2</sup> - Ministère de la santé et de la population et INSP: **Santé maternelle et infantile**, Edition A.M.D.S, 2000, pp 164-166.

<sup>3</sup> - محمد خليل، الشاذلي، مرجع سابق، ص 321.

هو معرفة عوامل الخطر التي قد تؤثر على الحمل كالظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها المرأة .

### ✓ الفحص العام والتحليل اللازمة:

■ الفحوص المتعلقة بالدم: يتم إجراء فحوصات الدم طيلة فترة الحمل وهذا للتحقق

من:

- زمرة الدم وعامل الريزوس.

- مستويات الحديد: يمكن لنقص الحديد في النظام الغذائي للحامل أن يؤثر في حالتها

الصحية

- الحصبة الألمانية: قد يكون لهذا المرض آثار ضارة على الجنين، ففحص الدم

يبين ما إذا كانت للحامل مناعة كاملة أو بحاجة لتجنب الناس الذين قد يكونون مصابين بالحصبة، كما يتم التقصي لوجود أمراض أخرى قد تهدد صحة الطفل مثل التهاب الكبد ومرض الزهري.

- اختبار الفيريتين في الدم: يفيد هذا الأخير من الكشف عن وجود أنيميا نقص الحديد

لدى الأم التي تزيد من مخاطر الولادة المبكرة وولادة طفل منخفض الوزن.

- اختبار الغدة الدرقية: يعتبر هذا الأخير مهم لتطور مخ الجنين وجهازه العصبي، إن

الكشف المبكر لخلل في الغدة الدرقية يستلزم منح الأم الأدوية اللازمة لتحقيق توازن هذا

الهرمون<sup>1</sup>.

■ الفحوص المتعلقة بالبول: تستخدم لفحص مستويات السكر في الدم، للكشف

المبكر عن مرض السكري الذي قد يصيب الحوامل، فالكشف حالة الإصابة تحال الحامل للمتابعة عند اخصائي لضبط مستوى السكر لديها.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة: صحة المرأة - الزيارة الأولى للحامل في المركز الصحي من الموقع:

[www.moh.gov.sa/HealthAwareness/Educationalcontent/pages//First-Visit](http://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/Educationalcontent/pages//First-Visit)

▪ فحص المياه الجارية وهذا لتقصي متلازمة داون وغيرها من القضايا المتعلقة بالصبغيات، يجرى هذا الفحص خلال الأسبوع الخامس عشر والأسبوع الثامن عشر من الحمل، يمكن لهذا الفحص أن يترك أثارا جانبية بنسبة 1% كالإجهاض<sup>1</sup>. كما يتم في هذه الفترة الفحص بجهاز تخطيط الصدى للتأكد أن الحمل يتم في ظروف جيدة.

تسمح الفحوص التي تجرى في الثلاثي الأول من تحديد عمر الحمل والكشف عما إذا كان يشكل خطر على صحة الأم وعن أي تشوهات جنينية<sup>2</sup>.

### 3-1-1-2- الرعاية الصحية في الثلاثي الثاني:

تسمح الرعاية الصحية في الثلاثي الثاني من مراقبة الحمل من خلال مراقبة دقات قلبه، وإجراء الفحص العام الذي يتضمن تحاليل الدم والفحص عن طريق جهاز تخطيط الصدى، تجرى هذه الفحوص عن طريق الأطباء والقابلات.

بالنسبة للفحص الخاص بالأطباء يشمل كل الأجهزة التنفسية والخاصة بالقلب والشرايين وكذا الأجهزة الهضمية والبولية.

أما الفحوصات الخاصة بالقابلة فهي تشمل الوزن والقامة وارتفاع الرحم ومحيط البطن وفحص الحوض<sup>3</sup>.

ففي الأسبوع الثامن عشر إلى الأسبوع العشرين تستخدم الموجات فوق صوتية للتحقق من وجود أي تشوهات هيكلية وتقييم حالة الأعضاء وهيكل الجنين، لأن معظم أعضاء

<sup>1</sup> - أفتا أذفايز: فحوصات الحمل في الشهر الأول من الموقع:

[www.apta-advice.com/ar/pregnancy/symtomms/tests](http://www.apta-advice.com/ar/pregnancy/symtomms/tests)

<sup>2</sup> -Cohen et Goirand: **La grossesse l'accouchement les premiers jours**, VI<sup>eme</sup> edition, Fernand Nathan, Paris, septembre 1984, p 176

<sup>3</sup> - Ministère de la santé et de la population: **Manuel de perfectionnement à l'usage des prestataires de la santé de la reproduction et planification familiale**, Edition AMDS, Alger, 2000, p 170.

الجسم تتكون في هذه الفترة. كما يتم الاطمئنان على موضع المشيمة وكمية السائل الامينوسي والتأكد من حالات الحمل المتعدد.

كما يتم في الأسبوع 28 من الحمل إعطاء المرأة مضاد غاما جلوبولين D في حالة ثبوت أن فصيلة المرأة سلبية. وبعد الولادة يفحص دم الطفل إذا كانت إيجابية فستضاف للأم جرعة أخرى قبل الخروج من المستشفى<sup>1</sup>.

### 3-1-1-3- الرعاية الصحية في الثلاثي الثالث من الحمل:

تسمح هذه الرعاية القيام بالفحص العام والمكمل للكشف عن طريقة الوضع، فبالنسبة للفحص العام تضمن قياس الضغط الدموي والوزن والرحم ومعرفة وضعية الجنين وحجم حوض الحامل وكمية السائل الأمنيوسي، بالإضافة إلى سماع دقات قلب الجنين وحالة الأطراف واللمس المهبلي.

أما الفحص المكمل فهو يشمل تحاليل البول والدم والفحص عن طريق الصورة لمعرفة وضعية الجنين وحالة السائل الأمنيوسي والمشيمة<sup>2</sup>.

إن تحليل الدم في هذه المرحلة مهم لتقييم الوضع والتأكد من حالات تخثر الدم وهو أمر مهم أثناء الولادة.

أما الموجات فوق الصوتية الهدف منها هو الاطمئنان على نمو الجنين وكمية السائل ووضع الطفل وهل تغيرت وضعيته للأسفل استعدادا للولادة.

كما يتم أخذ عينة من المجاري التناسلية للكشف عن احتمال وجود بكتريا، ففي هذه الحالة تقدم للمرأة مضادات حيوية حتى لا يؤثر ذلك على صحة الطفل.

<sup>1</sup> - vidal : le suivi médical de la grossesse au premier trimestre , 2015 , www.vidal.f

<sup>2</sup> - J.Cohen et r.goirand, Opcit, p 85.

كما يستعمل جهاز تخطيط القلب في الأسبوع 40 وهذا بوضع حزام في القلب لمدة 20 دقيقة لتسجيل نبضات قلب الجنين والانقباضات إن وجدت وكذلك يتكرر يوم الولادة كل 48-72 ساعة للاطمئنان على سلامة الطفل<sup>1</sup>.

### 3-1-2- الرعاية الصحية أثناء الوضع:

هي مجموع الخدمات التي تقدم للمرأة أثناء الوضع، وهي فترة حرجة لصحة الأم ومولودها قد تؤدي إلى وفاة أحدهما أو كليهما إن لم تحظَ بقدر كاف من المراقبة والعناية من طرف إطارات مؤهلة.

يقوم الطبيب في هذا الفحص من معاينة كل من سن المرأة وعدد الأحمال وعدد النفاس وفصيلة الدم وتحديد سن الحمل حسب تاريخ آخر دورة شهرية كما تستلزم هذه الفترة القيام بالفحص قصد الوضع ويتم فيه تحديد القامة والوزن وارتفاع الرحم ومحيط البطن وفحص الحوض مع نبضات قلب الجنين، وقياس الجنين بالفحص الإشعاعي الضوئي، كما يتم وضع جدول الوضع بالساعة ويتضمن تقلصات الرحم إن كانت منتظمة أو متعاقبة أو في حالة راحة، ومعرفة نبضات قلب الطفل واللمس المهبلي وعنق الرحم وحالة كيس ماء الجنين إن كانت مثقوبة أم طبيعية كذلك لون الماء صافي أم معكر ومعرفة درجة انفتاح عنق الرحم والنزول في الحوض<sup>2</sup>.

### 3-1-3- الرعاية الصحية بعد الوضع:

تعتبر هذه الرعاية مهمة في الحفاظ على كل من صحة الأم والطفل، فالمساعدة الفورية بعد الوضع يمكن أن تمنع الوفاة والإعاقة لكليهما، تجرى الفحوص الخاصة بهذه الرعاية خلال الشهرين المواليين للوضع، تتم في مراكز حماية الأمومة والطفولة، وفي مصالح

<sup>1</sup> - vidal : le suivi médical de la grossesse au troisième trimestre , 2015 , www.vidal.fr.

<sup>2</sup> - نيكولسون ايتمان: صحة الحامل، تر: سامية حمدان، دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، 1985، ط 8، ص 35.

الفحص بالمستشفيات أو في القطاع الخاص ويقوم بها الطبيب أو القابلة. تكشف هذه الأخيرة عن الأمراض والمضاعفات المصاحبة للولادة ومعالجتها مبكراً<sup>1</sup>.

تهدف هذه الرعاية إلى التأكد من عودة الجسم إلى طبيعته بصفة جيدة وإلى تطور الرضاعة والظهور المحتمل لعودة النزيف الفيزيولوجي لليوم الأربعين، ويتم أيضا فحص المولود ويضبط الجدول الزمني للتلقيح، وأخيرا تشكل هذه الاستشارة فرصة مفضلة لتوعية المرأة وحثها على اتخاذ القرار لتبني طريقة عصرية لمنع الحمل<sup>2</sup> وتكون على ثلاثة مراحل:

- المراقبة في الساعات الأولى بعد الوضع، يتم من خلالها التأكد من انكماش الرحم وعدم حدة النزيف.

- المراقبة في الأسبوع الأول بعد الوضع مهمة في حالة ظهور اضطراب ضغط الدم، حالات الصداع والآلام الباطنية<sup>3</sup>.

- المراقبة في اليوم الثاني والأربعين بعد الوضع يتم من خلالها الكشف عن مؤشرات ظهور بعض الأمراض مثل فقر الدم أو أي عدوى أخرى كما يتم مراقبة الأثداء والرحم<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع تقرير صحة الأم والطفل، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، حيدرة، 28-29 أكتوبر 1997، الدورة التاسعة، ص 40.

<sup>2</sup> - المرجع السابق، ص 35.

<sup>3</sup> - دورسواليونسين: "الرعاية بعد الوضع وأفضل ما يقدم للأم والطفل، في/الأمومة المأمونة، رسالة إخبارية على النشاط العالمي في مجال صحة الأمومة. المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم الشرط المتوسط، الإسكندرية، 1997، العدد 2، ص 2.

<sup>4</sup> - Ministère de la Santé e Institut National de Santé publique: **Enquête Mortalité Maternelle**, Edition A.M.D.S, 1999, p166.

### 3-2- التطعيم ضد التيتانوس:

التيتانوس مرض معد حاد تسببه ابواغ جرثومة المطثية الكزازية، توجد ابواغ في كل مكان في البيئة لاسيما التربة والرماد والمسالك المعوية للحيوانات والإنسان، الأدوات التي يعلوها الصدأ مثل المسامير والإبر الشائكة والأسلاك... الخ.

ونظرا إلى أن الابواغ لديها قدرة كبيرة على تحمل الحرارة ومعظم المطهرات فإنها قد تبقى على قيد الحياة لسنوات.

يمكن لأي شخص الإصابة بالتيتانوس، لكن المرض يعد أكثر شيوعا وأشد خطورة عند الرضع الحديثي الولادة والنساء الحوامل الذين لم يحصلوا على التمنيع الكافي باللقاحات المحتوية على ذيفان التيتانوس.

يسمى التيتانوس الذي يحدث أثناء الحمل أو 6 أسابيع من نهاية الحمل بتيتانوس الأمهات، أما التيتانوس الذي يحدث في غضون 28 يوم من الولادة يسمى التيتانوس الوليدي.

من أعراض التيتانوس نجد:

- معص الفك وعدم القدرة على فتح الفم

- تشنج العضلات وخاصة على الظهر والصدر والأطراف

- تشنج العضلات المؤلم المفاجئ الذي كثيرا ما يحدث نتيجة للأصوات المباغثة

- صعوبة في البلع

- النوبات

- الصداع

- الحمى والعرق

- حدوث تغيرات في ضغط الدم وزيادة سرعة القلب

أما في التيتانوس الوليدي تشمل الأعراض تشنج العضلات الذي عادة ما تسبقه عدم القدرة على المص أو الرضاعة وفرط البكاء.

يمكن الوقاية من التيتانوس عن طريق التمنيع باللقاحات التي تحتوي على ذيفان التيتانوس وهي مدرجة في برامج التمنيع الروتيني على الصعيد العالمي ويعطى أثناء الرعاية الصحية للمرأة في فترة الحمل.

لكفالة الحماية طول العمر توصي منظمة الصحة العالمية أن يحصل الشخص على 6 جرعات، 3 جرعات أولية و3 جرعات معززة.

تقدم الجرعات الأولية خلال الست أسابيع الأولى من العمر وأن تفصل مدة لا تقل عن 4 أسابيع بين الجرعات، أما الجرعات المعززة فتقدم في السنة الثانية من العمر 12-23 شهرا، 4-7 سنوات، 9-15 سنة.<sup>1</sup>

هناك أنواع متعددة من اللقاحات التي تستعمل للوقاية من التيتانوس، تعطى جميعها في توليفة مع لقاحات مضادة لأمراض أخرى على النحو التالي:

- لقاحا الدفتريا والتيتانوس

- لقاحات الدفتريا والتيتانوس والسعال الديكي

- لقاحا التيتانوس والدفتريا

- لقاحات التيتانوس والدفتريا والسعال الديكي.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية، التيتانوس، 24 اوت 2023، من الموقع: [www.who-int](http://www.who-int)

<sup>2</sup> - Mansouri : Tétanos, Faculté de médecine UB2, service infectiologie, Batna , p16.

3-3- تنظيم النسل:

3-3-1- مفهوم تنظيم النسل:

عرف المؤتمر الإسلامي الذي انعقد في 1971 تنظيم الأسرة أنه قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله بما يناسب ظروف المرأة الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهم وانفسهم<sup>1</sup>. وبهذا فإن المعنى من تنظيم الأسرة هو:

- أن يحدد الزوجان عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابه.

- أن تحدد الفترة بين الأحمال وتستعمل وسيلة مناسبة للمباعدة بين حمل وآخر.

لقد أخذت برامج تنظيم الأسرة في الانتشار بعد الحرب العالمية الثانية، حينما انتجته الدول النامية لمواجهة مشكلة تزايد السكان بصورة مفاجئة، واعتمدت أولى هذه البرامج على خدمات القطاع الصحي والطبي، ثم امتدت لتشمل قطاعات الثقافة والتعليم والاجتماع والاقتصاد والإعلام، وتعود ممارسة تنظيم الأسرة إلى أقدم العصور ولو بطرق غير مباشرة، ومن صور ذلك لجوء بعض القبائل إلى عزل النساء لمدة طويلة بعد الوضع، أو وأد البنات الوليدات<sup>2</sup>.

لم تعارض الأديان السماوية مسألة تنظيم النسل، فالإسلام أباح عملية العزل وقد أشار الإمام الغزالي لذلك، فعن الصحابي جابر بن عبد الله « كنا نعزل والرسول بيننا ولم ينهنا عن ذلك ».

<sup>1</sup> - منير عبد الله، كرادشة: علم السكان، الديمغرافيا الاجتماعية، ط1، عالم الكتب الحديث، 2009، ص 205.

<sup>2</sup> - المرجع نفسه، ص 206.

وعن ما جاءت به فتوى المجلس الإسلامي 1982، أن تنظيم النسل اختياري وفردى حسب الظروف والمبررات، فهو حسب قناعة الأشخاص ودوافعهم، دون مخالفة الوقوع فى الجرائم<sup>1</sup>.

تغير مفهوم تنظيم الأسرة بشكل جذري فى العقود الأخيرة فلم يعد مجرد خدمة طبية تقدم للسيدات الراغبات فى الحصول على وسائل منع الحمل فقط، بل أصبح اليوم من المتغيرات الهامة التى تشكل حلقة أساسية فى العلاقة بين السكان والتنمية لارتباطه بمجموعة متغيرات أخرى منها التعليم والصحة والمشاركة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والعمل والاتصال نتيجة التداخل بين خدمات تنظيم الأسرة وبين العملية التنموية بشكل عام<sup>2</sup>. وعلى هذا فقد ركز مؤتمر القاهرة على تنظيم الأسرة، وعلى ضرورة تمكين الأرواح والأفراد من أن يقرروا بحرية عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات، وأن يكون الإنجاب عن طريق الاختيار لا عن طريق الصدفة.

### 3-3-2- فوائد تنظيم النسل:

#### ✓ التقليل من مخاطر الحمل:

يساعد تنظيم الأسرة على الحد من مشاكل الحمل التى تتعرض له النساء، خاصة الصغيرات منهن، حيث تسمح وسائل منع الحمل بتأجيل إنجاب الأطفال حتى تصبح أجسامهن قادرة على تحمل الحمل، بالإضافة إلى التقليل من المخاطر المرتبطة بالحمل للنساء الكبيرات بالسن، كما تقلل من الحاجة إلى الإجهاض لمنع الحمل غير المرغوب فيه.

#### ✓ تعزيز فرص التعلم والعمل للمرأة:

أظهرت الدراسات أن قدرة المرأة على تنظيم الأسرة تزيد من فرصتها فى الحصول على فرص التعلم والعمل مما يساعد فى تحسين دخل واستقرار الأسرة.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان: الأسس العقائدية والقانونية والتقنية لسياسة السكان فى الجزائر، الجزائر، 2001، ص 37.

<sup>2</sup> - منير عبد الله، كرادشة: مرجع سابق، ص 206.

✓ الحفاظ على صحة الطفل:

يساعد تنظيم الأسرة في التقليل من معدلات وفيات الأطفال الرضع الذين يموتون خلال السنة الأولى من حياتهم وذلك بسبب تقارب فترات الولادة أو الحمل ويسمح بتنظيم الحمل بالتخطيط لفترات حمل تضمن للطفل أفضل رعاية خلال فترة الحمل وبعد الولادة<sup>1</sup>.

✓ فوائد أخرى لتنظيم الأسرة:

يعود تنظيم الأسرة بفوائد لكل من الأم والأب حيث يمكن الأم من استعادة صحتها بعد الولادة ويمنحها الوقت الكافي للاهتمام بزوجها وأطفالها ويمنحها الوقت لعائلتها وحياتها الشخصية، كما أنه يخفف العبء والمسؤولية عن الأب ويمكنه من توفير الحاجيات الأساسية لأسرته، وبالتالي يساعد على رفاهية الأسرة والتقليل من بروز الفقر.

- يعود تنظيم الأسرة كذلك بفوائد للمجتمع، فهو يمنع الازدحام والتضخم السكاني، يساعد على التقليل من انحراف الأحداث وبرز مشاكل اجتماعية.

-يساعد في تخفيف العبء عن الدولة وذلك بتقليل حاجات المجتمع وتوجيه جزء هام من عوائد التنمية نحو البنية التحتية كالتعليم – الإسكان- الرعاية الطبية...الخ، وتحقيق الاكتفاء الذاتي<sup>2</sup>.

3-3-3- وسائل تنظيم الأسرة:

هناك وسائل كثيرة ومتنوعة، منها ما يخص النساء فقط وأخرى تخص الرجال، ومنها مشتركة بين الزوجين، كما أن هناك طرق تقليدية وأخرى حديثة.

أولاً: الوسائل الحديثة :

1- الوسائل الرحمية ( اللولب-IUD)

<sup>1</sup> سناء، الدويكات: فوائد تنظيم الأسرة، 2022، من الموقع: www.mawdoo3.com

<sup>2</sup> - منير عبد الله كرادشة: مرجع سابق، ص ص 210-211.

2- الوسائل الهرمونية

1-2 حبوب منع الحمل

2-2 حقن منع الحمل

3-2 غرسات النوريلانت

3- وسائل الحجز

1-3 الواقي الذكري condom

2-3 الحاجز الانثوي vaginal method

3-3 مبيدات الحيوانات المنوية.

ثانيا: الوسائل التقليدية (الفسولوجية الطبيعية)

1- الرضاعة الطبيعية: Breast Feeding

2- فترة الأمان periodice abstinence

3- العزل<sup>1</sup> Withdrawal

بالرغم من تنوع وسائل تنظيم الأسرة، إلا أن الوسائل الهرمونية كحبوب منع الحمل هي الأكثر استعمالا وطلبا مقارنة بباقي الوسائل الأخرى، وهذا لسهولة استعمالها واقتنائها.

إن انتظام المراة في تناول حبوب منع الحمل يمنع تكوين البويضة في نفس الشهر، فقد ينتاب المراة بعض الأعراض في بداية تناولها للأقراص كالغثيان والقيء والدوار لكن سرعان ما تزول هذه الأعراض بعد اعتياد الجسم عليها.

من بين الآثار المفيدة لوسائل منع الحمل عن طريق الفم نجد:

<sup>1</sup> - يونس حمادى علي، مبادئ علم الديمغرافيا، دار وائل للنشر والتوزيع، 2010 عمان، صص 155-159.

- الوقاية من بعض الأمراض كالتهاب الحوضي، خاصة حالات العدوى بجرثومة السيلان التي يمكن أن تسبب العقم عن طريق سد البوقين.

- تظهر دراسات أمريكية أن الحبوب هي أنجع الوسائل العكوسة لمنع الحمل، فمعدل فشل اللولب خلال اثني عشر شهرا يبلغ ضعفي فشل الحبوب، ومعدل فشل العازل الذكري يبلغ ثلاثة أضعاف، والعوازل الأخرى أكثر من خمسة أضعاف. كما تتوقف فعالية الحبوب على الاستخدام المنتظم والمستمر لها.

- الوقاية من الحمل خارج الرحم، تتعرض النساء اللاتي يتناولن حبوب منع الحمل عن طريق الفم لما يعادل 1/10 الخطر الذي تتعرض له اللاتي لا يستخدمنها، وهذا النوع من الحمل يمكن أن يهدد الحياة ويمثل حالة خطرة تستدعي الجراحة الفورية.

- الوقاية ضد سرطان بطانة الرحم، تتعرض النساء اللاتي تستخدمن حبوب منع الحمل لمدة عام فأكثر لنحو 1/3 الخطر الذي تتعرض له النساء اللاتي لم يستخدمنها أبدا لخطر الإصابة بسرطان الرحم.

- الوقاية من سرطان المبيض، إذ تتعرض 2/3 من النساء لخطر الإصابة مقارنة بالنساء اللواتي لا تتناولن الحبوب .

- الوقاية من أورام الثدي الحميدة، إذ تبلغ نسبة التعرض للأورام الحميدة عند النساء المستعملات نحو نصف نسبة تعرض غير المستخدمات<sup>1</sup>.

### 4-3- تغذية المرأة الحامل:

#### 1-4-3- تعريف:

تعتبر الأغذية المتوازنة عامل أساسي للحفاظ على الصحة، ويقصد بالأغذية المتوازنة " الحصول على جميع العناصر الضرورية للجسم عن طريق تناول الطعام "، ولا يوجد في الطبيعة غذاء متكامل من حيث العناصر، لذا فإن عملية تكامل الأطعمة لا يتم إلا عن طريق

<sup>1</sup> - محمد خليل، الشاذلي، وآخرون: مرجع سابق، صص 452-454.

دمج مجموعة من الأطعمة مع بعضها البعض للحصول على وجبة متوازنة من الناحية الغذائية<sup>1</sup>.

### 2-4-3- احتياجات الحامل:

تحتاج الحامل إلى معدل 300 سعرة حرارية زيادة عن الاحتياجات الطبيعية وحوالي 30 غرام بروتين.

كما تحتاج إلى 400 ملغم من الكالسيوم والفوسفور زيادة عن المعدل الطبيعي وذلك لاستخدامها في بناء هيكل الجنين العظمي.

أما بالنسبة للمعادن الأخرى كالحديد، فتحتاج إلى معدل 18 ملغم يوميا لتلبية احتياجاتها ومواجهة احتياجات الجنين في تكوين دمه الخاص. كما تحتاج إلى 25 ميكروغرام من اليود إضافة لاحتياجاتها اليومية لتجنب تضخم الغدة الدرقية. مع الحرص على تناول الفيتامينات سواء الذائبة في الماء أو الدهون وبالأخص: أ، د، هـ، ك، ب1، ب2، ب6 ب12.<sup>2</sup>

تعتبر الزيادة في الوزن خلال الحمل مؤشرا هاما للحالة الغذائية للأم وتسهم في تحديد مسار الحمل، تحدد الزيادة الطبيعية لوزن الأم مع نهاية الحمل ما بين 11-13 كلف. وتعتمد هذه الزيادة حسب وزن الأم قبل الحمل، فإذا كان وزنها مناسب لطولها فإن الزيادة المحبذة حوالي 11 كلف، أما إذا كانت الأم نحيفة قبل الحمل فإن الزيادة قد تصل إلى 13 كلف، وإذا كانت الأم سميكة فإن الزيادة قد تصل ما بين 8-11 كلف<sup>3</sup>. يبدأ الوزن بالازدياد اعتبارا من الشهر الرابع ويصل ذروته في الأشهر الثلاث الأخيرة من الحمل.

سنحاول من خلال الجدول عرض أهم الأغذية التي تحتاجها الحامل:

<sup>1</sup> عبد الرحمان مصيقر، محمد زين علي: الغذاء والإنسان، مبادئ علوم الغذاء والتغذية، ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، 1999، قطر، ص54.

<sup>2</sup> - احمد، محمد بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، صص 234-235.

<sup>3</sup> - عبد الرحمان مصيقر، محمد زين علي: مرجع سابق، ص63.

الجدول رقم 1: العناصر الغذائية الأساسية للمرأة في فترة الحمل

نصائح	الأهمية	المصادر الغذائية	العناصر الغذائية الأساسية
الاعتدال في تناول هذه المصادر الغذائية لتجنب زيادة الوزن غير الطبيعية وارتفاع معدل السكر في الدم	مصادر رئيسية للطاقة	<p>الخبز والحبوب:</p> <p>الخبز- الأرز- حبوب الإفطار- الشوفان- المعكرونة- البرغل- الجريش</p> <p>الخضروات النشوية:</p> <p>البطاطس- البطاطا الحلوة- الذرة- الجزر</p> <p>الفواكه</p> <p>الحليب ومشتقاته</p> <p>البقوليات: الحمص الفول- العدس- الفاصوليا ومنتجاتها.</p>	الكربوهيدرات
تناول الأطعمة الغنية بمصادر فيتامين ج مع مصادر البروتين النباتية والتي تساعد على امتصاص الحديد. - تناول السمك مرتين في الأسبوع مع اختيار الأنواع	تحتاج المرأة الحامل البروتين لنمو وتطور خلايا وأنسجة الطفل وتكوين الجهاز العصبي	<p>البروتين الحيواني:</p> <p>مجموعة الحليب ومنتجات الألبان واللحوم والدجاج والسمك والبيض.</p> <p>البروتين النباتي:</p> <p>المكسرات</p>	البروتين

التي تحوي نسبة قليلة من الزئبق		البقوليات كالحمص- الفول - العدس- الفاصوليات ومنتجاتها.	
التقليل والابتعاد عن كثرة استهلاك الدهون الحيوانية والدهون المشبعة والدهون المتحولة.	مهمة لامتناس الفيتامينات الذائبة في الدهون	الدهون غير المشبعة زيت الزيتون والافوكادو- الفول السوداني - زبدة الفول السوداني والمكسرات وزيت الذرة وزيت دوار الشمس. الدهون المشبعة الشحوم والدهون الحيوانية والزبدة والسمن وزيت النخيل الدهون المتحولة: الموجودة بالأغذية المصنعة والجاهزة والوجبات السريعة	الدهون

المصدر: هيئة الصحة بدي: الغذاء الصحي خلال فترة الحمل، دبي، ص 4.

### 3-4-3- أهم المشاكل المصاحبة للحمل والمرتبطة بالنظام الغذائي:

✓ **الغثيان:** يكون في الأشهر الأولى نتيجة الاضطرابات الهرمونية، يمكن التغلب عليها بتقسيم الوجبات الغذائية من 5-7 وجبات صغيرة، تناول السوائل بين الوجبات وليس مع الوجبات، والتقليل من الأغذية الدهنية والمقلية.

✓ **الإمساك:** يحدث نتيجة ارتخاء عضلات الأمعاء اونقص في تناول الأغذية الغنية بالألياف والسوائل، مع قلة الحركة .

✓ **الحرقان:** يصاحب هذا الأخير العديد من الأمهات، ولأجل تفاديه ينصح الإقلال من تناول الأغذية الدهنية وتلك التي تحوي على الهارات، الابتعاد عن المخللات والأغذية

الشديدة الحموضة، الابتعاد عن الأغذية المسببة للغازات والمشروبات الغازية، مع الإقلال من تناول الشاي والقهوة<sup>1</sup>.

#### 4- العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية للمرأة:

ترت المرأة اجتماعيا على قبول أن الألم والمعاناة من نصيبها وبذلك يحضر عليها حتى الشكوى من المشاكل الصحية التي تتعرض لها. لقد بينت الدراسات أن هناك تفاوت كبير بين الدول المتقدمة والدول المتخلفة في مجال الرعاية الصحية للمرأة، كذلك بين النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع والنساء ذوات المستوى التعليمي المنخفض والأميات، فحسب ما جاء عن منظمة الصحة العالمية 1998 أن هناك ما يقل عن 35% من النساء في الدول المتخلفة لا يتلقين أية رعاية صحية أثناء الحمل و50% من الولادات تمت بدون مساعدة إيطارات مؤهلة و70% من النساء لا تتلقين رعاية صحية بعد الولادة<sup>2</sup>.

في حين أن الرعاية الصحية في الدول المتقدمة ضرورية وتقوم بها جل النساء، هناك حوالي 97% من النساء يقمن بالرعاية الصحية أثناء الحمل و99% من الولادات تتم بمساعدة إيطارات طبية مؤهلة و90% من النساء تستفيد بمراقبة طبية بعد الولادة<sup>3</sup>.

فبالرغم من الانخفاض المسجل في وفيات الأمهات بين عامي 2000 و2020 والذي قدر ب34% في جميع أنحاء العالم، إلا أنه تم إحصاء وفاة 800 امرأة يوميا لأسباب يمكن الوقاية منها تتعلق بالحمل والولادة، وأن 95% منها تحدث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل من الشريحة الدنيا<sup>4</sup>. فحسب تقديرات وزارة الصحة في الجزائر بلغ معدل

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص64.

<sup>2</sup> - Organisation Mondiale de la Santé: "Amélioré l'accès aux services de santé maternelle", in/ journée Mondiale de la santé, maternité sans risque, Genève, 1998, p1.

<sup>3</sup> - IBID, p1.

<sup>4</sup> منظمة الصحة العالمية: وفيات الأمهات، 2023، من الموقع: [www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality](http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality).

وفيات الأمهات 57.7 وفاة لكل 100.000 ولادة حية عام 2016، وانخفض المعدل إلى 48.5 وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 2019.<sup>1</sup>

إن هذا التفاوت في الخضوع إلى المراقبة في فترة الحمل وبعده ليس نابعا من عدم، وإنما تتحكم فيه جملة من العوامل منها الداخلية وتتمثل في عوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية وإلى عوامل ديموغرافية، ومنها الخارجية وتتمثل في نوعية الرعاية أي الخدمات المقدمة ومدى كفاءة العاملين في مجال الصحة، بالإضافة إلى عامل آخر هو عدم التعرض إلى مشاكل صحية .

#### 4-1-1- العوامل الداخلية:

##### 4-1-1-1- تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية:

تتمثل العوائق البارزة في استغلال خدمات رعاية صحة الأمهات عوائق فعلية مثلا البعد الجغرافي وغياب وسائل النقل في أغلب المناطق الريفية المعزولة، فحس ما جاء عن إحصاءات البنك الدولي 1997 ان هناك امرأة من بين 3 نساء تقطع مسافة أكثر من 5 كلم للوصول إلى أقرب قطاع صحي لها، وتبلغ النسبة 80% حتى تصل المرأة إلى أقرب مستشفى لها<sup>2</sup> لذلك يبقى المشي هو الوسيلة الوحيدة التي تعزف عليها جل النساء للقيام بزيارة إلى أقرب قطاع صحي لها.

إن مثل هذه العوائق تجعل استغلال خدمات الرعاية الروتينية في فترة الحمل أمرا معقدا، كما تجعل استغلال خدمات علاج المضاعفات والحالات الطارئة صعبا، وتشير تقديرات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل " أن امرأة واحدة على الأقل من كل ثلاثة نساء في معظم المناطق الريفية تعيش على مسافة 5 كلم من أقرب منشأة صحية وأن هناك نسبة 43% من النساء صرحن أنهن انتقلنا مشيا على الأقدام لطلب الرعاية الصحية في

<sup>1</sup>-Ministère de la sante : **situation démographique et sanitaire 2000-2024**, direction de la population, juillet 2024,p13.

<sup>2</sup>- Banque Mondiale: "**Rapport sur le développement dans le monde** ", In/ Maternité sans risque, O.M.S, Genève, 1997, p 3.

أقرب منشأة صحية لهم، و39% استخدمت عربة أجرة أو حافلة للانتقال إلى مكان الرعاية<sup>1</sup> إذن هناك تفاوت كبير في توفير الخدمات الصحية بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، حيث أنه من المعروف أن معظم خدمات الرعاية الصحية تتركز أساسا في المناطق الحضرية.

ومن بين العناصر الأخرى التي يمكن أن تؤثر بشدة على قرار المرأة في استغلال الخدمات المتاحة هي تكاليف تلك الخدمات، فالنساء حتى ولو كن يعانين مشاكل صحية عويصة فإنهن يرفضن الذهاب نظرا إلى السعر المرتفع الذي تفرضه المصالح الطبية خاصة منها الخاصة<sup>2</sup> فمجرد تفكير المرأة في الذهاب إلى هذه المنشآت الصحية تبدأ في التفكير أولا عن السعر الذي سوف تدفعه أولا إذا ما اختارت وسيلة نقل معينة ثم السعر المضاعف إذا ما طلب منها إجراء فحوص طبية دون أن ننسى ثمن الأدوية الباهظة، إن هذا السعر أو النفقات التي يجب أن تدفعها المرأة ليست بحوزة كل عائلة وهذا راجع لانخفاض المستوى المعيشي الذي تتميز به جل العائلات .

أما عن بيانات تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي فإن "7% من النساء يدعين بأن التكلفة باهظة لإجراء الفحوص فنقص المعلومات عن عنوان وسير مراكز حماية الأمومة والطفولة والفحوص الطبية تحتم اللجوء إلى القطاع الخاص مقابل تكاليف باهظة أو تسديد مساهمة غير قابلة للتعويض (تحاليل مخبرية والكشف بجهاز تخطيط الصدى Echographie) في القطاع العام"<sup>3</sup>.

كما جاء في بيانات منظمة الصحة العالمية أن المحددات الاجتماعية بما في ذلك الدخل وإتاحة التعليم والعرق والانتماء العرقي تعرض بعض الفئات السكانية الفرعية لخطر أكبر من فئات أخرى.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 204 .

<sup>2</sup> - Organisation Mondiale de la Santé: Opcit , p 2 .

<sup>3</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مرجع سابق، ص 36.

<sup>4</sup> - منظمة الصحة العالمية: وفيات الأمهات، 2023، مرجع سابق.

إن النساء الفقيرات أكثر عرضة لمضاعفات الحمل وللوفاة أكثر من غيرهن والتكاليف التي تترتب على وفاة الأم تشمل فقدان مساهمتها في شؤون الأسرة وبقائها وزيادة احتمالات الوفاة بالنسبة لأطفالها خاصة منهم دون سنة من عمرهم.

#### 4-1-2- تأثير العوامل الثقافية:

عندما لا يتم اعتبار الحمل حالة تتطلب رعاية خاصة في مجال الرعاية الصحية لا يكون هناك فهم للمخاطر المترتبة عليه ولا يتم اعتبار المضاعفات أمرا خطيرا كما هو واقعها. ويحتاج الأمر إلى التعبئة ونشر المعلومات على مجال واسع في المجتمع المحلي لضمان معرفة المرأة وأسرتها بضرورة وجود رعاية خاصة خلال فترة الحمل والولادة. فكثيرا ما ينظر الرجال والنساء إلى الصحة الإنجابية بصورة مختلفة، فأمرض الرجال تتضح على الفور نظرا لآثارها على دخل الأسرة.

أما أمراض الزوجات فلا تعرف إلا عندما يبلغن أزواجهن بها أو عندما يضطرب النظام الروتيني للأسرة المعيشية وهذا نتيجة إخفاء النساء احتياجاتهن الصحية نتيجة لما يتكلفه العلاج من جهة، ولانشغالات الأزواج من جهة أخرى .

كما يبقى واقع الحصول على الرعاية الصحية الرسمية أمر مستحيل أو صعب للغاية بالنسبة لعدد كبير من النساء لأن التقاليد الاجتماعية المحلية تقيد حرية المرأة في التنقل وفي بعض الأحيان تلزمها بالبقاء في المنزل، وفي أحيان كثيرة يكون للعوامل الثقافية دور حاسم فلقد لا تكون المرأة راغبة في أن يفحصها رجل أو قد تكون عازفة عن الحديث بصراحة عن المشاكل المتعلقة بالجهاز التناسلي والمناطق الحساسة من جسدها.

فحسب ما جاء في تعداد 1998 أنه من بين كل 100 امرأة تضع في البيت هناك أربع نساء كنّ يلدن على يد قابلات غير مؤهلات<sup>1</sup>.

أما عن خصائص هذه النساء فهن ذوات المستوى التعليمي المنخفض أو النساء الأميات لذلك فحرمان المرأة من التعليم يبطل التنمية الاجتماعية والاقتصادية فالفرق في مستويات الخصوبة وإدراك المرأة لحقوقها خاصة الحق في الرعاية الصحية في فترات الحمل والولادة ترتبط ارتباطا قويا بالفرق في مستويات تعليم المرأة أي التحصيل العلمي لهن. ولقد بينت أحد الدراسات أن ثلث الزيادة في العمر المتوقع عند الميلاد للذكور والإناث في الفترة 1970 – 1990 تعود إلى المكاسب التي تحققت في التحصيل العلمي للنساء.

#### 4-1-3- نوعية الأسرة وتأثيرها على الرعاية الصحية للمرأة:

تعتبر الأسرة النواة الأساسية في المجتمع، فإن حسن حالها حسن المجتمع وإن أهملت وتدهورت الحياة فيها ساء حال المجتمع، هكذا هي المرأة في الأسرة.

إن هذه الأخيرة كانت ولا زالت تعيش تحت ضغوط وظروف صعبة في كثير من الأحيان، فهي لا تستطيع أن تفرض وجودها ورأيها خاصة إذا كانت لم تتلقَ قدرا من التعليم<sup>2</sup>.

ونظرا للظروف الاجتماعية والاقتصادية غير المساعدة ولانخفاض المستوى المعيشي في كثير من الأحيان لا زال العديد من الأزواج يعيشون تحت كنف الأسرة الممتدة، أين يكون للحماة الدور الفعال في سير شؤون هذه الأسرة وكما هو معروف فإن هذه الأسرة على خلاف الأسرة النووية تتحلى بخصائص معينة إذ أن "الأسرة النووية تتحلى بخصائص التحضر، في حين أن الأسرة الممتدة لا تزال محافظة على التقاليد<sup>3</sup>، وهذا من كل الجوانب بما فيها الحياة الإنجابية للمرأة.

<sup>1</sup>- Ministère de la santé et de la population et INSP: Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001. p49.

<sup>2</sup>- نفيس صادق: القيود الثقافية تحد الاختياري / حالة سكان العالم 2000، مرجع سابق، ص 17.

<sup>3</sup>-ALI KOUAOUCI: Familles , femmes et contraception , CENEAP, FNUAP, 1983, p p 229-230.

ففي غالب الأحيان فإن الكنة الحامل في الأسرة الممتدة تتلقى التوجيهات المتعلقة بالحمل من طرف الحماية وهذا بحكم كبر سنها وخبرتها في الإنجاب، إن هذه الخصائص توجد بكثرة في المناطق الريفية المعزولة أين لا تتوفر المراكز الطبية إذ تقوم الحماية في غالب الحالات على فرض ماضيها على كبتها دون وعي منها. أما عن نتيجة ذلك قد تؤدي إلى عواقب وخيمة لا يحمد عقبها سواء بالنسبة للأم أو الجنين.

#### 4-1-4- تأثير العوامل الديموغرافية:

##### ✓ خبرة المرأة في التوالد:

إن مراقبة المرأة لحملها تتأثر بدرجة كبيرة بخبرتها في التوالد، فالمرأة التي أنجبت من قبل أطفال أحياء ولم تتعرض لمشاكل صحية أثناء الحمل وكانت ولادتها طبيعية دون أن تتعرض لأي خطر لا ترى الضرورة أو الداعي لأن تكشف عن نفسها أثناء الحمل.

فحسب النتائج التي توصل إليها تقرير المشروع الاقتصادي والاجتماعي حول صحة الأم والطفل " أن هناك حوالي 6,94% من النساء في الوسط الحضري اللواتي صرحن أن السبب في عدم إجراء المراقبة هي الخبرة في التوالد، مقابل 7,88% في الوسط الريفي<sup>1</sup> إن هذا الفارق يوضح الاختلاف في الخلفية الذهنية لهؤلاء النساء التي تتأثر بالوسط الجغرافي، كذلك من بين النتائج التي توصل إليها المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل فإن من بين أسباب عدم إجراء الفحوص الطبية من طرف النساء هي خبرة المرأة في التوالد (الإنجاب) فلقد اتضح " أن هناك 8% من النساء يعتقدن أن تجربتهن السابقة كافية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مرجع سابق، ص 36 .

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 169.

#### 2-4 - العوامل الخارجية:

##### 1-2-4- إخفاقات النظام الصحي:

تتجسد إخفاقات النظام الصحي في رداءة نوعية الرعاية بما في ذلك عدم كفاية إعداد العاملين الصحيين وعدم حصولهم على التدريب الكافي فهم لم يستفيدوا بالقدر الكافي من التعليم والتقنيات الجديدة المعاصرة لتنمية قدراتهم<sup>1</sup>.

فحسب التقرير عن وفيات الأمهات لسنة 1999 هناك 94,6% عاملين غير مؤهلين في قطاع الصحة، أضف إلى ذلك نقص الوسائل والمعدات خاصة أثناء القيام بعمليات جراحية وهذا بحوالي 16,8%<sup>2</sup> أضف إلى ذلك هناك الكثير من المنشآت الصحية تفتقر إلى سيارات إسعاف عند الضرورة .

كما أن هناك عامل آخر لا يقل أهمية عن الأول وهو العلاقة التي تربط طالبي الخدمات الصحية ومقدمها التي تتسم بعدم التعاطف والكفاءة وعدم الاهتمام بالمريض، وسوء المعاملة والإيذاء<sup>3</sup>.

#### 5 - المشاكل المصاحبة للحمل وأثرها على طلب الرعاية الصحية:

قد تتعرض الأم لمشاكل صحية أثناء الحمل وهذا ما يسمى بالحمل ذي خطورة حيث تتمثل عوامل الخطر في عوامل شخصية واجتماعية وتتمثل في السن عندما يكون أقل من 16 سنة وأكثر من 35 سنة، كذلك عندما يكون الوزن أكثر من 70 كيلوغراما وعندما يكون الطول أقل من 51 سم<sup>4</sup>. بالإضافة إلى عوامل أخرى اجتماعية واقتصادية مثل الفقر وسوء

<sup>1</sup> - منظمة الصحة العالمية: وفيات الأمهات، 2023، مرجع سابق من الموقع: [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>2</sup> - Ministère de la Santé et de population et INSP: Enquête mortalité maternelle , Opcit, p 148.

<sup>3</sup> - منظمة الصحة العالمية: وفيات الأمهات، 2023، مرجع سابق، من الموقع، [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>4</sup> Ministère de la santé et de la population: Manuel de perfectionnement à l'usage des prestataires de la santé de la reproduction et planification familiale , Opcit , p 171 .

التغذية وعوامل نفسية مثل عدم التكيف مع الحمل وعندما يكون هناك صراع بين الزوجين أو الحمل غير مرغوب فيه.

كذلك هناك العوامل الوراثية مثل وجود أمراض عائلية أو عوامل مرتبطة بوجود أمراض مسبقة كمرض القلب والسكري ومشاكل في التنفس أو مشاكل هرمونية أو وجود أمراض أخرى مصاحبة للحمل مثل حالات النزيف.

بالإضافة إلى هذه المشاكل هناك أيضا حالات الولادة المتعسرة، حيث تتعرض السيدات اللاتي يكون حجم الحوض لديهن صغير إلى هذا النوع من الولادة وهذا راجع إلى تشوهات في قناة الولادة نتيجة للمرض أو أي صدمة، كذلك النساء اللاتي يكون وضع الجنين داخل الرحم غير طبيعي أو كونه كبير الحجم وينتج عن ذلك انسداد في قناة الولادة، وفي كثير من الحالات إذا لم تكن هناك وسيلة متاحة للولادة السليمة عن طريق العملية القيصرية فغالبا ما يتعرض المولود لإعاقات وما تتعرض كثير من لسيدات للموت<sup>1</sup>.

بالإضافة إلى هذه المشاكل هناك أخطار أخرى وتتمثل في فقدان الجنين، سواء بالإجهاض أو ولادته ميتا أو وفاته مباشرة بعد الولادة " وفيات ما حول الولادة " حيث يعتبر سن الأم من العوامل الهامة التي تؤثر على احتمالات المخاطر التي ينتج عنها وفاة الأطفال.

فالأطفال الذين يولدون لأمهات تقل أعمارهم عن 20 سنة يكونون أكثر عرضة إلى الوفاة قبل بلوغهم العام الأول من العمر بمقدار مرة ونصف بمقارنتهم بالأطفال الذين يولدون لأمهات تتراوح أعمارهم بين 20 و29 سنة، كما تزيد احتمالات الوفاة للأطفال الذين يولدون لأمهات تزيد أعمارهن عن سن الأربعين أو وصلت الولادة عندهن إلى أربعة مرات أو أكثر.

فكثيرا ما يولد الأطفال من الأمهات المتقدمات في السن ولديهم تشوهات خلقية مما يؤدي إلى التقليل من فرصهم في الحياة بعد الولادة ونفس الشيء ينطبق على الأمهات اللواتي لا

<sup>1</sup> - ندى سامي: الولادة المتعسرة كابوس الحامل، 2019، من الموقع: [www.elconsolto.com/case-reports/report-news](http://www.elconsolto.com/case-reports/report-news)

يباعدن بين فترات حملهن، فالوفيات ما حول الولادة ما هي إلا انعكاس لحياة الجنين في البيئة الرحمية والتي تتأثر مباشرة بصحة الأم وتغذيتها ووضعها الاجتماعي والاقتصادي<sup>1</sup>.

إن كل هذه المشاكل الصحية المذكورة تشكل عوامل عالية الخطورة للأم والجنين، فإن لم تخضع المرأة لرعاية صحية منتظمة فلا يمكن التعرف على هذه الأخطار وبالتالي تتعقد وتتأزم الحالة الصحية للمرأة والجنين، لذلك فإن الكثير من النساء اللواتي تعرضن لمثل هذه المشاكل الصحية، هن اللواتي كن أكثر التزاما وخضوعا للفحوص الطبية وهذا لأجل المعالجة والتخفيف من حدة التآزمات وهذا ما توصلت إليه نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل إن حوالي 55% من النساء اللواتي كن تخضعن للمراقبة الطبية، كان نتيجة الأمراض وليس لأجل المراقبة الروتينية للحمل<sup>2</sup>.

ومن هنا يتضح لنا جليا مدى ارتباط الرعاية الصحية في فترة الحمل وبعده بوجود مضاعفات وأمراض في الحمل، خاصة إذا كانت الظروف الاجتماعية والاقتصادية غير ملائمة.

فالإقبال على الرعاية الروتينية للحمل هي الوسيلة الوحيدة التي يمكن أن تكشف عن المخاطر سواء المتعلقة بالأم أو الجنين على حد سواء وبهذا تتم المعالجة في أقرب وقت ممكن، وحسب تقرير المجلس الوطني الاقتصادي فإن: "الرعاية الطبية أثناء الحمل تسمح للمرأة بتفادي موت الجنين داخل الرحم، كما أن أحسن رعاية خلال الأسبوع الأول الموالي للوضع تمكن من تفادي وفيات الرضع المبكرة"<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - Le progrès des nation ,Unicef , "Mortalité maternelle" , In/ Maternité sansrisque , OMS , 7 Avril 1998 , p2 .

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: مرجع سابق، ص 152 .

<sup>3</sup> - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مرجع سابق، ص 60.

ثانياً: أهم المؤتمرات والقمم العالمية التي اهتمت بموضوع الصحة الإنجابية:

1- المؤتمر الدولي الأول للسكان بوخارست 1974 :

انعقد المؤتمر الدولي الأول حول السكان في بوخارست العاصمة الرومانية عام 1974 وطمح على المؤتمر فكرة خفض وتيرة النمو السكاني السريع في دول العالم الثالث، وظهر تياران متناقضان لحل هذه المشكلة.

التيار الأول قاده الدول الغربية على رأسها الولايات المتحدة نادى بالحد من النمو السكاني السريع بأي شكل من الأشكال وطالبت من الدول المتخلفة تبني سياسات سكانية إجبارية في هذا الشأن.

أما التيار الثاني تزعمته الجزائر ضمن كتلة كبيرة من الدول النامية طالبت بألوية التنمية الاقتصادية والدور الذي تؤديه في خفض الخصوبة، وكان ممثل الجزائر آنذاك أدلى بالعبارة الشهيرة " أحسن وسيلة منع الحمل هي التنمية".

حظيت قضية حرية اختيار عدد الأطفال وتنظيم الأسرة قدر من الأهمية، الشيء الذي يتطلب حق الرجال والنساء الاستفادة من برامج التثقيف والتحسيس والإرشاد بخصوص الأمومة والأبوة المسؤولة وسلوك الإنجاب وانعكاساته على حياة المرأة.

كما تمت الإشارة إلى أهمية معرفة وحصول الأفراد على أساليب تنظيم الأسرة المأمونة. كما استقطبت مسألة الأمومة الآمنة اهتماما خاصا، إذ جاء في البندين (أ) و(ب) من الفقرة 24 على ضرورة خفض وفيات الأجنة ووفيات الأطفال والأمراض والوفيات المرتبطة بالأمومة

وتقليص عدد حالات التشوهات الخلقية والإجهاضات غير القانونية دون الأخذ في تفاصيل أكثر ودون تبني أهداف كمية في هذا المضمرا<sup>1</sup>.

## 2- المؤتمر العالمي للسكان مكسيكو 1984:

بعد 10 سنوات من المصادقة على خطة العمل العالمية لمؤتمر بوخارست، شكل الانفجار السكاني عرقلة حقيقية عانت منها البلدان النامية والمصنعة، فطالبت بلدان العالم كله وبالخصوص بلدان العالم الثالث إجراء مؤتمر ثاني حول السكان، واستجابة لذلك استدعت الأمم المتحدة سنة 1984 مؤتمرا جديدا بمكسيكو لتلبية طلب البلدان النامية.

كان موقف الوفد الأمريكي الذي أحدث صدمة كبيرة للحاضرين في المؤتمر حيث صرح أن نمو السكان في حد ذاته - ظاهرة محايدة- وما كان للانفجار الديمغرافي أن يحدث أزمة، فطالب بعنف العودة إلى الليبرالية الاقتصادية وإلى أسبقية القطاع الخاص في صيرورة التطور، هذا إلى جانب حرمان البلدان أو التنظيمات التي لا تعمل بهذه الفضائل من كل عون أمريكي.

من خلال ذلك نجد بعض الدول التي كانت متشددة في المؤتمر الأول 1974 كالصين والجزائر غيرت من موقفها فيما يخص البرامج السكانية الخاصة بتباعد الولادات وأظهرت الجزائر على وجه الخصوص تغيرا كليا في موقفها مقارنة بموقفها السابق، حيث قام الوفد الجزائري بقيادة زهور ونيسي كاتبة الدولة للشؤون الاجتماعية بالترويج بحماسة لفائدة البرامج السكانية كشرط من شروط تحقيق التنمية<sup>2</sup>.

لقد تم في هذا المؤتمر التطرق لقضية الأمومة بدون مخاطر، حيث اعتبر بيان المؤتمر أن الخصوبة العالية غير المطلوبة تؤثر بصورة ضارة على صحة ورفاه الأفراد والأسر وخاصة في الأوساط الفقيرة وتشكل عائقا أمام التقدم الاجتماعي والاقتصادي في كثير من البلدان،

<sup>1</sup> - علي، العكروف: الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2017، صص 44..46.

<sup>2</sup> - جويذة، عميرة: السكان والصحة الإنجابية في الوطن العربي، دار هوانا للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2014، صص 21، 20.

والنساء والأطفال هم الضحية الرئيسية للخصوبة غير المنظمة. فالزيادة الكبيرة في عدد مرات الحمل وزيادة التقارب بينهما وكذلك الحمل في سن مبكرة جدا أو متأخرة جدا تشكل كلها أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات والرضع وإصابتهم بالأمراض.

أدرج المؤتمر خفض وفيات الأمهات ضمن أولوياته بمقدار 50% على الأقل بحلول عام 2000.

لإنجاز هذا الهدف يوصي برنامج المؤتمر بأن تلتزم الدول والحكومات بسياسة سكانية تركز على خدمة المرأة في ميدان الإنجاب، وتوفير خدمات طبية للأمهات في فترة الحمل وعند الوضع وتوفير الوسائل المناسبة لتنظيم الأسرة وضمان وصول هذه الخدمات مجانا إلى جميع النساء الراغبات في استعمالها فضلا عن الدعوة إلى التثقيف في مجال الإنجاب والتحسيس بمخاطر الزواج المبكر والحمل المبكر وكذا توعية الرجال والنساء بضرورة الوضع في وسط طبي وعلى يد طبيب أو قابلة، هذا بالإضافة إلى اتّخاذ كل الإجراءات الضرورية لمساعدة النساء لتجنب الإجهاض الذي لا يمكن اعتباره وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، كما يجب معاملة النساء اللواتي تلجأن إليه معاملة إنسانية وتوفير الوسائل الضرورية للتكفل بهن<sup>1</sup>.

### 3 - المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994:

في سبتمبر 1994 استضافت القاهرة أكبر مؤتمر تم عقده على الإطلاق على مستوى الحكومات في دول العالم حول السكان والتنمية بحضور 11.000 مشارك يمثلون الحكومات ومنظمات ووكالات الأمم المتحدة المتخصصة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام وقد شارك أكثر من 180 دولة في مفاوضات لوضع اللمسات الأخيرة لبرنامج عمل المؤتمر في مجال السكان والتنمية .

ويتضمن عمل المؤتمر الذي تم اعتماده بالتركية في 13 سبتمبر 1994 استراتيجية جديدة تؤكد على الصلة الوثيقة بين السكان والتنمية وتركز على احتياجات الأفراد من النساء

<sup>1</sup> - علي العكروف: مرجع سابق، ص48.

والرجال بدلا من التركيز على تحقيق الأهداف الديموغرافية، ويرتكز هذا النهج الجديد على تمكين المرأة وتوفير المزيد من الخيارات أمامها وذلك من خلال توسيع فرص الحصول على التعليم والخدمات الصحية وتطوير مهاراتها وتوفير فرص العمل، وأيضا من خلال مشاركتها الكاملة في وضع السياسات وعمليات صنع القرار على كافة المستويات، هذا ويعد الاعتراف بالحاجة إلى تمكين المرأة أحد أعظم الإنجازات لمؤتمر القاهرة الدولي، نظرا لأهمية هذا الأمر في حد ذاته من جانب وباعتباره عنصرا رئيسيا في تحسين نوعية الحياة للجميع من جانب آخر.

وتتوافق أهداف مؤتمر القاهرة مع الأهداف الإنمائية الثمانية للألفية وهذا لأنه الأساس الذي تنطلق منه أية مبادرة للتنمية.

لقد تلقى مؤتمر القاهرة اهتماما إعلاميا كبيرا وهذا عائد للجدل المتعلق بشأن التأكيد على الحقوق الإنجابية، فالكرسي البابوي وعدة بلدان إسلامية بالدرجة الأولى كانت ناقدة قوية للتوجيهات التي جاء بها هذا المؤتمر فيما يخص مسألة الإجهاض والممارسات الجنسية الحرة وطالبوا بتعديل هذه التوصيات المخالفة للشرع.

شملت أهدافه تحقيق إمكانية حصول الجميع على التعليم والرعاية الصحية بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وخفض معدل وفيات الأمهات في مرحلة النفاس وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسب والوقاية منه والحماية من العنف وتمكين المرأة وضمان إمكانية حصولها على التعليم والرعاية الصحية<sup>1</sup>.

#### 4- مؤتمر الأمم المتحدة للمرأة بكين 1995:

بعد سنة كاملة من انعقاد المؤتمر العالمي للسكان والتنمية 1994 انعقد المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة 4-5 سبتمبر 1995 ببكين Beijing ليؤكد للمجتمع الدولي ضرورة إعطاء

<sup>1</sup> - صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"، في/ السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، صص 9-10.

حقوق المراة ومشاركتها الفعالة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث جاء في الإعلان الصادر عنه ضرورة الحفاظ على حقوق النساء والمراهقات ومنهن فرص المشاركة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وكذا الاعتراف والتأكيد بكل حقوقهن في المجال الصحي خاصة في مجال خصوبتهن، إذ أن تجاهل الحقوق الإنجابية للمراة في معظم الدول يحد من فرصها بشدة في الحياة العامة والخاصة، كالتعليم والشغل.

كما أكد هذا المؤتمر في مادته التاسعة أن حقوق المراة جزء من حقوق الإنسان، كما أكد أن حقوق الإنسان والحرية للنساء ضروري لتمكين المراة.

كما دعا المؤتمر إلى الاعتراف بالأهمية الاجتماعية للولادة وللأمومة وتعزيز دور المراة ودور الوالدين في الأسرة.

كما دعا إلى ضرورة معرفة وتوعيتها بالعوامل التي تزيد من مخاطر إصابتها بالأمراض النسائية ودعا إلى ضرورة تقسيم المسؤولية بين الرجل والمراة وذلك بالأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية ونشر المعلومات الخاصة بالمراة<sup>1</sup>.

#### 5- مؤتمر السكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي 1998:

قام المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث ب مصر إلى عقد مؤتمر السكان والصحة الإنجابية في العالم الإسلامي من 12-24 فيفري 1998 بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة فورد.

من أهداف المؤتمر متابعة التقدم الذي حدث منذ انعقاد مؤتمر السكان والتنمية عام 1994 والبحث عن مدى تطبيق توصياته في الدول الإسلامية.

<sup>1</sup> - جريدة عميرة: مرجع سابق، صص 28-29.

لقد تم تغطية المواضيع الهامة مثل الجوانب الأخلاقية للصحة الإنجابية ووفيات الأمهات والأسرة، المرأة، التنمية البيئية والصحة الإنجابية والممارسات والسلوكيات الضارة<sup>1</sup>.

- الندوة الدولية للسكان والتنمية + 5 سنوات بنيويورك 1999:

اجتمعت الجمعية العامة للأمم المتحدة بنيويورك لمراجعة مدى تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية "القاهرة" من خلال اهتمامها بخمسة محاور أساسية تتمثل في:

- الاهتمامات الخاصة بالسكان والتنمية

- المساواة بين الجنسين، مبادئ الإنصاف والتمكين للمرأة

- الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية

- الشراكة وأوجه التعاون

- تعبئة الموارد

فمن مخرجات هذه الندوة هو منح أولوية عليا للصحة الإنجابية والجنسية في السياق الأوسع نطاقا لإصلاح قطاع الصحة بما في ذلك تعزيز النظم الصحية الأساسية التي تعود بالفائدة على من يعيشون تحت دائرة الفقر. وإلى زيادة الاستثمارات الرامية إلى تحسين نوعية الخدمات الموجهة لها، ووضع معايير واضحة للرعاية مع كفاءة مقدمها، على أن يراعى في تقديم الخدمات حقوق الإنسان والمعايير الأخلاقية والمهنية.

كما اهتمت الندوة بكفالة الحصول الطوعي لخدمات جيدة في مجال تنظيم الأسرة لجميع الأزواج والأفراد "كلمة الأفراد جاءت لأن هذه المنظمة تؤمن بالحق في الإنجاب خارج مؤسسة الأسرة والزواج" أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والتباعد بين الولادات وموعدها وأن يحصلوا على المعلومات والتثقيف بهذا الشأن والوسائل التي تمكنهم من ذلك.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، ص 31.

كما يتعين على الحكومات أن تتخذ إجراءات آجلة لتوفير التوعية والخدمات اللازمة لمنع العدوى لجميع الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة المكتسب<sup>1</sup>.

6- الدورة الاستثنائية التاسعة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة، 22 سبتمبر 2014، نيويورك:

صادف عام 2014 الذكرى العشرين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، وقد حقق هذا المؤتمر إجماعاً ملحوظاً بين 179 دولة عضواً في الأمم المتحدة وغيرها على أن حقوق الأفراد ورفاههم يجب أن تكون المحور المركزي للجهود المبذولة لتعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

أنتج مؤتمر القاهرة برنامج عمل أكد على أهمية حماية حقوق الإنسان ولا سيما حقوق المرأة والشباب والاستثمار في الصحة والتعليم والنهوض بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة وضمان حصول الجميع على الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. واعتبرت هذه الإجراءات محورية لتوسيع نطاق الفرص ليشمل الجميع من أجل الجميع لتحقيق التنمية المستدامة في عام 2014.

تم الاجتماع حتى يتمكن قادة العالم من مراجعة التقدم المحرز منذ المؤتمر التاريخي عام 1994 والتصدي للتحديات الجديدة وإعادة الالتزام بتحقيق أهداف وغايات برنامج عملها. وتبين في الدورة الاستثنائية أن التقدم المحرز منذ عام 1994 كان ملحوظاً في العديد من المجالات ولكنه غير متكافئ وغالباً ما يعوقه التمييز وعدم المساواة<sup>2</sup>.

أكدت الجمعية العامة في قرارها 234/65 المتعلق باستعراض تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومتابعته بعد 2014 على ضرورة اتباع نهج منظم شامل ومتكامل في تناول قضايا السكان والتنمية من شأنه إتاحة التصدي للتحديات الجديدة ذات الصلة

<sup>1</sup> - الأمم المتحدة: الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الدورة الاستثنائية الواحدة والعشرون، البند 8 من جدول الأعمال، 1999، صص 17، 23.

<sup>2</sup> - الأمم المتحدة: الدورة الاستثنائية التاسعة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة، 22 سبتمبر 2014، نيويورك من الموقع [www.un.org/ar/conference/population/newyork2014](http://www.un.org/ar/conference/population/newyork2014)

بالسكان والتنمية ومع مراعاة التغير وتعزيز إدماج خطة السكان والتنمية في العمليات العالمية ذات الصلة بالتنمية، وأكدت النتائج إلى ضرورة وضع إطار جديد للسكان والتنمية لما بعد 2014 يستند إلى خمس ركائز تتمثل في :

- الكرامة وحقوق الإنسان

- الصحة

- المكان والتنقل

- الحوكمة والمساءلة

- الاستدامة

ففي مجال الصحة يجب التعجيل بإحراز تقدم صوب تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، حيث لا يزال شريحة هائلة من السكان تعيش دون الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية لا سيما الفقراء، فالنمو الاقتصادي في حد ذاته لا يكفي لكفالة تعميم التغطية العادلة، وبالتالي يجب على البلدان أن تخصص الموارد اللازمة للتأكد من حصول جميع الأشخاص على الرعاية الميسورة التكلفة وذات الجودة، وفي ذات الموضوع اولت المناقشات أهمية أكبر "للتغطية الصحية للجميع" باعتبارها وسيلة لكفالة حصول جميع الأشخاص على الرعاية الصحية دون مشقة مالية.

كما ينبغي إيلاء أهمية القصوى لتعزيز نظم الرعاية الصحية الأولية من أجل تقديم خدمات في مجال الصحة الإنجابية والجنسية يتسم بالتكامل والشمولية والجودة وأن تكون متاحة في الأماكن التي يعيش فيها الناس وخاصة المناطق الريفية والنائية والسكان ذوي الموارد المحدودة. كما ينبغي أن تكفل هذه الجهود توفير أوسع طائفة من التكنولوجيات والسلع الأساسية وكذلك تعزيز الإدارة الصحية ونظم المعلومات.

ولأجل هذا يجب تكثيف الشراكة الدولية لأجل تعزيز الأهداف الإنمائية لللفية المتصلة بالصحة كتشيط النظم الصحية والتصدي لفيروس نقص المناعة المكتسب، تم التركيز على 21 بلدا إفريقيا واسيوا .

كما أنشئ تحالف إمدادات الصحة الإنجابية وهو شراكة عالمية تضم منظمات متعددة وثنائية الأطراف ومؤسسات خاصة وحكومات وممثلين للمجتمع المدني وللقطاع الخاص بهدف ضمان تمكين الناس في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل من الحصول على وسائل منع الحمل وغيرها من لوازم الصحة الإنجابية الميسورة التكلفة<sup>1</sup>.

7- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاما، قمة نيروبي نوفمبر 2019 :

في نوفمبر 2019 عقدت قمة نيروبي المعروفة أيضا باسم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 25 في نيروبي ب كينيا للاحتفال بالذكرى السنوية الخامسة والعشرين لمؤتمر القاهرة في نفس الوقت الذي كان فيه المجتمع الدولي يعمل من أجل تحقيق أهداف الأمم المتحدة المستدامة بحلول عام 2030.

استضاف صندوق الأمم المتحدة للسكان وحكومة كينيا قمة نيروبي التي جمعت بين الحكومات ووكالات الأمم المتحدة ومنظمات القطاع الخاص والمجموعات النسائية وشبكات الشباب لمناقشة المبادرات والموافقة عليها لمواصلة تعزيز تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

افتتحت القمة بمراجعة كل ما تم إنجازه منذ المؤتمر الدولي الأول للسكان والتنمية في عام 1994، حيث نجح العالم في خفض معدل وفيات الأمهات وتعزيز المساواة بين الجنسين ولكن ليس بالقدر الكافي كما علق الحاضرون.

من بين الالتزامات التي نصت عليها منظمة الأمم المتحدة نجد مايلي - الأمم:

<sup>1</sup> - الأمم المتحدة: متابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، الجمعية العامة، 2014 ديسمبر، صص 248-352.

- دعم حقوق الإنسان لجميع الناس بما في ذلك حقهم في الصحة الإنجابية والجنسية وتسريع جميع الجهود لدعم المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات مع التركيز على الفئات الأكثر ضعفا وحرمانا.

- تكثيف الجهود للقضاء على جميع الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها والقضاء على العنف القائم على نوع الجنس ضد النساء والفتيات والشباب والقضاء على الحاجة غير الملبات لتنظيم الأسرة<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - الأمم المتحدة: قمة نيروبي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاما، 12-14 نوفمبر 2019 من الموقع. [www.un.org/ar/conference/population/nairobi2019](http://www.un.org/ar/conference/population/nairobi2019)

خلاصة:

من خلال هذا المبحث تبين لنا أن الصحة الإنجابية يمكن تحقيقها من خلال الاهتمام بمجموعة من القواعد الصحية كا:

- الرعاية الصحية للأمهات في مرحلة الحمل والتي تساهم في البحث عن عوامل الخطورة التي قد تصيب الأم والجنين.

- الرعاية الصحية أثناء الوضع.

- الرعاية الصحية بعد الوضع والتي تفيد في معرفة مدى عودة الجسم إلى طبيعته وتطور الرضاعة الطبيعية.

- التطعيم ضد التيتانوس ودوره في حفظ الصحة.

- تنظيم النسل وفائدته على كل من الأم والطفل ومختلف الوسائل المستعملة.

- تغذية الحامل واحتياجاتها، وأهم المشاكل المرتبطة بالنظام الغذائي.

كما استخلصنا أن الرعاية الصحية تتحكم فيها عوامل داخلية وخارجية، وهي كالآتي:

- العوامل الداخلية تتمثل في العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية والديمغرافية.

- العوامل الخارجية كإخفاقات النظام الصحي .

تبين لنا أيضا من هذا المبحث أن الصحة الإنجابية لقيت اهتمام مؤتمرات وقمم عالمية كثيرة من بينها مؤتمر القاهرة 1994 والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية "قمة نيروبي نوفمبر 2019".



## الفصل الثاني

### واقع الصحة الإنجابية للمرأة من خلال المسوح الديمغرافية

1- المسح الجزائري لصحة الأم والطفل MDG Algérie 1995

2- المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية MICS2 - EDG Algérie 2000

3- المسح الجزائري متعدد المؤشرات MICS3 2006

4- المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS4 2012-2013

5- المسح متعدد المؤشرات MICS 6 2018-2019

## الفصل الثاني / واقع الصحة الإنجابية للمرأة من خلال المسوح

### الديمغرافية

تمهيد :

سنحاول من خلال هذا المبحث التطرق لأهم المسوح الديمغرافية المهتمة بالصحة ولا سيما صحة المرأة من خلال صحتها الإنجابية التي تعتبر مؤشر هام لعامل بقائها وبقاء مولودها على قيد الحياة، لذلك سنحاول التطرق إلى أهم المؤشرات التي تضمن صحة إنجابية آمنة للمرأة والتي تناولتها المسوح الصحية ابتداء من المسح متعدد المؤشرات MICS1 1995 إلى آخر مسح MICS2018-2019 لمعرفة التطور الحاصل في المستوى الصحي ومدى تحقيق الأهداف الإنمائية التي حثت عليها منظمة الصحة العالمية من خلال المؤتمرات الدولية ذات الصلة بهذا الجانب.

### 1- المسح الوطني لصحة الأم والطفل MDG Algeria 1995 :

اهتم المسح الوطني لوسط العشرية بصحة المرأة الإنجابية من خلال التطرق إلى عدد من النقاط، سنحاول التطرق إلى النقطتين التاليتين:

- التطعيم ضد التيتانوس VATN

- تنظيم النسل

### 1-1- التطعيم ضد التيتانوس

لمعرفة نسبة النساء اللواتي حصن أنفسهن ضد التيتانوس، قام المسح بإدراج دفتر التلقيح كمؤشر لقياس ذلك، وهذا حسب اطلاعها أو عدم اطلاعها عليه، الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(2): توزيع النساء حسب امتلاكهن لدفتر التلقيح حسب مكان الإقامة،

منطقة السكن ونوع المسكن

المجموع	لا تعرف	غير موجود	موجود غير مطلع عليه	موجود ومطلع عليه	دفتر التلقيح
397	%2.3	%44.3	%8.6	%44.8	وسط حضري
393	%0.5	%52.2	%10.2	%37.2	وسط ريفي
219	1.4	43.8	11.9	42.9	قسنطينة
271	0.7	48.0	9.6	41.7	الجزائر
196	1.8	45.4	6.3	18.8	وهران
104	1.0	30.8	4.8	63.5	الجنوب
378	1.3	43.1	9.8	45.0	سكن فردي
131	2.3	42.8	10.7	44.3	شقة
204	1.5	54.4	7.4	36.8	سكن تقليدي
75		66.7	10.4	22.7	سكن هشي
2		---		---	آخر

Source : MSP et autre : Objectif de la mi- décennie, Algerie, 1995, p66.

من خلال الجدول يتبين أن نسبة النساء اللواتي يقمن في منطقة حضرية ويمتلكن دفتر التلقيح بلغت حوالي 53%، 44.8% موجود ومطلع عليه مقابل 8.6% موجود لكن غير مطلع عليه، في حين عرفت النسبة انخفاضا عند النساء اللواتي يقمن في المناطق الريفية إلى حدود

47%، 37.2% موجود ومطلع عليه مقابل 10.2 موجود لكن غير مطلع عليه . يمكن إرجاع ذلك إلى ارتفاع حضور المرأة في الحصول على التعليم في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، وإلى تواجد المنشآت الصحية التي يمكن أن تساهم في رفع الوعي من خلال التثقيف الصحي، ويظهر ذلك جليا في الولايات الكبرى كقسنطينة والجزائر أين كان دفر التلقيح موجود ومطلع عليه بالنسب التالية على التوالي: 42.9%، 41.7%.

كما عرفت نسبة وجود الدفتر والاطلاع عليه ارتفاعا كلما كانت المرأة تعيش في مسكن فردي أو شقة بنسبة 44.65% لتتخفف كلما كان المسكن تقليديا أو هشا بنسبة 22.7%. ومنه يمكن أن نستنتج أن امتلاك دفر التلقيح يرتبط أيضا بالمستوى المعيشي للمرأة .

بينت نتائج المسح MDG1995 أن نسبة الأطفال الأقل من سنة المحصنين ضد التيتانوس من خلال تحصين أمهاتهم بالرغم من انخفاضها لكن عرفت تطورا ملحوظا وصل إلى 52% مقارنة بنتائج Pap child 1992 التي كانت في حدود 11% فقط<sup>1</sup>.

وفيما يخص الإقبال على طلب الرعاية الصحية بينت نتائج المسح أن من بين 932 حالة زواج مثلا نجد 30 حالة وفاة أي 3,21% وهي راجعة إلى أسباب مرتبطة بالحمل أو الإنجاب وأنه من بين كل 10 نساء هناك 4 نساء لم تتلقين أية مراقبة طبية طيلة فترة حملها أي ما يقدر بـ 40% وهي تزيد في الزيف عن الحضر<sup>2</sup>. كما أتضح أيضا من نتائج المسح أن "هناك 80% من النساء لم تتلق أي كشف بعد الولادة"<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - MSP et autre: **Objectif de la mi-décennie**,Algerie,1995,p67.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994، ص 174.

<sup>3</sup> - نفس المرجع، ص 145.

2-1- استعمال وسائل منع الحمل:

تم في المسح الخاص بصحة الأم والطفل MDG1995 الاستفسار عن الوسيلة المعتمدة من قبل النساء المتزوجات لتنظيم حملهن، فمن بين 5182 أسرة معنية بالمسح تم استجواب 4581 امرأة كانت تنتمي إلى فئات عمرية مختلفة .

بينت نتائج الدراسة أن 56.9% من النساء تستعملن وسيلة لتنظيم نسلهن، وقد اختلفت النسب حسب متغير السن حيث بلغت 43.5% عند اللواتي سنهن أقل من 20 سنة، بلغت ذروة استعماله عند الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 63.8%، كما بلغت 33.5% عند الفئة العمرية 45-49 سنة.

أما عن الوسيلة الأكثر استعمالا فيمكن توضيحها في الجدول التالي:

الجدول رقم (3): توزيع النساء حسب نوع الوسيلة المستعملة في تنظيم النسل

الوسيلة المستعملة لتنظيم النسل								
الوسائل التقليدية				الوسائل الحديثة				
المجموع	طريقة السحب	الحساب	الرضاعة الطبيعية	المجموع	التلقيح	الوافي الذكري	اللولب	الحبوب
13.2%	1.1%	4.3%	7.8%	66.3%	0.1%	1.4%	7.1%	77.7%

المصدر: من إعداد الباحث من المرجع

MSP et autre : Objectif de la mi- décennie, Algerie, 1995, p119.

يتبين من خلال الجدول أن استعمال وسائل الحمل الحديثة أكثر استعمالا من قبل النساء بنسبة 49% في حين استعمال الوسائل التقليدية بلغ 7.5% فقط. أما عن الوسيلة الأكثر استعمالا فهي الحبوب بنسبة 77.7%. تليها الرضاعة الطبيعية بنسبة 7.8%، واستعمال اللولب بنسبة 7.1% ثم الوسائل الأخرى بنسب ضئيلة مختلفة.

كما تبين من خلال نتائج المسح أن وسائل منع الحمل الحديثة هي الأكثر استعمالا سواء في الوسط الريفي أم الحضري (88.5% في الوسط الريفي مقابل 85.2% في الوسط الحضري). كما أن استعمال هذه الوسائل في المناطق الشمالية أعلى من المناطق الريفية، 63.0% في وهران، 56.1% في الجزائر مقابل 48.2% في المناطق الجنوبية<sup>1</sup>.

## 2- المسح الوطني حول اهداف نهاية العشرية (MICS2) EDG Algeria 2000

لقد جاء المسح الوطني لنهاية العشرية EDG Algeria 2000 لتقييم الوضع الصحي لكل من الأم والطفل ومراجعة مدى تحقيق الأهداف المسطرة، كما قدمت نتائجه بعض التطورات في مجال الصحة الإنجابية، سنحاول تلخيص البعض منها في مايلي .

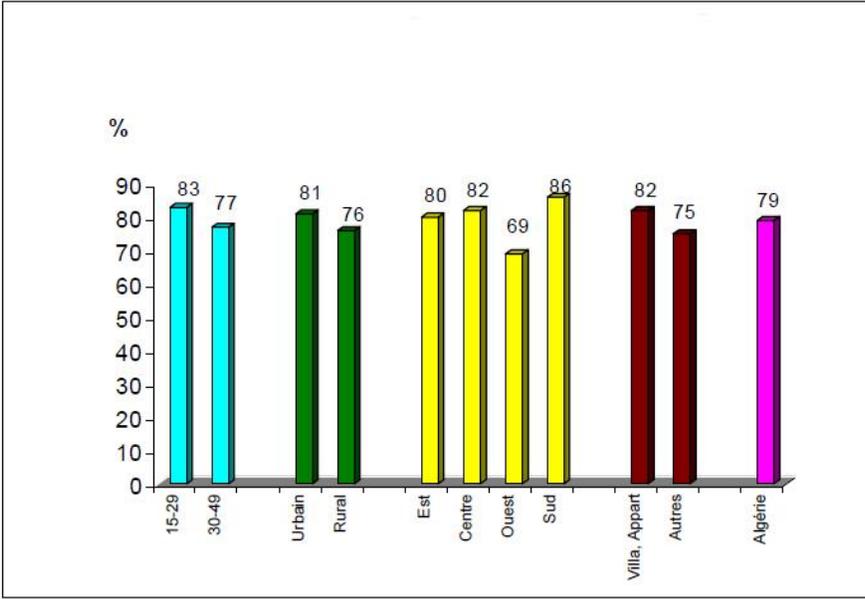
### 2-1- الإقبال على الرعاية الصحية في فترة الحمل وبعده:

فيما يخص الإقبال على الرعاية الصحية في فترة الحمل سجلت نتائج المسح تطورا ملحوظا، حيث انتقلت النسبة من 58% سنة 1992 إلى 83% سنة 2000 وهذا عند النساء الأقل من 30 سنة، كما اختلفت النسبة بين المناطق الحضرية والريفية اذ بلغت 81% في الحضر مقابل 76% في الريف، 83% عند الفئة العمرية 15-29 سنة مقابل 77% عند الفئة 30-49 سنة.

والرسم البياني التالي يوضح ذلك:

الرسم البياني رقم (1): نسبة النساء اللواتي استفدن على الأقل من متابعة طبية في فترة حملهن الاخير حسب متغير السن ومكان ومنطقة الإقامة

<sup>1</sup> - MSP et autre: **Objectif de la mi-décennie**,Algerie,1995,p118.



Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001, p46.

أما عن القطاع الاستشفائي الأكثر زيارة من قبل النساء فهو موضح في الجدول التالي:  
 الجدول رقم (4): نسبة النساء اللواتي استفدن على الأقل من زيارة في فترة حملهن خلال  
 الخمس سنوات التي سبقت الحمل حسب السن، مكان ومنطقة الإقامة ونوع المسكن

عدد النساء اللواتي قمن بالزيارة	القطاع الاستشفائي الأكثر زيارة			
	القطاعين معا	القطاع الخاص	القطاع العام	
السن				
962	3	56	41	29-15
1599	3	52	45	49-30
مكان الإقامة				
1247	2	52	46	حضر
1314	4	56	40	ريف
منطقة الإقامة				
738	5	51	44	الشرق
814	1	59	40	الوسط
488	2	68	31	الغرب
521	5	30	65	الجنوب
نوع المسكن				
1604	3	55	42	فيلا، شقة
957	3	52	46	آخر
2561	3	54	43	الجزائر

Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001, p47.

من خلال الجدول يتبين أن القطاع الاستشفائي الذي تمت فيه المتابعة الطبية كان 54% قطاع خاص مقابل 43% قطاع عام<sup>1</sup>. حيث يزيد الإقبال على القطاع الخاص في المناطق الريفية مقارنة بالحضرية بالنسب التالية 56% مقابل 52%. كما تزيد في المنطقة الغربية من البلاد بنسبة 68%. أما الإقبال على القطاع العام فيزيد في المنطقة الجنوبية بنسبة 65%. كما يرتبط الإقبال على طلب الرعاية الصحية في فترة الحمل بمدى قرب أو بعد هذه المؤسسات الصحية التي تتولى هذه الخدمة، ففي المناطق الحضرية تقع هذه المؤسسات على بعد 2 كيلومتر، في حين تصل في المناطق الريفية إلى أكثر من 5 كيلومتر.

في المناطق الحضرية نسبة الإقبال عند النساء اللواتي يقمن على مسافة أقل من 2 كيلومتر بلغت 61% في الحضر، في حين بلغت نسبة الإقبال في المناطق الريفية للنساء اللواتي يبعدن مسافة أكثر من 5 كيلومتر 62%. وهذا ما يمكن أن يفسر لنا الفرق في طلب الرعاية بين المنطقتين الريفية والحضرية.

أما فيما يخص مكان الوضع، فمن خلال 3361 امرأة وضعت حملها خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح، تبين النتائج أن 87% وضعوا حملهن في مؤسسات صحية عامة، مقابل 5% في مؤسسات خاصة، أما 8% فقد وضعن مولودهن في البيت، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (5): نسبة النساء اللواتي استفدن من مساعدة أثناء الوضع خلال الخمس سنوات التي سبقت الحمل حسب السن، مكان ومنطقة الإقامة ونوع المسكن

<sup>1</sup> - Ministère de la santé et de la population et INSP: Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001. p45.

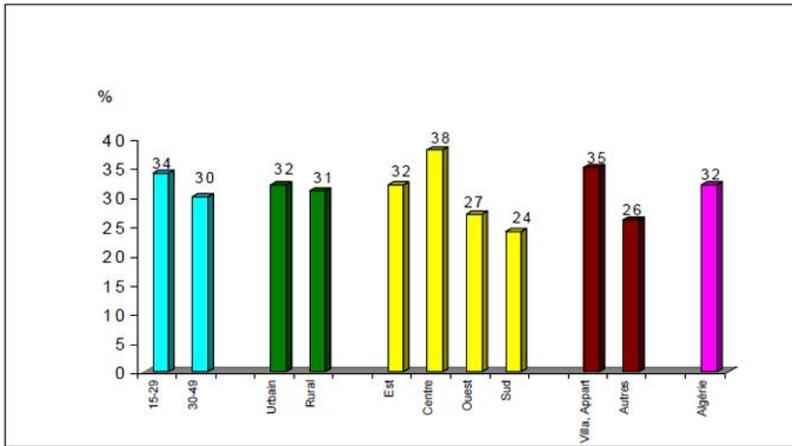
عدد النساء اللواتي وضعن	مكان وضع المولود			
	البيت	مؤسسات خاصة	مؤسسات صحية عامة	
السن				
1196	5	4	91	29-15
2165	10	5	85	49-30
مكان الإقامة				
1524	6	7	87	حضر
1837	12	2	86	ريف
منطقة الإقامة				
1017	4	2	94	الشرق
1005	3	9	88	الوسط
733	17	6	77	الغرب
606	16	1	83	الجنوب
نوع المسكن				
2000	6	6	88	فيلا، شقة
1361	12	3	85	آخر
3361	8	5	87	الجزائر

Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p49

كما بينت نتائج المسح من بين النساء اللواتي وضعنّ في البيت، 88% منهن كان على يد قابلات غير مؤهلات، ففي كل 100 امرأة تضع في البيت هناك 4 نساء يضعن دون أية مساعدة. الشيء الذي يمكن أن يفسر لنا ارتفاع وفيات الأطفال حسب ما جاء في تعداد<sup>1</sup> 1998.

أما بالنسبة للرعاية الصحية بعد الوضع فقد بينت النتائج أن فقط 32% من النساء من قمن بمراقبة طبية خلال الثلاث أشهر الأولى بعد الوضع، وبالرغم من انخفاض هذه النسبة إلا أنها سجلت ارتفاعا ب 12 نقطة مقارنة بالمسح 1992 أين كانت النسبة 20% فقط<sup>2</sup>. الرسم البياني التالي يوضح ذلك:

الرسم البياني رقم (2): نسبة النساء اللواتي استفدن من الرعاية الصحية خلال الثلاث أشهر الأولى بعد الوضع حسب السن ومنطقة ومكان الإقامة ونوع المسكن



Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p51.

<sup>1</sup> - Ibid, p49.

<sup>2</sup> - IBID, p51.

من خلال الرسم يتضح أنه ليس هناك تأثير كبير للمتغيرات التالية السن، مكان ومنطقة الإقامة ونوع المسكن على طلب الرعاية الصحية بعد الوضع، فالنساء بصحة عامة لا تولي لها أهمية لقلّة الوعي بأهميتها.

## 2-2- امتلاك المرأة لدفتر التلقيح ضد التيتانوس:

لمعرفة مدى قيام النساء بالتلقيح ضد التيتانوس، تمت الاستعانة بامتلاك دفتر التلقيح، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (6): امتلاك المرأة لدفتر التلقيح ضد التيتانوس

المجموع	لا تعرف	غير موجود	موجود غير مطلع عليه	موجود ومطلع عليه	دفتر التلقيح
مكان الإقامة					
383	0.4	45.2	11.4	43	وسط حضري
519	0.0	52.1	6.9	41	وسط ريفي
منطقة الإقامة					
278	0.0	41	7.6	51.3	شرق
251	0.0	54.5	13.5	32	وسط
209	0.0	67	8	25	غرب
164	1.6	20.3	7	71	الجنوب
نوع المسكن					
528	0.0	47.9	10.0	41.9	فيلا، شقة
374	0.7	48.7	7.9	42.8	آخر
902	0.3	9.3	9.3	42.2	الجزائر

Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p85.

من خلال الجدول يتبين أن نسبة النساء اللواتي يمتلكن دفتر التلقيح ضد التيتانوس واطلعن عليه بلغت 42.2%، مقابل نسبة متساوية بلغت 9.3% من النساء ممن يمتلكن الدفتر لكن غير مطلعات عليه، والنساء اللواتي لا يمتلكن دفتر التلقيح أصلا. لتبقى نسبة 0.3% للنساء اللواتي ليست لديهن معارف بهذا الدفتر. عرفت النسبة تطورا مقارنة بالمسح 1995، بلغت نسبة امتلاك الدفتر عند اللواتي تقمن في منطقة حضرية 54.4% بعدما كانت 53% في مسح 1995، كما بلغت النسبة 47.9% عند اللواتي تقمن في منطقة ريفية بعدما كانت 47% في مسح 1995.

أما المنطقة التي عرفت أعلى نسبة للنساء اللواتي يمتلكن الدفتر وقمن بالتلقيح هي المنطقة الجنوبية بنسبة 71%، تليها المنطقة الشرقية بنسبة 51.3%.

أما وجود الدفتر والعمل به بالنسبة لنوع المسكن، فقد سجلت أعلى نسب تواجده والعمل به عند النساء اللواتي تسكن في مسكن فردي، شقة أو فيلا بنسبة 41.4% مقارنة باللواتي تقيم في مساكن أخرى بنسبة 42.8%.

## 2-3- استعمال وسائل تنظيم النسل

من بين 5499 امرأة متزوجة معنية بالمسح تبين وجود 3520 امرأة تستعمل وسائل منع الحمل، 50.1% تستعملن وسيلة حديثة، مقابل 13.9% تستعملن وسيلة تقليدية.

كما بينت النتائج أيضا أن استعمال هذه الوسائل يختلف حسب الفئات العمرية، إذ بلغت نسبة الاستعمال 57.6% في الفئة 15-19 سنة

60.5% في الفئة 20-24 سنة

69.3% في الفئة 25-29 سنة

72.8% في الفئة 30-34 سنة

71.2% في الفئة 35-39 سنة

62.3% في الفئة 40-44 سنة

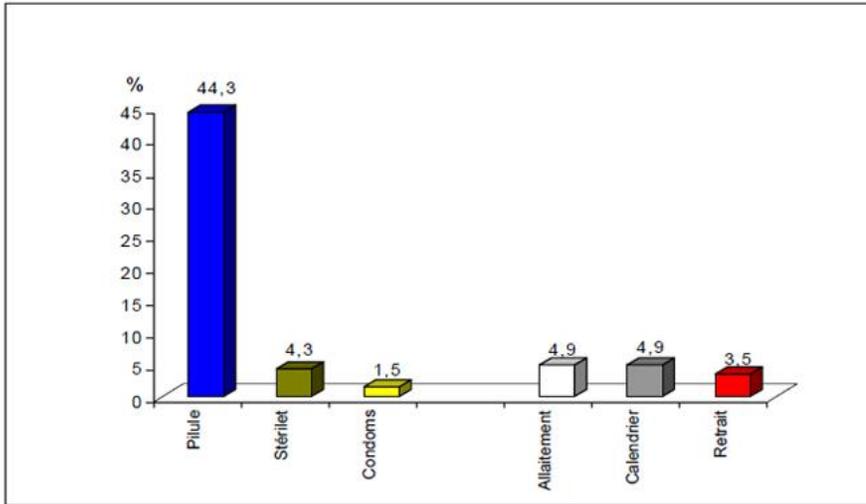
38.6% في الفئة 45-49 سنة.

نلاحظ أن نسبة الاستعمال تقل في الفئة الدنيا والعليا، هذا لأن الفئة الدنيا لتتبع رغبتها الإنجابية حسب الوصول لعدد الأطفال المرغوب فيه، وأن استعمال هذه الوسائل قد يؤدي إلى العقم حسب ما هو معتقد.

أما قلة استعمالها في الفئة العليا فراجع إلى خطورة هذه الوسائل خاصة الهرمونية منها على صحة المرأة التي تعاني الضغط أو تصلب الشرايين.. الخ، كما تتقاطع هذه المرحلة مع بداية بلوغ سن اليأس وما يقابله من تغيرات هرمونية عند المرأة. أما عن الوسيلة الأكثر استعمالا من قبل النساء فهي موضحة في الرسم البياني التالي:

الرسم رقم(3): توزيع النساء المتزوجات خلال المسح حسب وسيلة منع الحمل الأكثر

اعتمادا



Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p100.

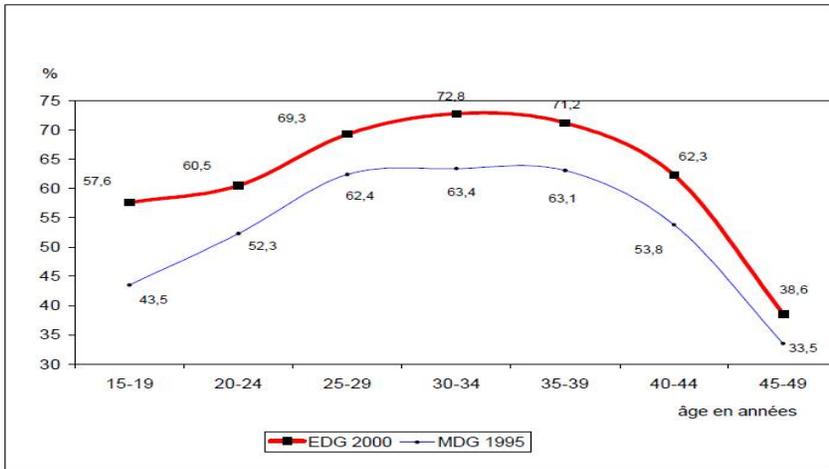
من خلال الرسم يتبين أن الوسيلة الأكثر اعتمادا هي الحبوب بنسبة 44.3%، تليها طريقة الإرضاع والحساب بنسب متساوية قدرت ب 4.9% ثم الطرق الأخرى بنسب منخفضة مختلفة.

ومقارنة مع المسح MDG 1995 نلاحظ تطورا في نسبة الاستعمال والاهتمام بوسائل منع الحمل، ويمكن أن يفسر ذلك بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات، وإقبالهن على عالم الشغل الذي لا يتوافق مع العدد الكبير للأطفال.

انتقلت نسبة الاستعمال من 43.5% عند الفئة العمرية 15-19 سنة حسب مسح 1995 إلى 57.6% حسب مسح 2000، كما انتقلت النسبة من 63.6% عند الفئة 30-34 سنة إلى 72.8%، عرفت النسبة ارتفاعا أيضا في الفئة العمرية 45-49 سنة، حيث انتقلت من 33.5% إلى 38.6%. والرسم الموالي يمكن أن يظهر لنا نسب التطور.

الرسم رقم(4): توزيع النساء حسب نسب استعمال وسائل تنظيم الحمل حسب

المسحين MDG 1995 وEDG 2000



Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p99.

- بينت نتائج المسح أن امرأة من كل ثلاث نساء بالتقريب 1972 لا ترغبن أو تستعملن أي وسيلة من وسائل منع الحمل، 46.7% في الوسط الحضري مقابل 53.3% في الوسط الريفي. أما عن أسباب عدم استعمال فهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (7): توزيع المبحوثات حسب أسباب عدم الرغبة في استعمال أي وسيلة من وسائل الحمل

الأسباب	الوسط الحضري	الوسط الريفي	العدد
الرغبة في إنجاب أطفال	30.3 416	33.2 238	33.5 654
مشاكل صحية	18.5 238	18.3 100	18.6 338
سن اليأس	13 153	11.5 88	12.4 241
العيش في عزلة مع الزوج	10.9 137	11.4 46	11.2 183
العقم	4.9 52	2.6 19	3.9 71
أعراض جانبية	3.5 49	3.5 21	3.6 70
رفض الزوج	1.3 24	1.3 10	1.3 34
التحريم الديني	1.4 14	0.0 01	0.9 14
الثمن المرتفع	0.1 4	0.8 09	0.3 13
غير متوفرة	0.4 11	1.0 07	0.6 18
رفض وسائل منع الحمل	0.4 3	0.0 01	0.2 04
آخر	15.2 215	15.5 110	15.4 325

Source : Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.p187.

من خلال الجدول يتبين رفض استعمال وسائل منع الحمل يرجع إلى الرغبة في إنجاب أطفال بنسبة 31%، انقطاع الطمث 12.4%، الانفصال مع الزوج بنسبة 11.2%، العقم

3.9%، الخوف من الآثار الجانبية بنسبة 3.6%، معارضة الزوج 1.3%، التحريم الديني 0.9%، أسباب أخرى 16.5%. كما بين لنا الجدول أن الرغبة في الإنجاب أعلى في الوسط الريفي مقارنة بالوسط الحضري 33.2% مقابل 30.3%. وهذا الاختلاف في الاتجاهات راجع إلى العوامل والمحددات الاجتماعية والثقافية التي تميز البيئة الريفية.

### 3- المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006 MICS3:

يعتبر المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006 MICS3 والذي خرجت النسخة النهائية منه في 2008 من أهم المسوح الديمغرافية والصحية التي تناولت عدد من المؤشرات من بينها تلك الخاصة بالصحة الإنجابية للمرأة.

سنحاول إبراز أهمها من خلال التطرق إلى النقاط التالية:

- الرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل وبعده

- التلقيح ضد التيتانوس

- استعمال وسائل تنظيم الأسرة

### 3-1- الرعاية الصحية في فترة الحمل وبعده:

لقد تناول المسح متغير الرعاية الصحية للأمهات في فترة الحمل من خلال عرض عدد من المتغيرات لمعرفة الأثر الذي يمكن أن تتركه، كمتغير السن، مكان الإقامة، منطقة الإقامة، المستوى التعليمي، مستوى الثراء. النتائج المتوصل إليها سنبينها في الجدول التالي:

الجدول رقم (8): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين قبل إجراء المسح حسب الشخص الذي قام بالمراقبة وبعض المتغيرات السوسيو اقتصادية

عدد النساء	شخص مؤهل	الأشخاص الذين قدموا الرعاية الصحية في فترة الحمل					المتغير
		المجموع	لم يقمن بالرعاية	آخر	قابلة	طبيب	
<b>منطقة الإقامة</b>							
1598	91.7	100	7.0	1.3	11.5	80.2	الوسط
1597	88.7	100	10.4	0.8	10.6	78.1	الشرق
1304	88.8	100	10.6	0.6	10.2	78.6	الغرب
1331	86.5	100	13.2	0.3	27.8	58.7	الجنوب
<b>مكان الإقامة</b>							
3290	93.7	100	5.6	0.7	13.3	80.4	حضري
2540	84.6	100	14.3	1.1	12.7	71.9	ريفي
<b>السن</b>							
46	81.7	100	18.3	0.0	12.2	69.5	19-15
805	93.1	100	6.2	0.7	12.7	80.4	24-20
1582	91.9	100	7.2	0.8	10.9	81.1	29-25
1549	90.5	100	8.9	0.6	13.0	77.5	34-30
1206	86.7	100	12.7	0.7	14.7	72.0	39-35
581	82.9	100	15.0	2.1	15.5	67.4	44-40

61	69.4	100	25.0	5.6	18.5	51.0	49-45
<b>المستوى التعليمي</b>							
1695	77.0	100	21.6	1.3	13.8	63.3	أمي
1171	90.4	100	8.9	0.7	14.2	76.2	ابتدائي
1437	94.3	100	4.9	0.8	14.4	79.9	متوسط
1222	96.4	100	3.1	0.4	11.1	85.3	ثانوي
305	97.6	100	1.2	1.2	6.3	91.3	جامعي
<b>مؤشر الرفاه</b>							
1490	75.9	100	22.8	1.4	13.5	62.3	الأشد فقرا
1169	89.4	100	9.7	0.8	15.0	74.5	منخفض
1110	92.9	100	5.9	1.1	15.0	77.9	متوسط
1078	94.7	100	4.8	0.5	13.3	81.4	مرتفع
983	97.8	100	1.8	0.4	7.4	90.4	مرتفع جدا
5830	89.4	100	9.7	0.9	13.0	76.4	المجموع

Source : MSP et ONS : Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006,

Rapport Principal, Décembre 2008,pp123-124.

من خلال الجدول يتبين أن من بين النساء المتزوجات اللواتي ينتمين للفئة العمرية 15-49 سنة، 90.3 % منهن استفدن على الأقل من مراقبة طبية في فترة الحمل، أين 89.4 %

تمت متابعتهم عن طريق شخص مؤهل، 76.4% عن طريق طبيب و13% عن طريق قابلة. أن الإقبال على المتابعة الطبية سجل عند النساء الأقل من 30 سنة بنسبة 92.1%، كما تزيد نسبة الإقبال في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، 93.7% مقابل 84.6%. كما تبين أن النساء اللواتي لم يحصلن على أية مراقبة طبية هنّ بدون مستوى تعليمي، بلغت نسبتهم 21.6%، منهم 13.2% من المناطق الجنوبية، ترتفع النسبة مع التقدم في العمر حيث بلغت 25% في الفئة العمرية 45-49 سنة.

بينت لنا نتائج الجدول أيضا أن الإقبال على المراقبة الطبية في فترة الحمل يتأثر بمستوى الرفاه الاقتصادي، حيث أن نسبة النساء اللواتي استفدن على الأقل من مراقبة طبية في فترة الحمل انتقلت النسبة من 75.9% عند الأسر الفقيرة إلى 97.8% عند الأسر الغنية. - أما عن نسبة النساء اللواتي تلقين مساعدة أثناء الوضع بلغت 95.3%، 95.2% كانت من قبل أشخاص مؤهلين (17.2% على يد أطباء و78.1% على يد قابلات)<sup>1</sup>.

- بالنسبة للرعاية الصحية بعد الوضع، فحسب تصريح النساء هناك فقط 30.6% من استفدن على الأقل بزيارة واحدة للمؤسسة الاستشفائية بعد الوضع، 23.3% كانت على يد على يد طبيب، 7.3% منها على يد قابلة، و1.4% على يد شخص غير مؤهل. كما ترتفع نسبة الإقبال على الرعاية كلما كانت المرأة حديثة الولادة، حيث بلغت 43.9% مقابل 16.7% عند النساء اللواتي سبق ولهن أطفال. أيضا بينت نتائج المسح أن نسبة الإقبال تتناسب طرذا مع ارتفاع المستوى التعليمي، حيث بلغت 50% عند ذوات المستوى المرتفع مقابل 18.5% عند ذوات المستوى المنخفض<sup>2</sup>.

أما عن الأسباب التي أدلت بها النساء في شأن العزوف عن الرعاية الصحية بعد الولادة، فيمكن توضيحها من خلال الرسم التالي:

<sup>1</sup> - MSP et ONS: **Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006**, Rapport Principal, Décembre 2008, p127.

<sup>2</sup> - IBID, p128.

الرسم رقم (5): توزيع المبحوثات حسب أسباب عدم تلقي الرعاية بعد الوضع



Source : MSP et ONS : Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006,

Rapport Principal, Décembre 2008,p129.

من خلال الرسم يتبين لنا أن الأسباب التي ساهمت في عزوف النساء عن تلقي الرعاية الصحية بعد الوضع تتمثل في عدم وجود مضاعفات في 80.2% من الحالات، لهن تجربة سابقة عند 2.7%

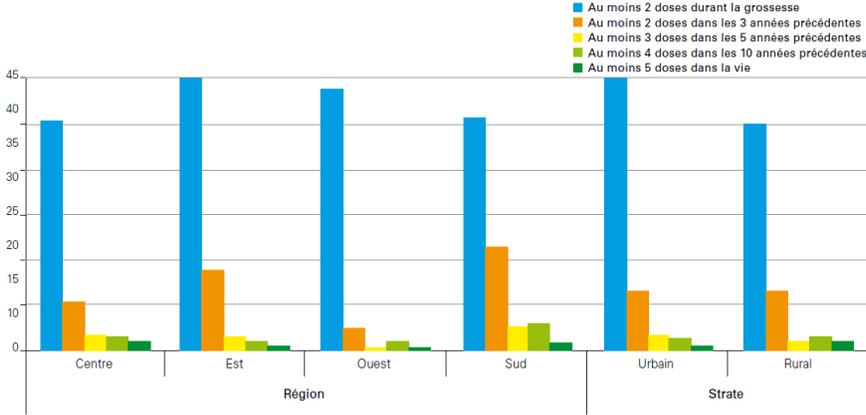
من الحالات، الجهل بأهميتها وجد عند 8.8% من الحالات، وعدم توفر مقدمي الرعاية وجد عند 2.1% من الحالات.

### 2-3- التحصين ضد التيتانوس

بينت نتائج المسح أن 5/2 من النساء أخذوا جرعتين من اللقاح ضد التيتانوس، ترتفع النسبة في الوسط الحضري مقارنة بالريفي 45.1% مقابل 37.4%.

والرسم التالي يمكن أن يوضح لنا ذلك

الرسم البياني رقم (6): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود حي خلال 12 شهر الأخيرة والمحصنات ضد التيتانوس الوليدي



Source : MSP et ONS : Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006,

Rapport Principal, Décembre 2008, p87.

### 3-3- استعمال وسائل منع الحمل

بينت نتائج المسح أن استعمال وسائل الحمل أصبح واسع الانتشار في السلوك الإنجابي للأزواج، بلغت نسبة الاستعمال عند الأزواج حديثي الزواج 61.4%، اين 52.0% منها وسائل حديثة.

يختلف استعمال وسائل منع الحمل بين الوسط الحضري والوسط الريفي، كما يختلف استعمالها حسب متغير السن وعدد الأطفال والمستوى التعليمي والحالة الشخصية. والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (9): استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان ومنطقة الإقامة، السن، عدد الأطفال الاحياء، المستوى التعليمي، الحالة الشخصية ومستوى الرفاه

المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

عدد النساء	الوسائل التقليدية					الوسائل الحديثة					المتغير
	المجموع	اخر	طريقة السحب	الحجاب	الرضاعة الطبيعية	المجموع	اخر	الوقائي الذكري	اللولب	الصبوب	
منطقة الإقامة											
6867	11.3	0.1	4.5	5.2	1.5	52.3	1.6	3.4	3.0	44.2	الوسط
5856	1.6	0.1	3.9	4.6	2.0	48.6	1.1	2.4	2.2	72.8	الشرق
4505	4.3	0.1	0.7	2.1	1.4	60.6	1.6	1.1	1.2	56.7	الغرب
2091	10.6	0.1	3.3	3.1	4.0	41.9	0.8	1.3	2.8	37	الجنوب
مكان الإقامة											
10757	10.5	0.1	3.8	5.0	1.6	52	1.5	3.0	2.9	44.6	حضري
8562	8.0	0.1	2.7	2.9	2.3	51.9	1.2	1.6	1.6	47.5	ريفي
السن											
148	3.0	0.0	0.6	2.1	0.3	17	0.0	0.4	0	16.7	19-15
1523	5.2	0.0	1.4	1.7	2.1	38	0.1	0.6	0.5	36.7	24-20
3057	6.5	0.0	2.0	2.2	2.3	51.6	0.1	2.1	0.6	48.7	29-25
3843	9.02	0.0	3.0	3.7	2.5	57.9	0.4	2.8	2.1	52.5	34-30
3956	11.0	0.1	3.6	4.6	2.7	58.1	1.1	2.5	2.9	51.6	39-35
3788	11.9	0.2	4.3	5.8	1.6	57	2.5	3.0	3.9	47.6	44-40
3003	9.8	0.2	4.5	4.8	0.2	39.2	3.4	2.0	2.7	31.1	49-45
عدد الأطفال الأحياء											
2029	0.4	0.0	0.2	0.2	0.0	2.5	0.0	0.0	0.0	2.4	0
2667	6.9	0.0	1.8	3.1	2.0	48.2	0.2	2.1	0.5	45.5	1
3253	9.5	0.0	3.4	4.3	1.8	60.4	0.8	3.2	2.2	54.2	2

المراة والصحة الإيجابية في المجتمع الجزائري

3238	11.5	0.2	4.6	5.0	1.8	62.3	1.3	2.9	3.4	54.7	3
8141	11.5	0.1	4.0	4.9	2.8	58.1	2.4	2.4	3.1	50.1	4 فأكثر
المستوى التعليمي											
6639	7.5	0.1	2.7	2.4	2.3	49.8	1.8	0.9	1.7	45.3	أمي
4035	9.9	0.1	3.9	3.9	2	52.2	1.8	1.9	2.4	46.2	ابتدائي
4311	9.6	0.0	3.5	4.4	1.6	52.7	0.9	2.4	2.6	46.7	متوسط
3425	11.6	0.1	3.7	6.0	1.8	55.3	0.6	4.6	2.7	47.4	ثانوي
910	11.7	0.0	3.0	7.5	1.2	51.2	1.2	6.0	4.5	39.5	جامعي
الحالة الشخصية											
2048	13.1	0.3	3.7	7.1	2.0	50.7	1.7	4.3	4.1	40.5	لها مشاغل
1723 5	8.9	0.1	3.3	3.7	1.9	52.1	1.3	2.1	2.1	46.6	ليس لها مشاغل
36	7.9	0.0	0.0	7.9	0.0	41.3	0.0	0.0	0.0	41.3	لم تصرح
مؤشر الرفاه											
3824	6.5	0.1	1.6	1.9	3.0	49.9	1.2	0.8	1.5	46.4	الأمشد فقرا
3934	9.0	0.1	3.4	3.2	2.3	51.4	1.6	1.2	1.5	47.1	منخفض
3891	10.1	0.1	3.8	4.3	2.0	52.4	1.1	2.0	1.6	47.6	متوسط
3845	9.7	0.0	3.8	4.7	1.2	52.5	1.5	2.6	2.8	45.5	مرتفع
3824	11.5	0.2	3.9	6.2	1.2	53.7	1.4	5.1	4.3	42.9	مرتفع جدا
1931 9	9.4	0.1	3.3	4.1	1.9	52	1.4	2.3	2.3	45.9	المجموع

Source : MSP et ONS : Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006.

Rapport Principal, Décembre 2008, p116.

من خلال الجدول يتبين أن وسائل منع الحمل الحديثة هي الأكثر استعمالا مقارنة بالتقليدية وهذا بنسبة 52% مقابل 9.4%. ولمعرفة اهم العوامل المؤثرة على استعمال هذه الوسائل، تمت الاستعانة بعدد من المتغيرات سندرجهما في مايلى:

بالنسبة لمكان الإقامة، بينت النتائج أن النساء الحضريرات تستعملن وسائل منع الحمل الحديثة أكثر من التقليدية بنسبة 52% مقابل 10.5%، أما عن الوسيلة الأكثر استعمالا فهي الحبوب بنسبة 44.6%. يبقى استعمال الوسائل الحديثة في المنطقة الحضرية أعلى نسبيا من المنطقة الريفية، أما الوسيلة الأكثر استعمالا في الريف فهي الحبوب بنسبة 47.5%.

أما بالنسبة لمنطقة الإقامة فإن المنطقة الغربية هي الأكثر استعمالا لوسائل منع الحمل الحديثة مقارنة بالتقليدية، بلغت النسبة 60.6% مقابل 10.6%، أما عن الوسيلة الواسعة الاستعمال في الطرق الحديثة فهي الحبوب بنسبة 56.7%، مقابل الرضاعة الطبيعية من الوسائل التقليدية في المنطقة الجنوبية .

بالنسبة لمتغير السن، فإن الفئة الأكثر استعمالا لوسائل منع الحمل الحديثة هي الفئة 39-35 سنة بنسبة 58.1%، في حين تعرف الوسائل التقليدية أعلى استعمالا لها عند الفئة 44-40 سنة بنسبة 11.9%، تأتي طريقة الحساب والسحب في أعلى مستوى بنسبة 4.7%. يقل استعمال وسائل منع الحمل في الحدود الدنيا والعليا لفئات السن، بنسبة 17% عند الفئة 19-15 سنة و39.2% عند الفئة 49-45 سنة.

بالنسبة لمتغير عدد الأطفال الأحياء واستعمال وسائل منع الحمل، تبين من خلال الجدول أن أعلى استعمال لوسائل منع الحمل يكون لما يكون للمرأة ثلاثة أطفال أو طفلان على قيد الحياة بنسبة 62.3% و60.4%. يعرف أدنى مستوياته لما لا يكون للمرأة أطفال أو لديها 4 أطفال فأكثر بنسب التالية على التوالي: 2.5%، 58.1%.

بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي وأثره على استعمال وسائل منع الحمل، بينت النتائج أن استعمال هذه الوسائل يتناسب طرديا مع ارتفاع المستوى التعليمي، إذ بلغ 55.3% عند النساء ذوات المستوى الثانوي بالنسبة للوسائل الحديثة، و11.7% بالنسبة للوسائل

التقليدية. أما عن الوسيلة الأكثر استعمالا فتبقى الحبوب في طليعة الوسائل الحديثة والحساب في الوسائل التقليدية.

أما بالنسبة للحالة الشخصية وأثرها على استعمال هذه الوسائل، بينت النتائج أن استعمال الوسائل لا يتأثر كثيرا بمشاكل الفرد أو تفرغه.

أما عن اثر متغير الرفاه على استعمال وسائل الحمل، فقد بينت النتائج أن استعمال الوسائل عرف ارتفاعا كلما ارتفع مستوى الرفاه، حيث بلغ 53.7% عند النساء ذوات المستوى المعيشي المرتفع جدا، ويقل الاستعمال عند ذوات المستوى المعيشي المنخفض

جدا. أما من ناحية استعمال الوسائل الحديثة أو التقليدية، فإن الوسائل الحديثة هي الأكثر استعمالا مهما اختلف مستوى الرفاه وتأتي الحبوب دائما في طليعة هذه الوسائل بحكم أنها أكثر أمانا ومعرفة من قبل النساء وأن استعمالها شخصي لا يتطلب مساعدة طبية.

بالنسبة للنساء اللواتي ترفض استعمال وسائل منع الحمل فإن الأسباب وراء ذلك موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (10): توزيع النساء حسب الأسباب التي كانت وراء رفضها لأي وسيلة من

وسائل الحمل

المجموع	الوسط الريف	الوسط الحضري	الأسباب وراء رفض النساء استعمال وسائل تنظيم النسل
36.1	36.1	36.1	الرغبة في إنجاب الأطفال
2.3	2.6	2.1	ضد التخطيط العائلي
1.6	2.0	1.3	رفض الزوج
4.7	3.6	5.6	أعراض جانبية
1.3	2.2	0.6	صعب الحصول عليها
0.6	1.2	0.2	ثمناها المرتفع
0.4	0.4	0.4	طريقة استعمالها صعبة
5.0	4.9	5.0	الناحية الدينية
17.6	18.2	17.0	سن اليأس
10.0	10.0	10.1	العقم
3.7	3.1	4.2	لا تحب الوسائل المتاحة
4.5	5.1	4.0	في انقطاع الطمث بعد الولادة
12.1	10.5	13.4	آخر
100	100	100	المجموع

Source : MSP et ONS : **Enquête nationale a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006**,

Rapport Principal, Décembre 2008, p119

من خلال الجدول يتبين أن من بين 5301 امرأة، 60.7% استعملن في فترة سابقة وسيلة من وسائل منع الحمل، 61.8% مقيمات في الوسط الحضري مقابل 59.4% مقيمات في الوسط الريفي. لتبقى نسبة 39.3% من لم يستعملن أي وسيلة طوال فترة زواجهن، 40.6% مقيمات في الوسط الريفي مقابل 38.2% مقيمات في الوسط الحضري<sup>1</sup>.  
من بين الأسباب التي ذكرتها النساء نجد الرغبة في إنجاب أطفال وهذا بنسبة 36.1% مهما اختلف مكان الإقامة، بلوغ سن اليأس في 17.6% من الحالات، العقم في 10% من الحالات، المسألة الدينية في 5% من الحالات وإلى أعراضها الجانبية في 4.7% من الحالات، لتأتي أسباب أخرى بنسب منخفضة .

#### 4- المسح الوطني متعدد المؤشرات 2012-2013 MICS4

بالرغم من الجهود والتحسين الذي عرفته صحة كل من الأم والطفل من خلال المسوح السابقة، إلا أنه مازالت الجهود مستمرة لتحقيق الأهداف المرجوة.  
لقد اهتم المسح الوطني متعدد المؤشرات 2012-2013 بعدد من القضايا المتعلقة بصحة كل من الأم والطفل، من بين القضايا مسألة الصحة الإنجابية للمرأة. سنحاول من خلال ما جاءت به نتائج هذا المسح تقديم ملخص لأهم النقاط منها لمعرفة التطور الحاصل في هذا الشأن مقارنة بالمسوح السابقة لتقييم الوضع الصحي للنساء .  
من بين النقاط سنتناول:

- الرعاية الصحية في فترة الحمل، الوضع، وبعد الولادة

- وسائل تنظيم الأسرة

#### 4-1- الرعاية الصحية في فترة الحمل، الوضع، بعد الولادة

أوصت منظمة الصحة العالمية واليونيسف القيام على الأقل بأربع فحوصات طبية في فترة الحمل تتمثل في:

<sup>1</sup> - MSP et ONS: Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006, opcit, p119.

- قياس الضغط

- تحليل البول

- فحص الدم للكشف عن مرض الزهري وفقر الدم الشديد

- قياس الوزن والطول

لمعرفة الشخص الذي ساهم في تقديم الرعاية الصحية في فترة الحمل واهم العوامل المؤثرة في الاختيار نستعرض الجدول التالي:

الجدول رقم (11): توزيع النساء 15-49 سنة الذين لهم ولادة في السنتين السابقتين

للمسح حسب نوع الأشخاص الذين قدموا الرعاية في فترة الحمل

عدد النساء	وجود أي شخص مؤهل	المجموع	الأشخاص الذين قدموا الرعاية الصحية في فترة الحمل					
			لم تتلقَ رعاية	أخر	قابلة تقليدية	قابلة مؤهلة	طبيب	
منطقة الإقامة								
2022	96.7	100	2.5	0.8	0.0	4.9	91.8	ش الوسط
680	92.3	100	3.2	4.5	0.0	13.7	78.7	ش الشرق
842	89.2	100	9.9	1.0	0.0	8.6	80.6	ش الغرب

440	89.0	100	7.2	3.7	0.2	4.5	84.5	الهضاب العليا الوسط
887	95.2	100	3.6	1.1	0.1	7.3	88.0	الهضاب العليا شرق
339	88.9	100	10.2	0.9	0.0	11.7	77.2	الهضاب العليا غرب
682	91.3	100	7.5	1.2	0.0	10.8	75.7	الجنوب
مكان الإقامة								
3559	93.6	100	4.4	1.9	0.0	8.7	85.0	حضري
2332	91.3	100	7.5	1.2	0.0	6.6	84.7	ريفي
سن المرأة								
121	94.1	100	4.6	1.3	0.0	11.8	82.3	اقل من 20 سنة
1016	92.9	100	4.9	2.2	0.1	6.9	85.9	24-20
1748	94.2	100	4.3	1.4	0.0	7.0	87.2	29-25
1610	92.8	100	6.1	1.0	0.0	7.8	85.0	34-30
1000	92.1	100	6.2	1.8	0.0	9.4	82.7	39-35
365	87.6	100	9.1	3.3	0.0	9.1	78.5	44-40
29	76.2	100	22.1	1.7	0.0	8.7	67.5	49-45

المستوى التعليمي للمرأة								
966	87.2	100	11.8	9	0.1	11.2	76.0	بدون مستوى
991	92.1	100	6.7	1.3	0.0	7.3	84.8	ابتدائي
1824	93.7	100	4.5	1.8	0.0	8.4	85.2	متوسط
1420	94.1	100	4.0	1.9	0.0	6.9	87.2	ثانوي
689	96.1	100	1.8	2.1	0.0	4.4	91.7	جامعي
مؤشر الرفاه								
1296	87.6	100	11.0	1.4	0.0	8.8	78.8	أشد فقرا
1310	93.3	100	5.0	1.7	0.1	7.1	86.2	فقير
1186	92.8	100	6.0	1.1	0.0	7.7	85.0	متوسط
1132	95.0	100	2.5	2.5	0.1	9.7	85.3	غني
968	96.1	100	2.4	1.5	0.0	5.6	90.5	غني جدا
5891	92.7	100	5.6	1.6	0.0	7.9	84.8	المجموع

Source : MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête national par Grappes a indicateurs

multiples MICS4 (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015, p136.

من خلال الجدول يتبين أن 93% من النساء المتزوجات واللواتي ينتمين للفئة العمرية 15-49 سنة ولهن ولادة في آخر سنتين قبل إجراء المسح قد تلقين رعاية صحية في فترة الحمل من قبل شخص مؤهل، 85% على يد طبيب و8% على يد قابلة، 94% في الوسط الحضري مقابل 91% في الوسط الريفي وحسب منطقة الإقامة فإن النسبة الأكبر لتلقي الرعاية

الصحية في فترة الحمل كانت في وسط المنطقة الشمالية ب 97% مقابل 87% كانت شرق المنطقة الجنوبية. أما عن الفئة العمرية وعلاقتها بالشخص المقدم للرعاية، فالملاحظ أنه مهما اختلفت فئات السن فإن الشخص المعول عليه في تقديم الرعاية هو الطبيب، وتزيد نسبة الإقبال وطلب الرعاية عند الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 87% لأن هذه الفئة أكثر نشاطا من الناحية الإنجابية نتيجة لارتفاع سن الزواج بالنسبة للمرأة.

بالنسبة للمستوى التعليمي وعلاقته بالرعاية الصحية في فترة الحمل، فإن أكثر من 92% من النساء ذوات المستوى المرتفع تلقين مراقبة طبية على يد طبيب، كما يتناسب الإقبال على الرعاية الصحية طرديا مع ارتفاع المستوى المعيشي والرفاه الاجتماعي والاقتصادي، حيث بلغت النسبة 91%.

أما عن عدد الزيارات التي قامت بها النساء في مرحلة الحمل فهي مبينة في هذا الجدول

الجدول رقم (12): توزيع النساء 15-49 سنة الذين لهم ولادة في السنتين السابقتين

للمسح حسب عدد الزيارات لتلقي الرعاية الصحية في فترة الحمل

عدد النساء اللواتي لديهن مولود في آخر سنتين قبل المسح	نسبة النساء اللواتي							
	المجموع	عدم التحصيل على اجابة	اربع زيارات وأكثر	ثلاث زيارات	زيارتين	زيارة واحدة	لم يقمن بأي زيارة	
منطقة الإقامة								
2022	100	0.9	78.6	12.6	4.2	1.2	2.5	ش الوسط
680	100	2.5	79.2	10.9	4.0	0.2	3.2	ش الشرق
842	100	2.8	56.6	18.8	8.7	3.1	10.0	ش الغرب
440	100	0.9	54.8	24.8	10.1	2.3	7.2	الهضاب العليا الوسط
887	100	2.1	64.8	20.0	7.0	2.3	3.8	الهضاب العليا شرق
339	100	1.1	52.8	20.5	10.4	4.9	10.4	الهضاب العليا غرب
682	100	2.2	53.2	17.6	12.2	3.2	11.6	الجنوب

مكان الإقامة								
3559	100	1.7	72.3	14.3	5.9	1.3	4.4	حضري
2332	100	1.7	59.5	19.5	8.6	3.0	7.6	ريفي
سن المرأة عند الوضع								
121	100	0.4	74.3	14.3	4.0	2.2	4.9	أقل من 20 سنة
4374	100	1.9	68.4	16.1	6.6	1.9	5.7	34-20
1394	100	1.3	63.3	17.4	8.3	2.5	7.3	49-35
المستوى التعليمي للمرأة								
966	100	2.2	47.7	21.3	12.3	4.6	11.9	بدون مستوى
991	100	1.7	61.1	18.1	9.5	2.7	6.8	ابتدائي
1824	100	1.5	70.1	15.8	6.2	1.9	4.5	متوسط
1420	100	2.1	72.3	16.1	4.7	0.8	4.0	ثانوي
689	100	0.8	85.7	9.0	2.2	0.3	1.9	جامعي
مؤشر الرفاه								
1296	100	1.6	53.9	17.7	10.9	4.8	11.1	أشد فقرا
1310	100	1.5	65.7	18.8	7.5	1.5	5.0	فقير
1186	100	1.9	64.6	18.3	7.8	1.3	6.1	متوسط
1132	100	1.6	74.4	15.8	4.3	1.3	2.6	غني
968	100	2.0	82.3	9.7	2.9	0.7	2.4	غني جدا
5891	100	1.7	67.3	16.4	6.9	2.0	5.7	المجموع

Source : MSP et UNICEF et UNFPA : **Enquête national par Grappes a indicateurs**

**multiples MICS4** (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015, p138.

من خلال الجدول يتبين أن عدد الزيارات التي قامت بها النساء لطلب الرعاية الصحية في فترة الحمل تتأثر بعدد من المتغيرات .

قامت 9 نساء من 10 بزيارة واحدة وأكثر من 2/3 نساء قمن بأربع زيارات ما يعادل 67%، ف 10.4% من النساء في المنطقة الغربية للهضاب العليا لم يقمن بأي زيارة، 2% قمن بزيارة واحدة، أما 52.8% فقمن بأربع زيارات فأكثر.

ترتفع نسبة الإقبال على طلب الرعاية في المنطقة الشمالية للبلاد، أين سجلت المنطقة الشمالية الشرقية أعلى نسبة زيارة أربعة فأكثر ب 78.6%. كما بلغت النسبة أعلاها عند النساء الأقل من 20 سنة ب 74.3%.

تتأثر نسبة الإقبال على طلب الزيارة الطبية بالمستوى التعليمي للمرأة والمعيشي للأسرة، حيث بلغت نسبة اللواتي قمن بأربع زيارات 61% عند ذوات المستوى المنخفض لترتفع إلى 86% عند ذوات المستوى المرتفع، نفس الشيء عند النساء اللواتي يعشن في أسر فقيرة أين 54% فقط قمن بالربع زيارات فأكثر مقابل 82% للنساء اللواتي يعشن في أسر غنية.

أما عن نسبة النساء اللواتي لم تقمن بأي زيارة طبية في فترة الحمل فقد بلغت أعلاها في المناطق الجنوبية ب 11.6%، والمناطق الريفية ب 7.6%، كما تتأثر بعامل السن إذ ترتفع النسبة كلما تقدمت المرأة في السن بنسبة 7.3% كما ترتفع أيضا مع انخفاض المستوى التعليمي لها وانخفاض المستوى المعيشي للأسرة.

- بالنسبة للرعاية الطبية أثناء الوضع فيمكن قياسها بالشخص المشرف على الولادة

ونوع القطاع الذي تمت فيه، ولأجل معرفة ذلك سنعرض الجداول التالية :

الجدول رقم (13): نسب النساء 15-49 سنة الذين وضعوا مولودا في السنتين

السابقتين للمسح حسب الشخص الذي أشرف على عملية الولادة.

عدد النساء	نسب الولادات القيصرية	الولادة بشخص مؤهل	المجموع	الأشخاص الذين أشرفوا على الولادة							ش ط
				لا يوجد	آخر	الأهل أو الأصدقاء	قابلة تقليدية	قابلة مؤهلة	طبيب عام	طبيب نسائي	
منطقة الإقامة											
2022	17.1	98.3	100	0.1	1.2	0.1	0.2	63.0	1.3	34.0	ش ط
680	21.4	98.4	100	0.0	1.2	0.3	0.2	65.4	1.8	31.2	ش الشر ق
842	19.4	96.3	100	0.0	3.0	0.2	0.5	69.1	1.2	26.1	ش الغرب
440	10.7	96.0	100	0.0	2.4	0.6	1.0	82.6	0.5	12.9	الهضا ب العليا ط الوس
887	14.6	96.6	100	0.0	2.3	0.7	0.4	73.9	1.4	21.3	الهضا ب العليا شرق
339	12.0	95.5	100	0.0	1.9	1.0	1.6	81.0	1.1	13.4	الهضا ب العليا غرب
682	10.1	91.2	100	0.0	3.2	1.8	3.7	77.2	2.5	11.5	الجنو ب

المراة والصحة الإيجابية في المجتمع الجزائري

مكان الإقامة											
3569	17.8	97.8	100	0.01	1.5	0.2	0.5	67.2	1.4	29.1	حضر ي
2332	13.2	94.8	100	0.0	2.8	1.0	1.4	74.0	1.5	19.4	ريفي
سن المرأة											
121	12.0	95.8	100	0.0	1.2	1.4	1.7	72.6	0.6	22.6	أقل من 20 سنة
4374	14.4	96.8	100	0.1	1.9	0.5	0.7	70.1	1.3	25.3	-20 34
1394	18.1	96.4	100	0.0	2.1	0.4	1.1	69.1	1.9	25.4	-35 49
المستوى التعليمي للمرأة											
966	8.4	94.0	100	0.0	2.4	1.6	2.0	80.3	1.0	12.7	بدون مستوى
991	14.8	95.7	100	0.0	2.3	0.8	1.2	69.6	1.9	24.2	ابتدا ئي
1824	14.4	97.2	100	0.0	1.8	0.2	0.8	71.4	1.1	24.7	متوس ط
1420	18.9	97.2	100	0.2	2.1	0.3	0.2	67.0	1.7	28.6	ثانوي
689	26.3	98.8	100	0.0	1.1	0.0	0.1	58.0	1.8	39.1	جامع ي
مؤشر الرفاه											
1296	13.2	94.6	100	0.0	2.1	1.3	2.0	73.7	1.0	19.9	أشد فقرا

1310	15.9	96.6	100	0.0	2.0	0.5	0.9	71.9	1.9	22.8	فقير
1186	15.6	96.4	100	0.2	2.6	0.2	0.5	70.6	1.0	24.9	متوسط
1132	15.1	97.3	100	0.0	2.0	0.3	0.3	69.3	1.3	26.7	غني
968	21.1	98.7	100	0.0	1.0	0.1	0.1	62.0	2.1	34.6	غني جدا
المكان الذي تم فيه الوضع											
5197	13.0	99.5	100	0.0	0.3	0.0	0.1	76.8	1.5	21.3	قطاع عام
507	51.8	99.6	100	0.0	0.4	0.0	0.0	23.3	1.3	75.0	قطاع خاص
79	0.0	8.5	100	3.7	6.6	30.3	50.9	8.0	0.0	0.5	في البيت
11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	أخر
97	1.5	7.1	100	0.0	92.9	0.0	0.0	2.7	1.0	3.4	غير مصرح
5891	16.0	96.6	100	0.1	2.0	0.5	0.8	69.9	1.0	25.3	المجموع

Source: MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015, p141.

من خلال الجدول يتبين أن 96.6% من الولادات تمت بمساعدة شخص مؤهل، أين 69.9% على يد قابلة مؤهلة، 25.3% على يد طبيب نسائي. من بين الولادات التي تمت 16% منها كانت بعملية قيصرية.

أما الولادات التي تمت على يد طبيب عام، قابلة غير مؤهلة، بمساعدة الأهل، أو بدون وجود مساعدة فنسبها ضئيلة في حدود 1.06%.

أما عن تأثير منطقة ومكان الإقامة، السن، المستوى التعليمي ومستوى الرفاه على اختيار الشخص الذي قدم المساعدة أثناء الوضع فإن:

بالنسبة لمنطقة الإقامة فإن 82.6% من النساء اللواتي يقطن بوسط الهضاب العليا تمت الولادة بمساعدة قابلة مؤهلة، أما نسبة الإقبال على الطبيب النسائي فكانت في المنطقة الشمالية الوسطى بنسبة 34%، أما نسب الولادات القيصرية فكانت في المنطقة الشمالية الشرقية ب 21.4%.

كما تزداد نسب الإقبال على شخص مؤهل في المناطق الحضرية مقارنة بالريفية بنسبة 97.8% مقابل 94.8%. أين 74% من الولادات في المنطقة الريفية تمت على يد قابلة مؤهلة مقابل 67.2% في المنطقة الحضرية، وفي المقابل فإن نسب الولادات التي تمت على يد طبيب نسائي ترتفع في المناطق الحضرية مقارنة بالريفية ب 29.1% مقابل 19.4%.

بالنسبة لمتغير السن فإن تقريبا 96% من النساء في جميع الفئات العمرية تمت ولادتهن على يد شخص مؤهل، حيث أن 72.6% من النساء في الفئة العمرية الأقل من 20 سنة تمت على يد قابلة مؤهلة و 22.6% على يد طبيب مختص. أما ما يخص باقي الفئات العمرية فإن حوالي 70% تمت يد قابلة مؤهلة، و 25% على يد طبيب مختص.

فيما يخص تأثير المستوى التعليمي للمرأة، فقد تبين من خلال الجدول أن الإقبال على طلب المساعدة من القابلات يزداد مع انخفاض المستوى التعليمي، حيث بلغت النسبة 80.3% عند ذوات المستوى التعليمي المنخفض مقابل 58% عند ذوات المستوى الجامعي. وفي مقابل ذلك فإن طلب المساعدة من طبيب مختص يتناسب طرذا مع ارتفاع المستوى التعليمي، حيث بلغت النسبة 39.1% عند ذوات المستوى الجامعي مقابل 12.7% ل اللواتي دون مستوى علمي. أما عن الولادات القيصرية فبلغت نسبتها 26.3% عند ذوات المستوى الجامعي.

بالنسبة لتأثير عامل الرفاه فقد بينت نتائج الجدول أن طلب المساعدة أثناء الوضع من شخص مؤهل يزيد مع ارتفاع مستوى الرفاه والمعيشي للأسرة ب 98.7% مقابل 94.6%. أما

عن الشخص الذي قام بالمساعدة فإن طلب المساعدة من قابلة يزداد مع انخفاض المستوى المعيشي ب 73.7% مقابل 62% عند الأسر الغنية، وعلى عكس ذلك فإن طلب المساعد من طبيب مختص يعرف أعلى مستوياته عند الأسر الغنية بنسبة 34.6% مقابل 19.9 عند الأسر الفقيرة. أما عن الولادات القيصرية فتعرف أعلى نسبة لها عند الأسر الغنية بنسبة 21.1%.

أما عن القطاع الذي تمت فيه الولادة والشخص الذي قام بمساعدة المرأة أثناء وضع مولودها الأخير، فإن 76.8% من المساعدات في القطاع العام كانت على يد قابلات، مقابل 21.3% كانت على يد طبيب نسائي، و 75% من المساعدات في القطاع الخاص كانت على يد طبيب نسائي، و 23.3% فقط من كانت على يد قابلات مؤهلات.

- فيما يخص الرعاية الصحية بعد الوضع فإن حوالي 96% من النساء اللواتي أنجبن آخر مولودهن في السنتين قبل المسح، مكثن تقريبا مدة 12 ساعة وتلقين خدمات صحية، تزداد مدة المكوث كلما تمت الولادة بعملية قيصرية<sup>1</sup>.

إن طلب الرعاية الصحية بعد الولادة يكون في حدود اليومين بعد الوضع لما يتطلب الأمر بقاءها أو بقاء مولودها من أجل فحوصات طبية، فيما عدا ذلك فإن قدوم المرأة لطلب الرعاية الصحية بعد الوضع في الأسابيع الأولى أو ثلاثة أشهر التي تلي الولادة فهي منخفضة. والجدول التالي يبين ذلك:

الجدول رقم (14): نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي وضعن آخر مولودهن سنتين قبل إجراء المسح حسب عدد الزيارات لطلب الرعاية الصحية بعد الوضع

<sup>1</sup> - MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015, p144.

عدد النساء	زيارة من أجل المراقبة الطبية	الزيارات من أجل المراقبة الطبية بعد الوضع								زيارة بعد الوضع في المؤسسة الصحية أو البيت	
		المجموع	غير مصحح	عدم وجود زيارات للمراقبة الطبية بعد الوضع	أسبوع بعد الوضع	3 إلى 6 أيام بعد الوضع	يومين بعد الوضع	يوم بعد الوضع	في نفس يوم الوضع		
منطقة الإقامة											
2022	86.4	100	0.3	76.7	9.3	7.4	1.2	3.4	1.7	85.9	الوسط ش
680	92.8	100	1.5	68.1	6.4	7.4	1.1	2.3	13.1	92.3	الشرق ش
842	86.1	100	0.6	77.7	4.8	8.6	1.1	3.0	4.2	85.9	الغرب ش
440	85.9	100	0.1	87.1	3.1	6.6	0.1	1.0	2.0	85.6	وسط الهضاب العليا
887	85.9	100	0.9	76.5	7.2	13.0	0.8	0.5	1.1	85.3	شرق الهضاب العليا
339	85.2	100	0.1	85.1	3.8	4.0	1.2	1.0	4.8	84.3	غرب الهضاب العليا
682	85.6	100	0.1	86.1	3.9	6.8	0.8	1.4	0.9	81.9	الجنوب
سن المرأة											
121	85.8	100	2.0	81.2	5.0	5.9	1.7	0.9	3.3	85.8	أقل من 20 سنة
4374	87.3	100	0.4	77.3	7.3	8.1	1.1	2.4	3.3	86.7	34-20

المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

1394	84.1	100	0.7	80.8	4.4	8.1	0.4	1.8	3.8	83.9	49-35
مكان الميلاد											
5197	88.5	100	0.5	79.9	6.3	7.2	1.0	2.0	3.1	88.3	مؤسسة عمومية
507	92.5	100	0.4	58.8	11.4	20.2	1.1	3.7	4.4	91.9	مؤسسة خاصة
79	22.9	100	0.0	74.3	1.8	1.1	2.5	6.8	13.6	7.0	في البيت
11	*	100	*	*	*	*	*	*	*	*	آخر
97	0.3	100	0.5	99.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	غير مصرح
طريقة الولادة											
940	95.9	100	1.1	46.5	16.4	22.8	2.2	5.6	5.3	95.4	عملية قيصرية
4521	87.5	100	0.4	84.4	4.9	5.3	0.8	1.5	2.7	87.3	عادية
235	84.4	100	1.0	82.4	4.2	5.5	0.0	2.5	4.4	84.0	ملقط
195	19.9	100	0.2	81.7	0.7	3.7	1.3	2.8	9.5	10.8	غير مصرح
المستوى التعليمي للمرأة											
966	82.4	100	0.5	84.3	2.9	6.2	0.4	3.0	2.7	81.7	بدون مستوى
991	86.6	100	0.9	84.1	4.6	5.5	0.9	1.7	2.3	86.2	ابتدائي
1824	87.4	100	0.4	77.3	6.6	8.7	1.2	1.8	4.1	86.7	متوسط
1420	87.4	100	0.6	76.6	8.6	7.9	1.0	1.8	3.5	87.1	ثانوي
689	87.6	100	0.3	66.9	10.7	13.2	1.3	3.6	4.0	87.6	جامعي

مؤشر الرفاه											
1296	84.1	100	0.9	83.3	5.1	5.6	1.1	1.5	2.4	63.6	أشد فقرا
1310	84.7	100	0.4	78.4	6.5	8.9	0.8	2.0	3.1	84.0	فقير
1186	84.4	100	0.7	80.3	6.7	6.8	1.0	1.5	3.0	84.1	متوسط
1132	90.0	100	0.3	76.1	7.1	8.5	1.4	2.6	3.9	89.2	غني
908	90.4	100	0.3	70.9	8.1	11.3	0.6	3.9	5.0	90.3	غني جدا
5891	86.5	100	0.5	78.2	6.6	8.1	1.0	2.2	3.4	80.0	المجموع

Source: MSP et UNICEF et UNFPA : **Enquête nationale par Grappes a indicateurs**

**multiples MICS4 (2012-2013)**, Rapport finale, Algérie, 2015, p150.

من خلال الجدول يتبين أن الرعاية الطبية بعد الوضع تبلغ أقصاها في الساعات الأولى من الوضع، حيث بلغت النسبة 92.3% في المنطقة الشمالية الشرقية للبلاد، فقد بلغت 13.1% في نفس يوم الوضع مقابل 6.4% بعد أسبوع من الوضع. كما تقل فرص الرعاية الطبية في هذه المرحلة كلما اتجهنا نحو المناطق الجنوبية، ويفسر هذا بتدني الخدمات في تلك المناطق.

بالنسبة لمتغير السن فإن أعلى نسب الرعاية مباشرة بعد الوضع بلغت 86.7% في الفئة العمرية 20-34 سنة، ولقد تواصل الطلب على الرعاية إلى الثلاث و6 أيام الأولى بعد الوضع بنسبة 8.1%.

بالنسبة لتأثير مكان الوضع فإن الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الوضع بلغت 91.9% في المؤسسات الخاصة، كما تواصل الطلب عليها إلى الثلاث وست أيام الأولى بعد الوضع بنسبة 20.2%، كما تزيد الاستفادة من الرعاية في نفس يوم الوضع للولادات التي تمت في البيت بنسبة 13.6%.

كما يتبين من خلال الجدول أن الرعاية بعد الوضع لها علاقة بنوع الولادة، إذ ارتفعت هذه الأخيرة لتصل إلى 95.4% عند اللواتي وضعن بعملية قيصرية. كما قد تتواصل إلى 3-6

أيام بعد الوضع أو إلى أسبوع كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، وارتفع المستوى المعيشي للأسرة.

إن الرعاية الصحية للمرأة بعد الوضع يتناقص الطلب عليها بعد الأسبوع الأول كلما ارتفع سن المرأة وهذا بحكم تجربتها السابقة، وكلما كانت الولادة عادية حيث بلغت 84.4%، ومع انخفاض المستوى التعليمي للمرأة والمستوى المعيشي لأسرتها.

#### 4-2- استعمال وسائل منع الحمل

اهتم المسح متعدد المؤشرات بالوضع الصحي لكل من الأم والطفل من خلال التنبيه لخطر الأحمال المتقاربة أو المتأخرة، وهذا من خلال تقديم رؤية لهذا الجانب من خلال الاستفسار عن مدى استعمال النساء لوسائل تنظيم الأسرة والوسيلة المستعملة في ذلك، وعلاقة كل ذلك بمجموعة من المتغيرات كمنطقة ومكان الإقامة، سن المرأة، عدد الأطفال، المستوى التعليمي، ومستوى الرفاه الاجتماعي. الجدول الموالي يوضح لنا ذلك:

الجدول رقم (15): نسب النساء المتزوجات وتستعمل وسيلة لتنظيم

الحمل

عدد النساء	نسب النساء المتزوجات التي تستعملن				
	أي طريقة	أي طريقة تقليدية	أي طريقة حديثة	لا تستعمل وسائل منع الحمل	
منطقة الإقامة					
6866	58.7	12.2	46.5	41.3	الوسط ش
2375	55.6	9.3	46.3	44.4	ش الشرق
2849	58.6	4.3	54.4	41.4	ش الغرب
12.73	51.6	3.1	48.5	48.4	وسط الهضاب العليا
2726	60.9	6.8	54.0	39.1	شرق الهضاب العليا
1039	56.4	2.9	53.5	43.6	غرب الهضاب العليا
1808	49.2	17.3	31.9	50.8	الجنوب
مكان الإقامة					
11868	57.7	9.6	48.1	42.3	حضري
7067	56.1	8.7	47.5	43.9	ريفي

سن المرأة					
189	28.7	1.7	27.0	71.3	أقل من 20 سنة
1738	45.2	6.1	39.1	54.8	24-20
3572	55.8	8.6	47.2	44.2	29-25
3877	62.4	9.3	53.1	37.6	34-30
3364	67.0	11.1	55.9	33.0	39-35
3214	63.5	10.7	52.8	36.5	44-40
2980	42.5	8.5	34.0	57.5	49-45
عدد الأطفال أحياء					
2429	2.8	0.3	2.5	97.2	0
3295	55.3	8.8	46.5	44.7	1
3938	66.1	11.4	54.8	33.9	2
3638	71.6	11.1	60.5	28.4	3
5636	66.0	10.7	55.3	34.0	+4
المستوى التعليمي للمرأة					
3945	52.4	6.5	45.9	47.6	بدون مستوى
3512	57.1	8.8	48.3	42.9	ابتدائي
5542	58.7	9.4	49.3	41.3	متوسط
4163	60.6	11.2	49.4	39.4	ثانوي

1773	54.7	11.3	43.3	45.3	جامعي
مؤشر الرفاه					
3725	56.9	8.0	48.9	43.1	أشد فقرا
3963	55.9	9.6	46.3	44.1	فقير
3806	56.2	10.2	45.9	43.8	متوسط
3765	57.2	8.5	48.7	42.8	غني
3676	59.6	9.8	49.8	40.4	غني جدا
18935	57.1	9.2	47.9	42.9	المجموع

Source : MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs

multiples MICS4 (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015, p131.

بينت نتائج المسح أن 57.1% من النساء المتزوجات تستعملن وسائل منع الحمل، مقابل 42.9% لا تستعملن هذه الوسائل، حيث 47.9% تستعملن وسائل حديثة مقابل 9.2% تستعملن وسائل تقليدية.

ولمعرفة العوامل المتحكمة في ذلك وضع المسح عدد من المتغيرات كمنطقة ومكان الإقامة، السن، عدد الأطفال أحياء، المستوى التعليمي، ومستوى الرفاه.

بينت النتائج أن النساء اللواتي تقمن في منطقة الجنوب لا تستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 50.8%، مقابل 60.9% من النساء في منطقة شرق الهضاب العليا تستعملن أي وسيلة من وسائل منع الحمل، منها 54% وسائل حديثة مقابل 6.8% وسائل تقليدية. كما يزيد استعمال الوسائل هذه الوسائل في المنطقة الحضرية بنسبة 57.7%.

بالنسبة لسن المرأة تبين أن استعمال هذه الوسائل بلغ 67% عند الفئة 35-39 سنة ويقل استعمالها في الفئة الأقل من 20 سنة بنسبة 71.3%. ويبقى استعمال الوسائل الحديثة أكثر طلبا واستعمالا لتنظيم النسل مقارنة بالوسائل التقليدية ورغم تنوع هذه

الوسائل مقارنة بالمسوح السابقة إلا أن الحبوب مازالت تترى أعلى نسب الاستعمال مهما اختلفت المتغيرات.

يزيد استعمال هذه الوسائل مع تزايد عدد الأطفال، حيث بلغت 71.6% عند النساء التي لها ثلاثة أطفال، 66% عند اللواتي لديهن أربعة أطفال فأكثر، وتقل نسب استعماله مع عدم وجود أطفال، بلغت 97.2% عند اللواتي ليس لديهن أطفال.

أمّا بالنسبة للمستوى التعليمي فإن استعمال هذه الوسائل يزيد مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، حيث بلغ 60.6% عند ذوات المستوى الثانوي، كما يقل استعمال هذه الوسائل عند النساء اللواتي دون مستوى علمي حيث بلغت النسبة 47.6%. كما يزيد استعمال وسائل منع الحمل عند الأسر الغنية بنسبة 59.6%، منها 49.8% وسائل حديثة مقابل 9.8% وسائل تقليدية.

#### 5- المسح متعدد المؤشرات 2019-2018: MICS6 Algérie

يعتبر المسح 2019-2018 كمرجعية إحصائية لمعرفة التطور الخاص لمتغيرات عديدة تخص كل من الأم والطفل، وكغيره من المسوح اهتم بالصحة الإنجابية للمرأة من خلال عدد من المؤشرات، من بينها الرعاية الصحية للمرأة قبل الحمل، أثناء الوضع، وبعد الوضع. كما اهتم بمسألة التخطيط العائلي.

#### 5-1- الرعاية الصحية في فترة الحمل:

تعتبر الرعاية الصحية في فترة الحمل مهمة وهذا المألها من دور في الحفاظ على صحة كل من الأم والطفل، تعتبر هذه الرعاية وقائية بالدرجة الأولى للأخطار التي تظهر أثناء الحمل،

ظروف الولادة . كما ترفع من وعي المراة بأهمية الوضع في مؤسسة صحية وعلى يد اشخاص مؤهلين، وعن أهمية المباعدة بين الولادات للحفاظ على صحتها وصحة مولودها.

ولأجل معرفة التقدم الحاصل في هذا المجال مقارنة مع المسوح السابقة، سنحاول الإشارة إلى عدد من النقاط التي سنعرضها في ما يلي:

**الجدول رقم (16):** نسب النساء في عمر 15-49 سنة اللواتي وضعن مولودا في السنتين الأخيرتين قبل إجراء المسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية

عدد النساء	نسب النساء اللواتي تلقين على الأقل زيارة من أجل الرعاية	الشخص الذي قام بالرعاية							
		المجموع	لا توجد رعاية	اخر غير مصحح	مشرفة على الوضع	ممرضة	قابلة	طبيب	
المجموع									
5686	95.3	100	3.2	1.5	0.0	0.0	5.1	90.2	
مكان الإقامة									
3231	95.9	100	2.4	1.6	0.0	0.1	5.9	90.0	حضري
2455	94.4	100	4.2	1.2	0.1	0.0	4.0	90.4	ريفي
منطقة الإقامة									
1757	98.4	100	1.6	0.0	0.0	0.0	2.7	95.7	الوسط ش
797	94.3	100	1.2	4.5	0.0	0.0	2.0	92.3	الشرق ش
841	90.8	100	3.6	5.6	0.0	0.0	9.0	81.8	الغرب ش
474	93.6	100	5.9	0.0	0.4	0.0	5.6	88.0	وسط الهضاب العليا
845	97.3	100	2.7	0.0	0.0	0.0	3.1	94.2	شرق الهضاب العليا

المراة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

271	88.7	100	11.2	0.1	0.0	0.0	5.9	82.8	غرب الهضاب العليا
700	95.2	100	4.7	0.0	0.1	0.3	11.5	83.4	الجنوب
سن المرأة									
107	95.2	100	4.2	0.0	0.6	0.0	8.7	86.5	أقل من 20 سنة
4081	95.8	100	2.8	1.4	0.0	0.0	5.1	90.7	34-20
1497	93.9	100	4.4	1.8	0.0	0.1	4.7	89.1	49-35
الصعوبات الوظيفية 18-49 سنة									
206	94.2	100	5.6	0.0	0.2	0.5	0.8	92.9	تعاني من صعوبات
5475	95.4	100	3.1	1.5	0.0	0.0	5.2	90.1	لا تعاني من صعوبات
المستوى التعليمي للمرأة									
606	86.9	100	11.3	1.6	0.2	0.4	6.5	80.1	بدون مستوى
825	95.4	100	3.5	0.9	0.2	0.0	5.8	89.7	ابتدائي
1764	96.2	100	2.8	1.1	0.0	0.0	5.2	91.0	متوسط
1328	95.9	100	2.0	2.0	0.0	0.0	5.1	90.9	ثانوي
1162	97.5	100	0.8	1.8	0.0	0.0	3.6	39.9	جامعي
مؤشر الرفاه									

1318	92.2	100	6.2	1.4	0.2	0.2	5.2	86.8	أشد فقرا
1308	96.3	100	2.9	0.7	0.0	0.0	6.7	89.6	فقير
1139	95.7	100	2.7	1.6	0.0	0.0	4.3	91.4	متوسط
1059	95.6	100	2.2	2.2	0.0	0.0	4.5	91.2	غني
862	97.5	100	0.9	1.6	0.0	0.0	4.1	93.4	غني جدا

Source: MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p162.

من خلال الجدول يتبين أن النساء اللواتي تلقين رعاية طبية في فترة الحمل عرفت ارتفاعا قدرت ب 95.3%، مقارنة مع ما كان عليه في المسح السابق 2012-2013 MICS4 93%، لكن الملاحظ في هذا المسح هو ارتفاع نسب النساء اللواتي تلقين رعاية طبية على يد طبيب مختص، بلغت النسبة 90.2% بعدما كانت 84.8%، الرعاية الطبية على يد قابلات قلت حيث بلغت 5.1% بعدما كانت قرابة 8%، كما قلت نسب النساء اللواتي لا تتلقين رعاية حيث بلغت 3.2% بعدما كانت 5.6% في المسح السابق.

ولمعرفة المتغيرات المؤثرة في هذه الرعاية تبين لنا أن مكان الإقامة له علاقة بإقبال النساء لطلب الرعاية، حيث بلغت النسبة 95.9% في الحضر مقابل 94.4% في الريف. أما بالنسبة لمنطقة الإقامة، فإن المنطقة الأكثر إقبالا على طلب الرعاية هي منطقة الوسط الشمالي ب 98.4%.

أما عن الفئة الأكثر إقبالا على طلب الرعاية الصحية هي الفئة 20-34 سنة بنسبة 95.8%، حيث أن 90.7% تمت على يد طبيب.

كما سجلت نتائج المسح تقدما في طلب الرعاية مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة حيث بلغت 97.5% عند ذوات المستوى الجامعي. ونفس النسبة عند النساء اللواتي يعشن في أسر غنية أي مستواها المعيشي الاقتصادي مرتفع.

ولمعرفة عدد الزيارات التي قامت بها النساء من اجل مراقبة الحمل، قدم لنا المسح

النتائج التالية:

الجدول رقم (17): توزيع النساء من 15-49 سنة اللواتي وضعن مولودا في السنتين

السابقتين للمسح حسب عدد الزيارات لتلقي الرعاية الصحية في فترة الحمل والفترة التي

تمت فيها الزيارة الأولى.

عدد النساء	المجموع	غير مصحح	نسب النساء حسب عدد أشهر الحمل التي تمت فيها الزيارة الأولى					نسب النساء حسب عدد الزيارات في فترة الحمل					
			+8 شهر	7-6 اشهر	5-4 اشهر	اقل من 4 اشهر	لم تقمن بزيارة	8 زيارات واكثر	4 زيارات واكثر	3-1 زيارات	لم تقم باي زيارة		
المجموع													
5686	100	0.3	0.7	2.3	8.2	85.2	3.3	13.8	69.8	26.9	3.3		
مكان الإقامة													
3231	100	0.6	0.5	1.8	7.1	87.5	2.5	15.7	73.5	24.0	2.5	حضري	
2455	100	0.0	0.8	3.0	9.8	82.1	4.3	11.3	65.0	30.7	4.3	ريفي	
منطقة الإقامة													
1757	100	0.4	0.4	1.8	4.8	90.9	1.6	16.6	78.8	19.6	1.6	الوسط ش	
797	100	0.1	0.3	2.2	12.8	83.3	1.3	14.5	77.8	20.9	1.3	الشرق ش	
841	100	0.3	0.9	3.8	7.8	83.5	3.6	9.2	58.9	37.5	3.6	الغرب ش	
474	100	0.6	0.3	1.7	8.7	82.4	6.2	12.6	61.0	32.8	6.2	وسط الهضاب العليا	

المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

845	100	0.5	1.1	1.5	8.1	86.1	2.7	17.8	71.7	25.7	2.7	شرق الهضاب العليا
271	100	0.5	0.8	2.5	11.0	73.8	11.4	6.9	47.2	41.4	11.3	غرب الهضاب العليا
700	100	0.1	0.9	3.1	11.0	80.0	5.0	10	63.9	31.1	5.0	الجنوب
سن المرأة												
107	100	0.4	0.4	0.0	3.4	91.7	4.2	16.0	68.9	27.0	4.2	أقل من 20سنة
4081	100	0.2	0.4	1.9	7.3	87.4	2.8	14.1	72.7	24	2.8	34-20
1497	100	0.7	1.3	3.7	11.3	78.6	4.5	12.0	62.0	33.6	4.4	49-35
المستوى التعليمي للمرأة												
606	100	0.5	1.7	5.1	13.4	67.9	11.4	9.5	48.3	40.3	11.4	بدون مستوى
825	100	0.0	0.6	2.9	11.4	81.5	3.6	11.7	91.9	34.5	3.6	ابتدائي
1764	100	0.3	0.7	2.3	7.9	86	2.8	12.1	69.6	27.6	2.8	متوسط
1328	100	0.4	0.2	1.7	6.9	88.7	2.1	15.2	72.7	25.2	2.1	ثانوي
1162	100	0.5	0.6	1.0	5.5	91.7	0.8	18.4	83.9	15.2	0.8	جامعي
الصعوبات الوظيفية												
206	100	0.0	0.0	1.9	10.9	81.3	5.8	19.2	68.3	25.9	5.8	لها صعوبات
5475	100	0.4	0.7	2.3	8.1	85.4	3.2	13.6	69.9	26.9	3.2	ليس لديها صعوبات

مستوى الرفاه الاقتصادي												
1318	100	0.1	1.0	4.4	10.9	77.2	6.4	8.5	54.1	39.5	6.4	أشد فقرا
1308	100	0.2	0.6	2.8	9.4	84.1	2.9	13.0	69.9	27.1	2.9	فقير
1139	100	0.2	0.8	1.5	8.6	86.1	2.7	14.0	71.0	26.3	2.7	متوسط
1059	100	0.6	0.3	1.2	5.1	90.5	2.3	15.1	78.4	19.3	2.3	غني
862	100	0.8	0.4	0.7	6.0	91.2	0.9	21.2	81.7	17.3	0.9	غني جدا

Source: MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p163.

من خلال الجدول يتبين أن 85.2% قمن بالزيارة الأولى لتلقي الرعاية الصحية في مدة الأقل من 4 أشهر مقابل 8.2% من 4-5 أشهر، أما عن عدد الزيارات فإن 69.8% من النساء قمن بأربع زيارات فأكثر مقابل 26.9% قمن ب 1-3 زيارات، أما 3.3% من النساء فصرحن أنهن لم يقمن بأي زيارة.

ولمعرفة العوامل المؤثرة في ذلك، قام المسح بقياس ذلك بعدد من المتغيرات، ومنه كانت

النتائج كالتالي:

النساء اللواتي تقمن في المناطق الحضرية، قمن بالزيارة الأولى لتلقي الرعاية الصحية في الفترة الأقل من أربعة أشهر بنسبة 87.5%، كما قمن بأربع زيارات أو أكثر طيلة فترة حملهن بنسبة 73.5%.

في حين نجد النساء اللواتي تقمن في المناطق الريفية قمن بالزيارة الأولى في نفس الفترة ولكن بنسبة أقل قدرت ب 82.1%، كما قمن أيضا بنفس عدد الزيارات (4 زيارات أو أكثر) بنسبة 65%.

كما تبين نتائج المسح أن المنطقة الشمالية الوسطى هي الأكثر إقبالا للنساء من حيث عدد الزيارات لطلب الرعاية الصحية، إذ بلغت النسبة 78.8% ل اللواتي قمن بأربع زيارات أو أكثر وفي مدة أقل من 4 أشهر بنسبة 90.9%.

في حين تعرف مناطق الجنوب انخفاضاً في هذا المجال حيث قدرت عدد الزيارات 4 فأكثر بنسبة 63.9% وفي مدة أقل من 4 أشهر بنسبة 80%. أما عن عدد النساء اللواتي لم تتلقين أي زيارة فقدرت بنسبة 5% في المناطق الجنوبية مقابل 1.6% في المنطقة الشمالية الوسطى. ولمعرفة أثر سن المرأة على عدد ومدة الزيارة الأولى، بينت النتائج أن النساء في الفئة العمرية 20-34 سنة قمن بأربع زيارات فأكثر بنسبة 72.7% مقابل 62% من النساء في الفئة العمرية 35-49 سنة.

أما فيما يخص مدة الزيارة الأولى فإن الفئة الأقل من 20 سنة قامت بالزيارة في الفترة الأقل من أربعة أشهر بنسبة 91.7% وفي مقابل ذلك فإن الفئة 35-49 سنة قامت بالزيارة الأولى في نفس المدة لكن بنسبة 78.6%.

بالنسبة لأثر المستوى التعليمي، فقد بينت النتائج أن النساء اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي، قمن بأربع زيارات بأقل نسبة قدرت 48.3%، كما قمن بالزيارة الأولى في فترة الأقل من أربع أشهر بنسبة 67.9%.

في حين ترتفع نسبة عدد الزيارات ومدة القيام بأولها كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة، حيث سجلت نسبة عدد الزيارات 83.9% أما عن مدة الزيارة الأولى فكانت في مدة الأقل من أربعة أشهر بنسبة 91.7%.

وبالنسبة لتأثير المستوى الاقتصادي فقد بينت النتائج أن أعلى نسب عدد الزيارات ومدتها تتناسب طردياً مع ارتفاع المستوى المعيشي الاقتصادي للأسرة وتقل مع انخفاضه. فقد بلغت نسبة عدد الزيارات 81.7% للنساء اللواتي تعشن في أسر ذات مستوى معيشي اقتصادي مرتفع، في حين بلغت نفس النسبة 54.1% عند النساء اللواتي تعشن في أسر فقيرة.

أما عن أهم الفحوصات التي قامت بها النساء في تلك الفترة، أي سنتين قبل إجراء المسح فتتمثل في قياس الضغط وهذا بنسبة 92%، تحليل البول عند 88% من النساء، تحليل الدم عند 76.3% من النساء وقياس الضغط وتحليل كل من البول والدم بنسبة 73.7%<sup>1</sup>. أما فيما يخص سبب القيام بالزيارة في فترة الحمل حسب تصريحات النساء فهي موضحة في الجدول الآتي:

**الجدول رقم (18):** نسب النساء اللواتي قمن بالزيارة من أجل المراقبة الطبية في فترة الحمل حسب سبب الإقدام على تلقي الرعاية وحسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية.

عدد النساء	نسب النساء اللواتي قمن بالزيارة في فترة الحمل حسب سبب الإقدام على تلقي الرعاية وحسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية							
	غير مصحح	اخر	لجز مكان الوضع	لوجود تعقيدات ومخاطر	لضمان حمل آمن	للكشف عن الحالة الصحية للجدين	للتأكد من الحمل	
<b>المجموع</b>								
5686	0.0	0.6	0.7	4.3	13.3	27.3	53.7	
<b>مكان الإقامة</b>								
3231	0.1	0.6	0.6	4.3	14.7	26.5	53.2	حضري
2455	0.0	0.7	0.7	4.3	11.6	28.4	54.3	ريفي

<sup>1</sup>- MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p165.

منطقة الإقامة								
1757	0.0	0.3	0.6	4.6	13.1	26.4	55.2	الوسط ش
797	0.0	0.1	0.6	2.7	16.8	29.8	50.0	الشرق ش
841	0.1	0.4	0.4	4.5	10.9	27.4	56.3	الغرب ش
474	0.0	0.7	0.7	4.2	17.0	26.6	50.8	وسط الهضاب العليا
845	0.0	2.2	0.1	5.3	9.7	27.5	55.2	شرق الهضاب العليا
271	0.2	1.1	0.0	4.0	9.3	30.3	55.2	غرب الهضاب العليا
700	0.0	0.2	2.2	4.0	16.4	25.8	51.0	الجنوب
سن المرأة								
55	0.0	0.0	0.0	8.6	6.0	7.2	78.2	أقل من 20 سنة
681	0.0	0.0	0.5	5.5	10.9	21.4	61.0	24-20
1552	0.0	0.8	0.3	2.7	12.9	26.6	57.2	29-25
1629	0.1	0.3	0.9	4.9	13.3	29.9	50.3	34-30
1207	0.0	0.7	0.9	4.6	14.7	39.3	49.8	39-35
562	0.0	1.0	0.7	4.7	15.8	26.8	50.9	49-40

عدد الأطفال								
1479	0.0	0.4	0.3	3.7	8.2	18.9	68.6	1
1520	0.1	0.5	0.5	4.1	13.9	30.6	50.3	2
1288	0.0	1.0	0.8	5.3	16.3	29.7	46.9	3
823	0.0	0.5	0.5	4.5	14.8	31.5	48.2	4
574	0.0	2.2	2.2	4.3	16.7	29.2	46.6	+5
المستوى التعليمي للمرأة								
606	0.0	0.5	2.5	3.8	13.7	29.5	50.0	بدون مستوى
825	0.0	0.5	0.2	6.7	15.1	25.8	51.6	ابتدائي
1764	0.0	0.7	0.5	4.8	13.8	26.8	53.3	متوسط
1328	0.0	0.7	0.5	3.4	12.1	29.3	53.9	ثانوي
1162	0.1	0.5	0.4	3.3	12.5	25.9	57.2	جامعي
النشاط الاقتصادي								
1318	0.2	0.7	0.8	2.3	12.9	28.9	54.2	لها انشغالات
5066	0.0	0.6	0.6	4.6	13.4	27.1	53.6	ليس لديها انشغالات
مستوى الرفاه الاقتصادي								
1318	0.0	0.7	1.3	4.1	14.6	28.5	50.9	اشد فقرا
1308	0.0	0.9	0.4	4.2	13.5	26.5	54.5	فقير
1139	0.0	0.8	0.5	5.2	13.0	29.7	50.8	متوسط

1059	0.1	0.1	0.1	4.1	11.8	28.6	55.1	غني
862	0.0	0.4	1.0	4.0	13.6	22.2	58.8	غني جدا

Source: MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p168-169.

من خلال الجدول ومن خلال تصريحات النساء فإن سبب الإقدام للقيام بالزيارة كان بالدرجة الأولى للتأكد من الحمل بنسبة 53.7%، مقابل 27.3% للكشف عن الحالة الصحية للجنين، أما 13.3% لضمان حمل آمن، أما 4.3% لوجود تعقيدات ومخاطر، أما 0.7% لحجز مكان الوضع.

أما عن العوامل المتحكمة في هذه القرارات فمن خلال الجدول يتبين أن سبب الزيارة عند النساء المقيمت في الوسط الريفي هو للتأكد من الحمل وهذا بنسبة 54.3% مقابل 28.4% للكشف عن الحالة الصحية للجنين بنسبة 28.4% ولضمان حمل آمن بنسبة 11.6%. تتقارب هذه الأسباب مع تلك الخاصة بالنساء في الوسط الحضري، وتختلف قليلا في تلك التي تخص لضمان حمل آمن إذ بلغت 14.7% ويمكن أن نفسره بزيادة وعي النساء الحضرية مقارنة بالريفية.

وبالنسبة لمنطقة الإقامة فإن السبب في القيام بالزيارة هو للتأكد من الحمل مهما اختلفت المناطق وبنسب متقاربة في حدود 55%،

30.3% من النساء في منطقة الهضاب العليا للكشف عن الحالة الصحية للجنين، و16.8% في المنطقة الشمالية الشرقية لضمان حمل آمن، أما نسبة النساء اللواتي صرحن أن سبب الزيارة لوجود مخاطر فنسب ذلك منخفضة بلغت أقصاها 5.3% للنساء المقيمت في المنطقة الشرقية للهضاب العليا.

بالنسبة لتأثير متغير السن فإن السبب الأول للزيارة حسب تصريح النساء في كل فئات السن فهو للتأكد من الحمل، بلغ أقصاه عند الفئة العمرية الأقل من 20 سنة وهذا بنسبة

78.2%، فيما عدا السبب الأول للزيارة، صرحت 15.8% من النساء في الفئة العمرية 40-49 سنة أن سبب الزيارة كان لضمان حمل آمن بنسبة 15.8%، مقابل 4.5% ممن صرحن أن سبب الزيارة كان لوجود مخاطر، أما 39.3% من النساء في الفئة العمرية 35-39 سنة فسبب الزيارة كان للكشف عن الحالة الصحية للجنين.

بالنسبة لمتغير عدد الأطفال، فإن أسباب القيام بالزيارة من أجل الكشف فيما عدا السبب الأول (التأكد من الحمل)، فإن سبب الزيارة الثاني يعود للكشف عن الحالة الصحية للجنين بنسبة 31.5% للنساء اللواتي لديهن 4 أطفال، و 16.7% لضمان حمل آمن، أما 4.5% لوجود تعقيدات ومخاطر.

بالنسبة لأثر المستوى التعليمي فإن سبب الزيارة بعد السبب الأول هو الكشف عن الحالة الصحية للجنين بنسبة 25.9% لذوات المستوى الجامعي.

كما تطرق المسح MICS6 لأحد جوانب الصحة وهي صحة الفم في فترة الحمل، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي قمن بزيارة لطبيب أسنان في فترة الحمل 15.8%، مقابل 6.5% نصحنهن الطبيب المشرف على متابعة الحمل زيارة طبيب الأسنان، باعتبار أن صحة الأسنان تساهم في سلامة حمل صحي وبدون مشاكل<sup>1</sup>.

بالنسبة للحالة المهنية للأم. تبين أن كلما كانت الأم عاملة كلما زادت الزيارات لأسباب تعود لتأكيد حالة الحمل والكشف عن الحالة الصحية للجنين بنسبة 28.2%، في حين بلغت ذات النسبة 27.1% للنساء اللواتي لا تمارسن أي نشاط اقتصادي.

أما فيما يخص تأثير المستوى المعيشي الاقتصادي فقد بينت النتائج أنه كلما ارتفع هذا المستوى كلما زادت عدد الزيارات لأسباب تعود لتأكيد الحمل بنسبة 58.8%، الكشف عن الحالة الصحية للجنين بنسبة 22.2%، ولضمان حمل آمن 13.6%.

<sup>1</sup> - MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête nationale par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019) opcit, p172.

2-5- الرعاية الصحية أثناء الوضع:

لقد تطرق المسح للرعاية الصحية للمرأة أثناء الوضع، وهذا من خلال عدد من المؤشرات كالمكان الذي تم فيه الوضع، الوضع بوجود شخص مؤهل، سنحاول رصد التطور الحاصل من خلال الجدول الآتي:

الجدول رقم (19): نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود في آخر سنتين قبل المسح حسب مكان الوضع

عدد النساء	مكان الوضع							
	الوضع في مؤسسة صحية	المجموع	غير مصحح	اخر	البيت	مؤسسة صحية خاص	مؤسسة صحية عامة	
المجموع								
5656	98.6	100	0.1	0.1	1.2	11.4	87.2	
مكان الإقامة								
3231	98.9	100	0.3	0.0	0.8	11.32	85.6	حضري
2455	98.1	100	0.0	0.1	1.8	8.9	89.3	ريفي
منطقة الإقامة								
1757	99.1	100	0.3	0.1	0.5	16.6	82.5	الوسط ش
797	99.7	100	0.0	0.0	0.3	13.8	85.9	الشرق ش
841	99.9	100	0.0	0.0	0.1	9.3	90.6	الغرب ش

474	96.0	100	0.1	0.2	3.8	6.4	89.6	وسط الهضاب العليا
845	99.4	100	0.1	0.0	0.5	14.0	85.4	شرق الهضاب العليا
271	98.8	100	0.0	0.1	1.1	2.5	96.4	غرب الهضاب العليا
700	95.2		0.2	0.1	4.5	1.9	93.3	الجنوب
سن المرأة								
107	96.3	100	0.0	0.0	3.7	2.8	93.5	اقل من 20 سنة
4081	98.7	100	0.2	0.1	1.1	12.0	86.7	34-20
1497	68.6	100	0.0	0.0	1.4	10.5	88.0	49-23
عدد الزيارات في فترة الحمل								
186	84.8	100	4.3	0.0	10.8	2.8	82.1	لم تقمن بزيارة
1528	98.4	100	0.0	0.0	1.6	5.8	92.6	3-1 زيارة
3971	99.3	100	0.0	0.1	0.6	14.0	85.3	+4 زيارة
784	98.7	100	0.0	0.0	1.3	23.2	75.6	+8 زيارة
المستوى التعليمي للمرأة								
606	94.8	100	0.0	0.1	5.0	3.6	91.2	بدون مستوى
825	98.1	100	0.0	0.0	1.9	7.6	90.5	ابتدائي

1764	99.2	100	0.3	0.0	0.5	8.4	90.8	متوسط
1328	98.9	100	0.2	0.1	0.9	14.3	84.5	ثانوي
1162	99.6	100	0.0	0.1	0.2	19.4	80.2	جامعي
مشاكل في الوظيفة								
206	97.7	100	0.0	0.0	2.3	13.3	84.3	لها مشاكل
5475	98.6	100	0.2	0.1	1.1	11.3	87.3	ليس لديها مشاكل
مستوى الرفاه الاقتصادي								
1318	96.8	100	0.1	0.1	3.1	5.5	91.3	اشد فقرا
1308	99.1	100	0.0	0.1	0.8	7.5	91.6	فقير
1139	99.3	100	0.0	0.1	0.7	10.2	89.1	متوسط
1059	99.1	100	0.7	0.0	0.3	13.0	86.1	غني
862	99.0	100	0.1	0.0	0.9	26.0	73.1	غني جدا

Source: MSP et UNICEF et UNFPA: Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p177.

من خلال الجدول يتبين أن 98.6% من النساء وضعن في مؤسسة صحية، حيث 87.2% مؤسسات عمومية مقابل 11.4% مؤسسات خاصة و 1.2% من النساء وضعن في البيت. أما عن أهم العوامل المؤثرة في ذلك فبالنسبة لوسط الإقامة بينت النتائج أن النساء في الوسط الريفي يضعن في مؤسسات عمومية بنسبة أكثر من الوسط الحضري، 89.3% مقابل 85.6%.

في حين نجد النساء في الوسط الحضري أكثر إقبالا على المؤسسات الخاصة للوضع مقارنة بالوسط الريفي، وهذا بنسبة 11.3% مقابل 8.9%.

أما بالنسبة لوسط الإقامة تبين أن المناطق الشمالية أكثر إقبالا على المؤسسات الصحية الخاصة مقارنة بباقي المناطق الأخرى حيث بلغت النسبة 16.6% في المنطقة الشمالية مقابل 10.5% في المنطقة الجنوبية.

بالنسبة لعدد الزيارات فإن النساء اللواتي قمن ب 8 زيارات فأكثر وضعن في مولودهن في المؤسسات الخاصة بنسبة 23.2% مقابل 2.8% للواتي لم يقمن بأي زيارة.

بالنسبة لعدد الزيارات وأثرها على اختيار مكان الوضع، فقد تبين أن 91.2% من النساء دون مستوى وضعن في مؤسسات عامة مقابل 80.2% عند النساء ذوات المستوى الجامعي، وعلى عكس ذلك فإن الإقبال على المؤسسات الخاصة من أجل الوضع فقد بلغ 11.4% عند ذوات المستوى الجامعي مقابل 3.6% عند ذوات دون المستوى.

أما عن تأثير مستوى الرفاه فإنه كلما ارتفع المستوى المعيشي كلما اتجهت المرأة للمؤسسة الخاصة من أجل الوضع وهذا طبعا للخدمات المتاحة التي تريح المرأة، أو لضمان ولادتها على يد الطبيب الذي قام بمراقبة حملها حتى تكون أكثر أمانا.

ومن أجل معرفة الشخص الذي قام بمساعدة المرأة أثناء الوضع قدم لنا المسح مجموعة من النتائج يمكن توضيحها في الجدول التالي:

**الجدول رقم (20):** نسب النساء من 15-49 سنة اللواتي لديهن مولود حي خلال آخر سنتين قبل الحمل حسب الشخص الذي ساعد المرأة أثناء الوضع، ونسب الولادات القيصرية.

المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

عدد النساء	تقرير القيام بالعملية القيصرية بعد الأم الولادة	تقرير القيام بالعملية القيصرية قبل الأم الولادة	الولادة بشخص مؤهل	المجموع	الأشخاص الذين أشرفوا على الولادة							
					لا يوجد	آخر	الأهل أو الأصدقاء	قابلة تقليدية	ممرضة	قابلة مؤهلة	طبيب	
<b>المجموع</b>												
5686	7.8	17.0	98.8	100	0.2	0.0	0.3	0.7	0.4	64.0	34.4	
<b>منطقة الإقامة</b>												
	9.2	18.6	99.2	100	0.3	0.0	0.1	0.4	0.0	54.4	44.9	ش الوسط
	8.1	21.7	99.7	100	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	61.8	37.9	ش الشرق
	5.7	19.3	99.9	100	0.0	0.0	0.0	0.1	1.4	65.6	32.9	ش الغرب
	6.5	9.5	96.6	100	0.1	0.1	0.2	3.1	0.8	74.1	21.7	الهضاب العليا الوسط
	9.7	17.5	99.6	100	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	67.4	32.2	الهضاب العليا شرق
	6.3	12.3	99.4	100	0.0	0.0	0.2	0.4	0.0	76.4	23.0	الهضاب العليا غرب
	5.7	11.4	96.0	100	0.2	0.0	1.6	2.2	1.2	73.2	21.6	الجنوب
<b>مكان الإقامة</b>												
3231	8.0	18.6	99.2	100	0.3	0.1	0.2	0.3	0.2	60.8	38.2	حضري
2455	7.6	14.9	98.4	100	0.0	0.0	0.4	1.2	0.7	68.2	29.4	ريفي

سن المرأة												
107	6.4	12.0	96.6	100	0.0	0.0	1.4	1.9	1.0	75.3	20.4	أقل من 20 سنة
4081	8.2	16.2	98.9	100	0.2	0.0	0.3	0.5	0.4	64.3	34.3	34-20
1497	6.8	19.6	98.7	100	0.0	0.0	0.3	1.0	0.4	62.5	35.8	49-35
المستوى التعليمي للمرأة												
606	5.5	12.5	95.6	100	0.0	0.0	1.1	3.3	1.8	70.2	23.6	بدون مستوى
825	6.5	14.8	98.5	100	0.0	0.0	0.3	1.1	0.8	68.7	29.0	ابتدائي
1764	7.7	16.6	99.3	100	0.3	0.0	0.1	0.3	0.2	66.1	33.0	متوسط
1329	8.6	17.9	99.1	100	0.2	0.1	0.3	0.3	0.0	62.2	36.8	ثانوي
1462	9.3	20.5	99.7	100	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	56.5	43.2	جامعي
مؤشر الرفاه												
1318	5.3	11.6	97.1	100	0.1	0.0	0.7	2.1	1.3	72.3	23.5	أشد فقرا
1308	10.3	16.1	99.3	100	0.0	0.0	0.2	0.5	0.2	67.3	31.8	فقير
1139	7.0	17.1	99.5	100	0.0	0.0	0.4	0.1	0.3	65.3	33.9	متوسط
1059	8.1	18.2	99.2	100	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	60.9	38.2	غني
862	8.7	25.1	99.4	100	0.1	0.1	0.0	0.4	0.0	48.4	51.0	غني جدا
المكان الذي تم فيه الوضع												
69	0.0	0.0	18.8	100	0.0	1.8	21.8	57.6	1.2	15.9	1.7	في البيت
5605	7.9	17.3	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	64.7	34.9	مؤسسة صحية
4957	6.5	13.3	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	70.5	29.0	عامة

648	18.5	47.4	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.2	79.8	خاصة
11	*	*	*	100	*	*	*	*	*	*	*	غير مصرح
مشاكل وظيفية												
206	9.5	21.8	97.9	100	0.0	0.0	1.0	1.2	0.0	58.7	39.2	لها مشاكل
5475	7.8	16.8	98.9	100	0.2	0.0	0.2	0.7	0.4	64.3	34.2	ليس لها مشاكل
عدد الزيارات في فترة الحمل												
186	4.7	4.8	85.5	100	4.5	0.0	2.9	7.0	2.2	66.0	17.3	لا توجد زيارة
1528	6.7	11.0	98.5	100	0.0	0.1	0.4	1.0	0.7	73.4	24.3	3-1 زيارات
3971	8.4	19.9	99.6	100	0.0	0.0	0.1	0.3	0.2	60.3	39.1	+4 زيارة
784	10.2	29.0	99.3	100	0.0	0.0	0.2	0.6	0.3	73.2	55.8	+8 زيارة

Source : MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête nationale par Grappes a indicateurs

multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p179.

من خلال الجدول يتبين أن 98.8% من الولادات تمت تحت إشراف شخص مؤهل بنسبة 98.8% مقابل 64% تمت تحت إشراف قابلة أما 34.4% تمت تحت إشراف طبيب.

أما فيما يخص التقرير عن إجراء العملية القيصرية فكان قبل آلام الولادة بنسبة 17% مقابل 7.8% كانت بعد الآلام وهذا ما يبين لنا أهمية الكشف والمتابعة الطبية في فترة الحمل التي يمكن ان تحدد نوع الولادة.

وفيما يخص العوامل المتحكممة في ذلك، قام المسح بوضع مجموعة من المتغيرات. بالنسبة لمكان الإقامة، بينت النتائج أن النساء اللواتي تقمن في منطقة حضرية تمت ولادتهن تحت إشراف شخص مؤهل بنسبة 99.2%، وتنخفض في المناطق الريفية بنسبة

98.4%، أن 60.8% من النساء في المنطقة الحضرية تمت تحت إشراف قابلة مؤهلة، و38.2% تحت إشراف طبيب.

في حين تم الوضع في المناطق الريفية تحت إشراف قابلة بنسبة 68.4% و29.9% تحت إشراف طبيب. فمن خلال هذا يتبين أن الوضع تحت إشراف طبيب يزيد في المناطق الحضرية.

بالنسبة لمنطقة الإقامة، تبين النتائج أن 99% من الولادات في المنطقة الشمالية تمت تحت إشراف طبيب، أين 44.9% منها تمت تحت إشراف طبيب. وفي المقابل من ذلك فإن 96.0% من الولادات في المناطق الجنوبية تمت تحت إشراف شخص مؤهل أين 73.2% تمت تحت إشراف قابلة مؤهلة و21.6% تمت تحت إشراف طبيب.

كما نلاحظ قلة الولادات التي تمت في البيت كلما اتجهنا نحو المناطق الشمالية، حيث بلغت النسبة 1.6% في المناطق الجنوبية مقابل 0.1% في المناطق الشمالية.

كما تبين النتائج أن نسبة النساء اللواتي وضعن عملية قيصرية تزيد في المنطقة الشمالية وهذا بنسبة 21.7% مقابل 11.4% في المنطقة الجنوبية.

بالنسبة لمتغير السن، بينت النتائج أن 98.9% من الولادات للنساء من الفئة العمرية 20-34 سنة تمت تحت إشراف شخص مؤهل، أين 34.3% تمت تحت إشراف طبيب. و19.6% من الولادات التي تمت بعملية قيصرية للنساء في الفئة 35-49 سنة تم التقرير لها قبل أيام الولادة.

فيما يخص المستوى التعليمي، بينت النتائج أنه كلما ارتفع هذا الأخير كلما ارتفعت نسبة النساء اللواتي تضعن تحت إشراف شخص مؤهل وهذا بنسبة 99.7% عند ذوات المستوى الجامعي، كما يزيد الإشراف على الولادة بمساعدة طبيب عند هذه الفئة لتصل النسبة إلى 43.2% مقابل 23.6% عند النساء ذوات دون المستوى. أيضا أن تقرير الولادة بعملية قيصرية عند هذه الفئة (المستوى الجامعي) بلغ 20.5% مقابل 12.5% عند النساء ذوات المستوى التعليمي المنخفض.

ونفس الشيء مع متغير الرفاه الاقتصادي، فكلما ارتفع هذا الأخير كلما زاد الاتجاه نحو الوضع تحت إشراف طبيب، حيث بلغت النسبة 51% عند الفئة الأكثر غنى مقابل 23.5%

عند الأشد فقرا. ونفس الشيء فيما يخق قرار القيام بعملية قيصرية إذ يزيد هذا الأخير قبل الأم الولادة عند النساء الأشد غنى بنسبة 25.1% مقابل 11.6% عند الأشد فقرا. أما بالنسبة لمكان الوضع، فتبين نتائج المسح أن الولادات التي تمت في البيت كانت تحت إشراف قابلة تقليدية بنسبة 57.6% مقابل 15.9% تمت تحت إشراف قابلة مؤهلة. أما الولادات التي تمت في مؤسسات صحية فإن 64.7% من الولادات تمت تحت إشراف قابلة مؤهلة مقابل 34.9% تمت تحت إشراف طبيب. أين اختلفت نسبة المشرفين على الولادة، إذ بلغت نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف قابلة مؤهلة في المؤسسة العمومية 70.5%، مقابل 29% تحت إشراف طبيب. أما في المؤسسات الخاصة فبلغت نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف طبيب 79.8% مقابل 20.2% تمت على يد قابلة. أما العمليات القيصرية في المؤسسات الخاصة فقد تم التقرير لها قبل الولادة بنسبة 47.4% مقابل 13.3% في المؤسسة العامة، وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على الرعاية في فترة الحمل التي تلقتها النساء والتي مكنتها من التقرير لطريقة الولادة.

كما تطرق المسح 2018-2019 إلى التعقيديات التي صاحبت النساء في فترة الحمل والولادة، بينت النتائج أن من بين 2701 امرأة لها مولود حي في السنتين الأخيرتين قبل إجراء المسح أن النساء اللواتي صرحن أنهن لم يصبن بأي تعقيديات بلغت 52.5% مقابل 47.5% عرفت على الأقل مشكل صحي واحد. أما الإصابة بتعقيديات أثناء الوضع، فقد صرحت 96.5% من النساء أنهن لم يصبن بأي تعقيديات مقابل 3.5% أصبن بتعقيديات ومشاكل صحية.

### 3-5- التغطية بالتحصين ضد التيتانوس الوليدي

كما سبق وأن أشرنا أن حماية الأمهات في فترة من خلال تحصينهن ضد التيتانوس يحيي موالدهن الجدد بنسبة عالية. فحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية أن التيتانوس الوليدي أدى بوفاة 31000 مولود خلال الشهر الأول من الحياة<sup>1</sup>. ولمعرفة مدى التطور في هذا المجال نقدم الجدول التالي:

<sup>1</sup> - IBID,p174.

الجدول رقم (21): نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللواتي قمن بالتحصين

ضد التيتانوس الوليدي في فترة حملهن لأخر مولود سنتين قبل إجراء المسح

عدد النساء	محميات ضد التيتانوس	نسبة النساء اللواتي لم تتلقين جرعتين من التحصين ضد التيتانوس في حملهن الأخير، ولكن تحصلن على:				نسبة النساء المتزوجات حديثا المحصنات ضد التيتانوس الوليدي	
		5 أو أكثر في حياتها	4 جرعات الأخيرة كانت خلال 10 سنوات الأخيرة	3 جرعات الأخيرة كانت خلال الخمس سنوات الأخيرة	جرعتين، الجرعة الأخيرة كانت في الثلاث سنوات الأخيرة		
<b>المجموع</b>							
5686	46.4	1.5	4.5	3.5	15.7	21.0	
<b>مكان الإقامة</b>							
3231	45.6	2.0	4.8	3.8	15.1	20.0	حضري
2455	47.4	1.0	4.2	3.2	16.6	22.5	ريفي
<b>منطقة الإقامة</b>							
1757	48.0	2.4	4.9	3.6	15.9	21.2	الوسط ش
797	59.5	0.5	6.1	4.9	19.5	28.5	الشرق ش
841	38.3	0.7	3.0	3.2	13.0	18.4	الغرب ش
474	20.5	0.9	1.8	2.1	6.4	9.3	وسط الهضاب العليا
845	47.4	2.5	6.8	4.0	17.9	16.1	شرق الهضاب العليا
271	44.9	0.1	1.9	2.6	14.5	25.8	غرب الهضاب العليا
700	53.9	1.0	3.8	3.1	18.2	27.5	الجنوب
<b>المستوى التعليمي</b>							
606	31.3	0.8	2.9	2.4	10.1	15.1	دون مستوى

825	43.8	0.8	7.2	3.2	16.4	16.1	ابتدائي
1764	46.7	1.9	3.2	2.9	15.6	23.2	متوسط
1328	48.7	1.0	5.4	4.0	17.1	21.2	ثانوي
1162	53.1	2.6	4.5	4.9	16.8	24.3	جامعي
المشاكل الوظيفية							
206	43.9	1.3	6.4	3.1	14.8	17.8	لها مشاكل
5475	46.5	1.6	4.4	3.6	15.8	21.2	ليس لها مشاكل
مؤشر الرفاه الاقتصادي							
1318	43.8	1.1	3.5	2.5	13.8	23.0	الأشد فقرا
1308	48.3	1.6	4.7	3.6	17.3	21.2	فقير
1139	48.4	1.3	4.3	4.2	15.0	23.6	متوسط
1059	46.3	0.9	4.9	3.4	18.6	18.5	غني
862	44.9	3.3	5.8	4.3	13.8	17.7	الأشد غني

Source : MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, p175.

من خلال الجدول يتبين أن نسبة النساء المحميات ضد التيتانوس بلغت 46.4% مقابل 21.0% للنساء المتزوجات حديثا، مقابل 15.7% للنساء اللواتي لم تتلقين جرعتين خلال حملهن الأخير، لكن تلقين جرعتين حيث الجرعة الأخيرة كانت في 3 سنوات الأخيرة قبل المسح.

ولمعرفة العوامل المؤثرة في ذلك وضع المسح عدد من المؤشرات السوسيو اقتصادية، فمن خلال مكان الإقامة فان النساء في المناطق الريفية محميات ضد التيتانوس بنسبة 47.4% مقابل 45.6% في المناطق الحضرية.

بالنسبة لمنطقة الإقامة تبين نتائج المسح أن 59.5% من النساء اللواتي تقمن في المنطقة الشمالية الشرقية محميات ضد التيتانوس الوليدي، مقابل 53.9% في المنطقة الجنوبية. بالنسبة لتأثير المستوى التعليمي، فقد تبين أن النساء ذوات المستوى الجامعي محميات ضد التيتانوس الوليدي بنسبة 53.1% مقابل 31.3% للنساء دون مستوى تعليمي و 43.8%

لذوات المستوى الابتدائي. كذلك فإن نسبة النساء المتزوجات حديثا والمحميات ضد التيتانوس الوليدي بلغت النسبة عند ذوات المستوى الجامعي 24.3% مقابل 15.1% لذوات دون المستوى.

أما فيما يخص مؤشر مستوى الرفاه فإن النتائج لم تظهر فروقات جوهرية بين المستويات المختلفة.

### - الرعاية الصحية بعد الوضع:

للعناية الصحية للمرأة بعد الوضع أهمية كبيرة في حياتها، فبالإضافة إلى الخدمة المقدمة، فإن لها أيضا دور توعوي حول أهمية المباشرة بين الولادات وما لها من أهمية في حفظ صحتها وصحة مولودها، أيضا معلومات حول الرضاعة الطبيعية، والتلقيح.

بينت النتائج أن المدة التي تقضيها المرأة في المستشفى تختلف من امرأة لأخرى، فمن بين 5605 امرأة وضعت مولودها في آخر سنتين قبل المسح، فإن 91.7% مكثن في المؤسسة الصحية 12 ساعة، تليها 60% بقيت من يوم إلى يومين، أما 19.2% فبقيت 3 أيام فأكثر، إن مدة مكوث المرأة في المؤسسة الصحية يتوقف على وضعيتها الصحية من حيث نوع الولادة والمؤسسة التي تمت فيها الولادة.

بينت النتائج أن النساء اللواتي وضعن بعملية قيصرية مكثن ثلاث أيام في المؤسسة الصحية بنسبة 56.6%، مقابل 6.5% للواتي كانت ولادتهن عادية.

تتأثر نسبة البقاء أيضا بنوع المؤسسة التي تم فيها الوضع، حيث بلغت نسبة المكوث ثلاث أيام 33.7% في المؤسسة الخاصة مقابل 17.3% في المؤسسة العمومية<sup>1</sup>.

كما بينت نتائج المسح أن 87.2% من النساء اللواتي لديهن ولادة حية في آخر سنتين قبل المسح قمن برعاية طبية بعد الوضع، بلغت أقصاها بعد الأسبوع الأول من الوضع بنسبة 12.1% مقابل 5.0% من 3-6 أيام الأولى بعد الوضع، و 2.6% في نفس يوم الوضع<sup>2</sup>، كما تزيد

1- IBID,p192.

2- IBID,p203.

نسبة الإقبال على طلب الرعاية الصحية بعد الوضع كلما كانت الولادة تمت بعملية قيصرية.

أما عن نوع المؤسسة الأكثر إقبالا لطلب الرعاية فهي المؤسسات العامة بنسبة 73.5%، مقابل 20.7% قطاع خاص، وفيما يخص الشخص الذي أشرف على الرعاية الصحية بعد الوضع فكان الطبيب بنسبة 73% مقابل القابلة بنسبة 16.3%<sup>1</sup>.

وبالنسبة لأهم التعقيدات والمشاكل الصحية التي عانت منها النساء بعد الوضع، فقد بينت نتائج المسح ان 68.8% من النساء لم يصبن بتعقيدات ومشاكل صحية بعد الوضع، في حين 30.7% من النساء عانت على الأقل من مشكل واحد.

من أهم الأعراض نجد 52.0% حالات فقر الدم، 23.1% نزيف، 22% إفرازات مصاحبة بحمى، 16.6% الأم في الفخذين<sup>2</sup>.

#### 4-5- استعمال وسائل تنظيم النسل:

إن التخطيط العائلي مهم لصحة المرأة ولأبنائها، يفيد هذا الأخير في المباحدة بين الولادات وتفادي الحمل المبكر والمتأخر والعدد الكبير من الأطفال.

من أجل التعرف على التطور الحاصل مقارنة بما سبق في هذا الشأن تعرض المسح لهذا الجانب من خلال عدد من المؤشرات كنسب النساء أو الأزواج الذين يستعملون وسيلة من وسائل الحمل وقت إجراء المسح، والجدول التالي يوضح ذلك.

<sup>1</sup> - IBID,p205.

<sup>2</sup> - IBID,p 207.

الجدول رقم (22): نسبة النساء أو الأزواج الذين يستعملون وسيلة من وسائل منع

الحمل وقت إجراء المسح

عدد النساء المتزوجات حديثا	تستعمل أي طريقة	تستعمل أي طريقة تقليدية	تستعمل أي طريقة حديثة	لا تستعمل أي طريقة	
المجموع					
19191	53.6	8.1	44.9	46.4	
وسط الإقامة					
11717	53.2	8.7	93.9	46.8	حضري
7474	54.2	7.1	46.6	45.8	ريفي
منطقة الإقامة					
6282	53.7	11.5	41.5	46.3	الوسط الشمالي
2623	52.0	10.7	40.8	48.0	الشمال الشرقي
3209	56.3	2.9	52.8	43.7	الشمال الغربي
1396	51.3	2.1	48.6	48.7	وسط الهضاب العليا
2858	58.1	7.6	49.9	41.9	شرق الهضاب العليا
976	53.6	1.3	51.5	46.4	غرب الهضاب العليا

1847	45.6	10.2	34.7	54.4	الجنوب
السن					
312	26	1.43	24.56	74.0	أقل من 20 سنة
1293	44.0	3.1	40.5	56.0	24-20 سنة
3129	52.9	5.5	47.0	47.1	29-25
3867	56.9	8.2	48.0	43.1	34-30
3877	60.3	9.5	50.2	39.7	39-35
3569	57.7	9.7	47.2	42.3	44-40
3297	43.1	9.2	33.1	56.9	49-45
المستوى التعليمي					
2821	49.4	3.9	44.5	50.6	دون مستوى
3074	53.4	7.1	45.6	46.6	ابتدائي
5743	54.3	8.2	45.5	45.7	متوسط
4499	57.0	10.6	46.0	43.0	ثانوي
3051	51.3	9.1	41.8	48.7	جامعي
عدد الأطفال الأحياء					
2170	3.8	0.3	3.2	96.2	0
2907	44.3	5.5	37.9	55.7	1
4252	60.1	7.3	52.0	39.9	2
4621	64.6	11.5	52.6	35.4	3

5241	64.4	10.3	53.5	35.6	+4
الحالة المهنية					
2052	52.3	9.9	41.7	47.7	تعمل
17139	53.8	7.9	45.2	46.2	لا تعمل
صعوبات وظيفية					
1143	54.8	12.6	41.5	45.2	لها صعوبات وظيفية
18026	53.6	7.8	45.2	46.4	ليس لها صعوبات وظيفية
مؤشر الرفاه الاقتصادي					
4072	52.8	4.7	47.6	47.2	الأشد فقرا
4052	52.3	7.0	44.7	47.7	فقير
3883	51.9	9.3	41.8	48.1	متوسط
3675	55.0	10.2	44.2	45.0	غني
3510	56.5	9.8	46.1	43.5	اشد غنى

**Source:** MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, pp143-144.

من خلال الجدول يتبين أن 53.6% من النساء المتزوجات تستعملن طريقة لتنظيم نسلهن منها 44.9% حديثة و 8.1% تقليدية، مقابل 46.4% لا تستعملن أي طريقة. ولأجل معرفة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية على هذه العملية يتبين تقارب نسبة النساء اللواتي تستعملن هذه الوسائل.

وبالنسبة لتأثير منطقة الإقامة تبين النتائج أن عدم استعمال وسائل تنظيم النسل يقل في المناطق الجنوبية بنسبة 54.4% مقابل 43.7% في المنطقة الشمالية.

بالنسبة للفئة العمرية يتبين أن عدم استعمال وسائل منع الحمل يزيد الفئة الأقل من 20 سنة وهذارغبة منها في الإنجاب. كما يزيد استعمال وسائل منع الحمل في الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 60.3%.

كما بينت نتائج المسح عدم وجود فروق جوهرية في نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب مؤشر الحالة المهنية بين النساء العاملات وغير العاملات، وبين مؤشر الصعوبات الوظيفية.

أما حسب مؤشر الرفاه، فبينت نتائج المسح أن نسب استعمال وسائل منع الحمل يتناسب طرديا مع النساء اللواتي تقمن في أسر غنية مقارنة بالنساء اللاتي تعشن في أسر فقيرة حيث بلغت نسبة الاستعمال 56.5% مقابل 52.8%.

أما فيما يخص المكان والشخص الذي قام بوصف وسيلة تنظيم النسل للمرأة، بينت نتائج المسح أن 73.1% من النساء تم وصف الوسيلة في مراكز عمومية وكان ذلك على يد القابلة بنسبة 29.2% مقابل الطبيب النسائي بنسبة 23.1% والطبيب العام بنسبة 18.7%.

في حين بلغت نسبة النساء اللواتي وصف لهن الدواء في مؤسسة صحية خاصة 21.1%، وكانت على يد طبيب نسائي بنسبة 14.2%، 4.9% طبيب عام، أما 0.7% فقط من كانت على يد قابلة.

من خلال هذا نستنتج أن الطبيب النسائي في المؤسسات الخاصة هو من يتولى ومهتم بصحة المرضى أكثر من المؤسسات العامة، أين يتدخل الطبيب وقت الحاجة وهذا للعدد الكبير للمرضى الذين يتوافدون لهذه المؤسسات بسبب مجانية العلاج فيها.

بالنسبة لقرار استعمال وسيلة تنظيم النسل، بمعنى هل المرأة هي التي اختارت وقررت استعمال الوسيلة، أم وصفت لها في المؤسسات الصحية. تطرق المسح لهذا المؤشر، يمكن أن نلخص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم (23): نسب النساء اللواتي استعملن وسيلة من وسائل تنظيم النسل بقرار

منهن، أو وصفت لهن من قبل شخص في مؤسسة صحية لأوضاعهن الصحية

مجموع النساء	نسب النساء المستعملات لوسيلة من وسائل منع الحمل وكان ذلك من قرار شخص مؤهل ينتهي لمؤسسة صحية	نسب النساء المستعملات لوسيلة من وسائل منع الحمل وكان ذلك من قرار منهن أو من أزواجهن	القراري استعمال وسائل منع الحمل الحديثة				
			المجموع	غير مصرح	عن اختيارهن ومن طرف شخص مؤهل ينتهي لمؤسسة صحية	من طرف شخص مؤهل ينتهي لمؤسسة صحية	من اختيارهن
			100	0.4	20.2	31.3	48.1
			القراري استعمال وسائل منع الحمل التقليدية				
المجموع	غير مصرح	عن اختيارهن ومن طرف شخص مؤهل ينتهي لمؤسسة صحية	وصفت لهن من طرف شخص مؤهل ينتهي لمؤسسة صحية	من اختيارهن			
100	4.7	4.7	5.7	88.7			
10314	44.9	54	100	4.7	4.7	5.7	88.7

Source : extrait de l'enquête MICS6 MSP et UNICEF et UNFPA : **Enquête national par**

**Grappes à indicateurs multiples MICS6 (2018-2019)**, Rapport finale, Algérie, 2020, p151.

من خلال الجدول يتبين أن القرار في استعمال وسائل منع الحمل الحديثة كان من اختيار النساء وأزواجهن بلغ نسبة 54%، موزعة كالآتي 88.7% استعمال وسائل تقليدية مقابل 48.1% استعمال وسائل حديثة.

في حين بلغ استعمال وسائل منع الحمل بقرار من شخص مؤهل ينتمي لمؤسسة صحية 44.9%، موزعة كما يلي: 31.3% وسائل حديثة مقابل 5.7% وسائل تقليدية.

أما قرار استعمال الوسائل من قبل الاثنتين (المرأة والشخص المؤهل الذي ينتمي لمؤسسة صحية) فقد بلغ نسبة 24.9%، 20.2% وسائل حديثة و4.9% وسائل تقليدية.

- بالنسبة لمؤشر متوسط مدة استعمال وسائل منع الحمل، فالنتائج التي أتت بها المسح يمكن عرضها في الجدول التالي:

**الجدول رقم (24):** نسب النساء المتزوجات في الفئة 15-49 سنة اللواتي تستعملن وسيلة حديثة لتنظيم النسل حسب متوسط مدة الاستعمال والعوامل السوسيو اقتصادية المتحكمة في ذلك

مجموع النساء	متوسط مدة استعمال وسائل منع الحمل	مدة استعمال وسائل منع الحمل							
		المجموع	غير مصحح	غير ثابت	5 سنوات +	4-3 سنة	2-1 سنة	أقل من سنة	
<b>المجموع</b>									
10314	4.0	100	1.2	2.7	29.5	16.3	27.4	22.9	
<b>مكان الإقامة</b>									
6250	4.2	100	1.3	2.5	32.2	16.7	25.4	22.0	حضري
4064	3.6	100	1.0	2.9	25.5	15.8	30.5	24.3	ريفي

منطقة الإقامة									
3378	3.9	100	0.8	2.0	30.3	16.2	26.8	24.0	الوسط ش
1369	4.0	100	1.5	2.8	29.4	14.6	27.8	23.8	الشرق ش
1815	5.3	100	1.2	2.5	39.2	18.0	23.0	16.0	الغرب ش
719	3.1	100	2.1	3.8	20.8	15.1	33.1	25.1	وسط الهضاب العليا
1664	3.5	100	1.0	3.8	26.4	16.1	29.4	23.3	شرق الهضاب العليا
525	4.6	100	1.8	2.2	34.1	18.0	25.9	17.9	غرب الهضاب العليا
843	2.6	100	0.9	2.6	16.8	16.4	30.7	32.6	الجنوب
السن									
48	0.8	100	2.2	0.0	0.0	9.9	30.9	57.0	19-15
569	0.9	100	0.2	2.8	2.6	7.1	33.9	53.4	24-20
1666	1.6	100	0.8	3.3	6.9	13.7	39.2	36.1	29-25
2203	2.4	100	0.9	3.0	15.2	17.2	35.8	28.0	34-30
2341	3.7	100	1.4	2.0	27.2	20.7	28.4	20.3	39-35
2064	5.8	100	1.0	1.8	47.6	18.6	18.6	12.0	44-40
1422	8.5	100	2.0	3.8	67.6	11.5	11.5	6.5	49-45
سنوات الزواج									
1767	0.9	100	0.6	3.1	0.9	7.2	37.4	50.9	2014 أو بعد
2600	2.2	100	0.7	3.0	13.9	20.7	36.4	25.3	2013-2009

المرأة والصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

2368	3.8	100	1.5	2.0	30.3	19.9	27.7	18.5	2008-2004
1680	5.6	100	0.9	1.9	46.0	19.1	19.7	12.5	2003-1999
1852	8.3	100	1.9	3.3	62.9	11.8	12.0	8.0	قبل 1999
48	4.1	100	7.8	0.9	28.3	20.7	17.8	24.5	غير مصحح
عدد الأطفال الأحياء									
72	2.8	100	3.5	0.8	20.2	4.2	10.3	61.0	دون أطفال
1274	1.3	100	0.7	3.3	4.9	9.7	37.9	43.6	1
2495	3.0	100	0.9	2.5	20.6	19.4	31.5	25.1	2
2927	4.5	100	1.6	2.3	35.4	17.0	25.4	18.3	3
2072	5.2	100	1.2	2.7	40.0	16.8	22.9	16.5	4
1473	5.3	100	1.1	3.1	40.1	15.4	22.5	17.8	+5
المستوى التعليمي									
1397	5.0	100	1.3	2.7	38.9	14.0	25.8	17.3	دون مستوى
1646	4.5	100	1.7	3.0	32.7	15.9	26.5	20.2	ابتدائي
3131	3.9	100	1.0	2.4	28.9	17.1	27.5	23.1	متوسط
2571	4.0	100	1.3	3.1	29.9	17.3	26.9	21.5	ثانوي
1567	2.6	100	0.6	2.2	18.3	15.6	30.5	32.8	جامعي
النشاط الاقتصادي									
1075	3.5	100	0.2	3.3	27.3	18.7	23.5	28.0	لها نشاط
9239	4.0	100	1.3	2.7	29.8	16.0	27.9	22.3	ليس لها نشاط

وسيلة منع الحمل المستعملة وقت إجراء المسح									
7531	4.1	100	1.1	2.8	29.9	16.3	27.5	22.3	الحبوب
440	3.6	100	0.4	0.8	30.6	21.6	28.5	18.0	اللولب - التعقيم
475	3.2	100	0.1	1.8	25.3	15.3	34.5	22.9	طريقة أخرى حديثة
1679	4.0	100	1.5	2.5	30.4	16.3	26.5	22.8	طريقة تقليدية
189	1.7	100	3.9	4.2	15.3	7.1	9.2	60.3	غير مصرح
مؤشر الرفاه الاقتصادي									
2157	3.5	100	1.4	2.0	25.2	17.0	32.8	22.6	الأشد فقرا
2128	3.7	100	1.4	3.0	26.9	16.0	28.0	24.7	فقير
2018	4.0	100	1.1	2.8	28.2	16.4	27.3	24.1	متوسط
2027	4.1	100	1.0	3.1	31.4	15.6	26.4	22.5	غني
1984	4.7	100	0.8	2.3	36.5	16.7	23.1	20.6	الأشد غنى

Source: MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes à indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020, pp153-154.

من خلال الجدول يتبين أن متوسط استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المبحوثات بلغ 4%، حيث كانت مدة استعمالها 5 سنوات فأكثر مقابل 16.3% استعمالها لمدة 3-4 سنوات .

ولمعرفة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية على ذلك نجد أن النساء المقيمت في وسط حضري متوسط استعماله للوسائل بلغ 4.2%، حيث 32.2% استعمالها لمدة 5 سنوات فأكثر مقابل 22.0% استعمالها لمدة أقل من 20 سنة.

في حين النساء المقيمات في الوسط الريفي بلغ متوسط استعمالها لوسائل منع الحمل 3.6%، أين 30.5% استعمالها لمدة سنة إلى سنتين مقابل 25.5% استعمالها مدة 5 سنوات فأكثر.

بالنسبة لمنطقة الإقامة، فإن متوسط استعمال وسائل تنظيم النسل عند النساء المبحوثات بلغ 53% في المنطقة الشمالية الغربية، بلغت مدة الاستعمال 5 سنوات فأكثر بنسبة 39.2%، في حين بلغ متوسط الاستعمال في المنطقة الجنوبية 2.6%، أما عن مدة الاستعمال فكانت من سنة إلى سنتين بنسبة 32.6%.

بالنسبة لمتغير السن، لوحظ من خلال الجدول أن متوسط استعمال موانع الحمل تتناسب طرديا كلما ارتفع سن المرأة، حيث بلغ 8.5% للفئة العمرية 45-49 سنة. أما فيما يخص تأثير سنوات الزواج فتبين من خلال الجدول أن أكبر متوسط لاستعمال موانع الحمل كان 8.3 لسنوات قبل 1999، في حين بلغ في سنوات 2014 فما فوق 0.9%. أما بالنسبة لمتغير عدد الأطفال، فإن متوسط استعمال موانع الحمل يزيد مع ارتفاع عدد الأطفال، حيث بلغ 5.3% عند النساء اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر.

فيما يخص المستوى التعليمي، فإن الملاحظ من الجدول أن متوسط استعمال وسائل منع الحمل بلغ 5.0% عند النساء اللواتي دون مستوى، أما عن مدة الاستعمال فكانت 5 سنوات فأكثر بنسبة 38.9%. في حين بلغ متوسط الاستعمال عند النساء الجامعيات 2.6%، أما عن مدة الاستعمال فكانت مدة أقل من سنة بنسبة 32.8%. وهذا يمكن أن يفسر أن النساء الجامعيات غالبا ما تزوجن في سن متأخرة، وبالتالي يقل متوسط الاستعمال لتصل إلى العدد المرغوب من الأطفال. كما يزيد متوسط استعمال هذه الوسائل عند النساء اللاتي لا تمارسن أي نشاط اقتصادي بنسبة 4.0%. بالنسبة للوسيلة المستعملة، فتتمثل في الحبوب بمتوسط استعمال بلغ 4.1%، في حين بلغ متوسط استعمال الوسائل التقليدية 4%.

أما بالنسبة لمستوى الرفاه الاقتصاديين فيلاحظ من خلال النتائج أن متوسط استعمال وسائل تنظيم النسل بلغ 4.7% عند الأسر الأكثر غنى، أما عن مدة استعمالها فهي 5 سنوات فأكثر بنسبة 23.1%.

في حين بلغ متوسط مدة الاستعمال عند الأسر الفقير 3.5%، أما عن مدة استعماله فكانت من سنة إلى سنتين بنسبة 32.8%.

- تطرق المسح إلى مؤشر آخر وهو قرار استعمال وسائل منع الحمل في الفترة المستقبلية، بينت النتائج أن 12.7% من النساء لا تستعملن وسائل منع الحمل، ولكن تنوي استعمالها في الفترة المستقبلية، فيما يخص الوسيلة المختارة لتنظيم النسل فهي الحبوب بنسبة 50.6%، أما عن قرار الاستعمال فهما الزوجين بنسبة 62.3%.

أما عن الأسباب التي منعت النساء من استعمال وسائل تنظيم الأسرة فإن المسح تطرق إلى ذلك، يمكن تلخيص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم(25): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لا تستعملن وسائل منع الحمل

حسب الأسباب المتحكمة في ذلك

مجموع النساء	أسباب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة											
	المجموع	اخر	مشكل صحي	العقم	سن الياس	صعوبة الاستعمال	فهمها المرتفع	يصعب الحصول عليها	الخوف من اعراضها الجانبية	معارضة الزوج	رفض التخطيط العائلي	الرغبة في الإنجاب
6814	100	5.0	3.4	0.9	4.1	0.4	0.4	2.8	11.8	4.1	7.3	59.7

Source : extrait de l'enquête MICS6 : MSP et UNICEF et UNFPA : **Enquête national par**

**Grappes à indicateurs multiples MICS6 (2018-2019)**, Rapport finale, Algérie, 2020, p159.

من خلال الجدول يتبين أن الأسباب المتحكمة في عدم استعمال وسائل تنظيم النسل هي الرغبة في إنجاب أطفال بنسبة 59.7%، أعراضها الجانبية 11.8%، رفض التخطيط العائلي بنسبة 7.5%، معارضة الزوج 4.1%، ثمها والصعوبة في استعمالها بنسبة متساوية تقدر ب 0.4%.

- ولأجل التعرف عن الشخص المتحكم في قرار عدم استعمال وسائل تنظيم النسل نعرض الجدول التالي:

الجدول رقم (26): نسبة النساء من 15-49 سنة اللواتي لا تستعملن وسائل منع الحمل حسب الشخص المتحكم في ذلك

مجموع النساء	الشخص المتحكم في قرار عدم الاستعمال						
	المجموع	غير مصرح	آخر	الطبيب	الاثنين معا	الزوج	المراة نفسها
6814	100	2.8	1.3	4.4	54.6	7.4	29.5

**Source:** extrait de l'enquête MICS6 MSP et UNICEF et UNFPA : **Enquête national par Grappes à indicateurs multiples MICS6 (2018-2019)**, Rapport finale, Algérie, 2020, p159.

يبين الجدول أن الشخص المتحكم في عدم استعمال وسائل منع الحمل هما الزوجان بنسبة 54.6%، مقابل 29.5% قرار خاص بالمراة لوحدها، مقابل 7.4% هو الزوج . ومنه يمكن أن نستنتج أن الصحة الإنجابية للمراة هي مسألة لا تخص المراة لوحدها وإنما الزوجان معا.

خلاصة:

من خلال التطرق وعرض المسوح الجزائرية المتعلقة بالصحة، وصحة المرأة والطفل على وجه الخصوص، نلاحظ تطورا ملحوظا في جوانب الصحة الإنجابية للمرأة، سواء فيما يخص الرعاية الصحية في فترة الحمل، عند الوضع، وبعد الوضع. أيضا فيما يخص وعيها من خلال تحصينها ضد التيتانوس، والمهم من كل ذلك اهتمامها بصحتها الإنجابية من خلال اختيارها لوسيلة من وسائل منع الحمل للمباعدة بين الولادات للحفاظ على صحتها وصحة مولودها.

إن التطور في مختلف المؤشرات المتناولة منذ المسح 1995 MICS1 إلى غاية مسح متعدد المؤشرات الأخير 2018-2019 MICS2 يظهر التطور الحاصل في هذا الشأن.

- بالنسبة للرعاية الصحية أثناء الحمل، سجلت نتائج مسح 1995 أن فقط 40% من النساء المتزوجات اللواتي ينتمين للفئة العمرية 15-49 سنة قمن بالرعاية الصحية أثناء الحمل، لترتفع النسبة إلى 83% في المسح 2000، أما بالنسبة للقطاع المعتمد عليه في المراقبة هو القطاع الخاص بنسبة 54%. أما في المسح 2006 فقد انتقلت النسبة إلى 89.4%، لترتفع في المسح 2012-2013 إلى 93% بعدد زيارات 4 فأكثر بنسبة 67.3%، كما تنخفض عدد الزيارات كلما انتقلنا إلى المنطقة الجنوبية لتصل إلى 11.6%.

استمرت نسبة الرعاية الصحية في الارتفاع لتصل في المسح 2018-2019 إلى 95.3%. الملاحظ في هذا المسح مقارنة بالمسح السابق هو ارتفاع نسب النساء اللواتي تلقين رعاية طبية على يد طبيب مختص، بلغت النسبة 90.2% بعدما كانت 84.8%، الرعاية الطبية على يد قابلات قلت حيث بلغت 5.1% بعدما كانت قرابة 8%، كما قلت نسب النساء اللواتي لا تتلقين رعاية حيث بلغت 3.2% بعدما كانت 5.6%.

- بالنسبة للرعاية الصحية أثناء الوضع، حسب المسح 2000، بلغت نسبة النساء اللواتي وضعن في مؤسسات عامة نسبة 85%، مقابل 5% في مؤسسات خاصة و8% في المنزل. أما ما يخص المسح 2006 فإن 95.2% وضعن في مؤسسات عامة، حيث 17.1% منها تمت على يد طبيب و78.1% على يد قابلة. أما في المسح 2012-2013 سجلت النتائج تطورا ملحوظا، حيث

بلغت 96.4%، 69.4% على يد قابلة مقابل 25.3% على يد طبيب. ترتفع نسبة تلقي الرعاية الصحية في المسح 2018-2019 أين وصلت إلى 98.8%، حيث 34.4% منها تمت على يد طبيب، مقابل 64% على يد قابلة.

- بالنسبة للرعاية الصحية بعد الوضع، بينت نتائج المسح 1995 أن 20% فقط من النساء من تلقين رعاية صحية في هذه المرحلة، في حين بلغت في المسح 2000 30.6%، أما عن أسباب العزوف فإن 80% منها راجعة إلى عدم وجود مضاعفات.

أما ما يخص المسح 2012-2013 فإن 86.5% منهن قمن بزيارة من أجل المراقبة لكن أغلبها كانت في الساعات والأيام القليلة الأولى من الولادة تزداد كلما كانت الولادة قيصرية. أما بالنسبة للمسح 2018-2019 فإن 91.7% تلقين رعاية في 12 ساعة الأولى بعد الوضع تزداد مدة الرعاية المقدمة كلما كانت الولادة بعملية قيصرية كانت هناك تعقيدات صحية. - بالنسبة للتحصين ضد التيتانوس، فإن نتائج المسح 1995 بينت أن 53% من النساء كان لديهن دفتر تلقيح ومطلع عليه. لترتفع النسبة في مسح 2000 إلى 54.4%. أما في المسح 2006 فإن 5/2 من النساء أخذنا جرعتين من اللقاح. أما ما يخص المسح 2018-2019 فقد بينت النتائج ان 46.4% من النساء محميات من التيتانوس.

- بالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة، بينت نتائج مسح 1995 أن 56.9% من النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة لا تستعملن أي وسيلة من وسائل تنظيم النسل. أما بالنسبة للمسح 2000 فإن 64% تستعمل هذه الوسائل، في حين 3/1 من النساء لا تستعملن بمبرر الرغبة في إنجاب أطفال بنسبة 31%. أما فيما يخص المسح 2006 فإن 60.7% من النساء تستعمل وسيلة منها 52% حديثة و9.4% تقليدية، في حين 37.3% لا تستعملن.

بالنسبة للمسح 2012-2013 فإن 65.1% تستعملن وسيلة منها 47.9% حديثة مقابل 9.2% تقليدية. أما المسح 2018-2019 فبينت نتائجه أن 53.6% تستعملن وسيلة منها 44.9% حديثة مقابل 8.1% تقليدية، في حين 46.4% لا تستعملن أي وسيلة.



## الفصل الثالث

### أهم الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية

- 1- الأمراض التي تنتقل جنسيا
- 2- بعض الأمراض المصاحبة للولادة
- 3- بعض الأمراض المصاحبة للحمل

## الفصل الثالث / أهم الأمراض المرتبطة بالحياة الإنجابية للمرأة

تمهيد:

قد تتعرض المرأة في حياتها الإنجابية للعديد من الأمراض منها ما قد ينتقل إليها جنسيا كالزهري والافرنجي... الخ ومنها ما قد يصيبها أثناء فترة حملها، كسكري الحمل وارتفاع الضغط، ومنها ما قد يصيبها جراء عدم تلقي الرعاية اللازمة في فترة المخاض.

سنحاول من خلال هذا المبحث التطرق لبعض هذه الأمراض، من خلال التعريف بها وأهم الأعراض التي قد تسببها في حال عدم تلقي الرعاية والعلاج الفوري.

### 1- الأمراض التي تنتقل جنسيا:

تشمل الأمراض المنقولة جنسيا الافرنجي أو الزهري والسيلان والقريح والورم الحبيبي الاربوي والورم الحبيبي اللمفي. وهذه الأمراض تتأثر بالحالة الاجتماعية للفرد، وغالبا ما يتأثر معدل الإصابة والانتشار بالعوامل التالية:

- الفقر
- انخفاض المستوى التعليمي والثقيف الجنسي
- العادات والتقاليد
- التفكك الأسري
- انتشار الأمراض النفسية
- الإدمان على المخدرات والكحول
- ارتفاع سن الزواج
- البيئة الاجتماعية والاقتصادية التي تحيط بالفرد.
- الانتقال أو الهجرة من الأقاليم الصغيرة إلى المدن الكبرى.

### 1-1- متلازمة العوز المناعي:

هو مرض فيروسي شديد الخطورة، يمكن تقسيم العدوى بالفيروس إلى مراحل تبدأ بالمرض الحاد ثم الدور الخافي ثم ضخامة العقد اللمفية ثم المتلازمة المرتبطة بالإيدز وفي النهاية الصورة الكاملة للإيدز قد تختلف هذه الأعراض من مريض لآخر.

فبعد مدة قصيرة من الإصابة قد يظهر على المصابين بالعدوى مظاهر عامة كالحصى وتضخم العقد اللمفية وآلام عضلية وصداع وعرق ليلي وسعال، وقد تبقى هذه الأمراض لمدة تتراوح بين أسبوع وأسابوعين ثم تختفي.

تم التعرف لأول مرة على متلازمة العوز المناعي المكتسب كحالة سريرية مستقلة عام 1981، وكان يظن أنها لا توجد إلا في الولايات المتحدة ولا سيما بين فئات معينة وهي جماعات الشذوذ، لكن سرعان ما تبين أن الأمر ليس كذلك وأنه منتشر أيضا في مناطق أخرى من أوروبا وأمريكا<sup>1</sup>.

تتخذ الصورة الوبائية للمرض في شتى أنحاء العالم أنماطا متميزة:

- النمط الأول: يلاحظ هذا الأخير في أمريكا الشمالية وفي أوروبا الغربية وأستراليا ونيوزيلندا حيث تقع معظم الحالات عند الشاذين جنسيا ومدمني المخدرات لا سيما الذكور، أما العدوى بين الجنسين فكانت منخفضة.

- النمط الثاني: هو النمط السائد في شرق إفريقيا ووسطها وجنوبها، حيث تنتقل العدوى غالبا جنسيا بين الذكور والإناث، كما تزيد حالات الإصابة نتيجة الحقن الغير معقمة.

بالنسبة للجزائر تم اكتشاف أولى الإصابات سنة 1985، استمر عدد الإصابات في الارتفاع ليصل في سنة 1990 إلى 68 حالة .

أما في 2009 فقد بلغ عدد المصابين 1028 مصاب و 4181 حامل لفيروس نقص المناعة البشرية<sup>2</sup>.

كما تم تسجيل 2000 حالة إصابة بنقص المناعة المكتسب، منها 150 وفاة منذ 2019<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - محمود خليل، الشاذلي وآخرون: طب المجتمع، مرجع سابق، صص 613-614

<sup>2</sup> - دليلة عزيزي، سليمة بلخير: " واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري"، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 15، العدد 02، سبتمبر 2022، صص 237-252.

<sup>3</sup> - وكالة الأنباء الجزائرية: السيدا في الجزائر، 10 ديسمبر 2020، من الموقع: [www.aps.dz/ar/sante](http://www.aps.dz/ar/sante)

- النمط الثالث: هو النمط الذي يغلب الإبلاغ عنه في الشرق الأوسط وبعض مناطق آسيا وفي عدد كبير من بلدان المحيط الهادي، تنتقل العدوى جنسيا بين أفراد الجنس الواحد أو الجنسين على السواء، كما يحدث المرض جراء نقل الدم المستورد<sup>1</sup>. إن فيروس العوز المناعي المكتسب يمكن التحكم فيه لأنه نتيجة سلوك بشري، فالعدوى يمكن تفاديها بالتعفف عن الممارسات غير الأخلاقية وبتحري الدم قبل نقله واجتناب استعمال الإبر والحقن دون تعقيم. من أهم الأمراض المنتشرة على المستوى العالمي التي تصيب الرجال والنساء والتي قد تنتقل إلى الأطفال نجد:

### 1-2- الكلاميديا Chlamydia:

هي كائن ميكروبي يختلف عن البكتريا و الفيروسات ، لها سلالات عديدة ، حيث تشكل كل منها مرضا معيناً<sup>2</sup>. تعتبر من الأمراض المنقولة جنسيا التي تسبب العدوى بين الرجال والنساء، يمكن أن تسبب ضررا دائما للجهاز التناسلي للمرأة، الشيء الذي يجعل من الصعب الحمل في وقت لاحق أي الإصابة بالعقم، بالإضافة إلى التهابات بالحوض والحمل خارج الرحم.

يمكن للمرأة الحامل نقل العدوى للطفل أثناء الولادة وقد يؤدي ذلك إلى إصابته بعدوى العين أو التهاب رئوي وقد يؤدي إلى زيادة احتمالية ولادة الجنين مبكرا. بالنسبة للفئات الأكثر عرضة نجد : مثليو الجنس وتعدد شركاء الجنس<sup>3</sup>.

### أنواع الكلاميديا:

- الكلاميديا التناسلية: تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بين شخص مصاب وآخر سليم وتؤدي إلى ظهور أعراض في المنطقة التناسلية عند كل من الرجال والنساء.

<sup>1</sup> - المرجع السابق، صص615-616.

<sup>2</sup> - عبد الرحيم ، عبد الله: كل ما تحتاج معرفته عن الامراض المنقولة جنسيا، ط1، دار الشروق، القاهرة، 2009، ص69.

<sup>3</sup> - وزارة الصحة: الكلاميديا، المملكة العربية السعودية، 1445هـ، من الموقع: [www.moh.gov.sa](http://www.moh.gov.sa)

- الكلاميديا في الحلق: تحدث إصابة البلعوم بالكلاميديا نتيجة العدوى من خلال الفم، ويمكن ألا تؤدي إلى أعراض في بعض الحالات، كما يمكن أن تؤدي إلى التهاب الحلق والتورم وجفاف الحلق والسعال والحمى.

- الكلاميديا في العين: تحدث العدوى في العين عند الأطفال حديثي الولادة نتيجة تعرضهم للعدوى من الأم المصابة، يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض كالأحمرار والتورم والحكة في العين، إضافة إلى تهيج العين وخروج مفرزات مخاطية منها مع الحساسية تجاه الضوء، إذا تركت دون علاج فقد تؤدي إلى العمى.

- الكلاميديا في الرئة: تحدث عند الأطفال حديثي الولادة، كما يمكن أن تحدث عند الكبار بسبب نوع آخر من بكتريا الكلاميديا، تسبب هذه الأخيرة التهابات رئوية، يترافق مع السعال وضيق النفس والحمى وخروج مفرزات قيحية مع السعال.

- الكلاميديا مع السيلان: تكون الإصابة مترادفة مع الإصابة بمرض السيلان البني الناتج عن المكورات البنية.  
من أعراضها نجد:

- الإصابة بالحمى وآلام شديدة في الحوض، الغثيان ونزيف شديد خارج أوقات الدورة الشهرية بالنسبة للنساء.

- إحساس بالحرقنة أثناء التبول ومفرزات قيحية خضراء وصفراء، ألم أسفل البطن وألم في الخصيتين بالنسبة للرجال<sup>1</sup>.

### 1-3- الزهري Syphilis:

هو مرض بكتيري مزمن ومعدي يتميز بفترات خمول طويلة يتخللها فترات إنعاش، المسبب النوعي هو بكتيريا اللوليبات الشاحبة، يختلف عن باقي الميكروبات اللولبية بقدرته على الحركة و شدة رفعه .

<sup>1</sup> - علاجك الطبية، ماهي الكلاميديا أو المتدثرة، 2023، من الموقع:

ولولب الزهري مثل باقي مسببات الامراض المنقولة جنسيا شديد الضعف خارج الجسم و يسهل القضاء عليه بالمطهرات البسيطة مثل الماء و الصابون ، كما انه لا يتحمل الجفاف او تغيرات درجة الحرارة. فترة حضانتها من أسبوع إلى أسبوعين.<sup>1</sup>

### طريقة انتقال العدوى تكون:

- جنسيا إذا كان أحد الطرفين مصابا.

- عند استخدام أدوات وملابس المصاب بالمرض أو تقبيله

- من الأم إلى الجنين عبر المشيمة وأثناء الولادة

أما عن الأعراض السريرية للمرض فتكون عبر أربعة مراحل هي كالآتي:

1- المرحلة المبكرة: يتعرض المصاب إلى التهاب جلدي موضع دخول البكتريا المسببة، وطفح جلدي ووجود زوائد جلدية حول فتحة الشرج وتورم الغدد اللمفاوية المجاورة لمكان الالتهاب مع تورم بالأغشية المخاطية المبطنة لفتحة الشرج.

2- المرحلة الثانية المتأخرة وهي مرحلة كامنة تمتد لعدة سنوات.

3- المرحلة الثالثة: تظهر هذه المرحلة بعد عدة سنوات وتؤثر على الجلد والأغشية

المخاطية المبطنة والعظام وقد يحدث تآكل للأعضاء التناسلية والقلب والأعصاب.

4- المرحلة الرابعة: إصابة الجهاز العصبي مما يؤدي إلى اضطرابات عصبية شديدة

وفقدان الحياة.<sup>2</sup>

إن الإصابة بعدوى المرض عند النساء الحوامل تزيد من مخاطر ولادة أطفال متوفين

وتشوهات في الأجنة ولهذا فإنه من المهم عمل اختبارات مبكرا أثناء الحمل.

من خلال ما تم عرضه فإن الزهري مرض خطير يجب اتخاذ إجراءات وقائية من خلال

التثقيف الصحي للأفراد ورفع الوعي لديهم لتجنب الوقوع فيه.

<sup>1</sup> - عبد الرحيم ، عبد الله: مرجع سابق ، صص147-148.

<sup>2</sup> - احمد محمد، بدح وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، دس، ص73.

#### 1-4- السيلان Gonorrhea:

هو مرض بكتيري وحاد يصيب الأعضاء التناسلية والمسالك البولية عند الرجال والنساء ، تتجلى اهم اعراض المرض في صورة نزول افراز صديدي من فتحة مجرى البول الخارجية<sup>1</sup> ، المسبب النوعي للمرض هي بكتريا من المكورات السالبة الجرام، فترة الحضانه من 2 الى 10 أيام، طريقة العدوى تكون:

- جنسيا إذا كان أحد الطرفين مريض

- استعمال أدوات وملابس المصابين

- من الأم إلى الجنين وأثناء الولادة

من الأعراض السريرية عند النساء نجد:

- التهاب مجرى البول مع عسر في التبول وإفرازات تتراوح ما بين بسيطة وشديدة

- التهاب عنق الرحم وقد يصل إلى الرحم والمبيضين أو فتحة الشرج والمستقيم.

عند المواليد الجدد:

إذا حملت المرأة المصابة بالسيلان يتعرض جنينها للإصابة برمد صديدي سيلاني في العين

عند ولادته<sup>2</sup>.

من الإجراءات الوقائية معالجة المصاب بالمضادات الحيوية المناسبة مع رفع الوعي لدى

الأفراد بمخاطر المرض.

#### 1-5- الهربس التناسلي Genital Herps:

هو عدوى تنجم عن فيروس الهربس البسيط الذي يسبب أعراض متكررة من البثور

الصغيرة المؤلمة والمليئة بالسائل حول الأعضاء التناسلية وما حولها.

<sup>1</sup> - عبد الرحيم، عبد الله : مرجع سابق، ص67.

<sup>2</sup> - أحمد محمد، بدح و اخرون: مرجع سابق، ص72.

يعتبر حالة مزمنة (طويلة الأجل)، يبقى في الجسم ويمكن أن ينشط مرة أخرى، يبلغ متوسط تكرار المرض بين أربع وخمس مرات في السنة الأولى والثانية من الإصابة ليقل نشاطه بعد مرور الوقت.<sup>1</sup>

هناك نوعين من فيروس الهربس البسيط، نوع 1 ونوع 2، كلا النوعين شديدي العدوى ويمكن أن ينتقل بسهولة من شخص لآخر جنسيا، يمكن انتقال الفيروس حتى لو كان الشخص المصاب دون أعراض.

عند الإصابة بالهربس لأول مرة، قد تظهر أعراضا شبيهة بالانفلونزا مثل:

- الحمى

- الصداع

- آلام في الجسم

- تضخم العقد اللمفية

تبدأ الأعراض بعد حوالي يومين إلى 12 يوم من التعرض للفيروس وقد تتضمن:

- ألم وحكة وإفرازات حول الأعضاء التناسلية

- نتوءات أو بثور صغيرة حول الأعضاء التناسلية أو الفم

- قرح مؤلمة تتشكل مع تمزق البثور

- الشعور بألم أثناء التبول.

يمكن ان ينتقل الهربس التناسلي من الجهاز التناسلي الى جهات أخرى كثيرة من الجسم

او عن طريق الشفاه او الفم.<sup>2</sup>

كما يمكن ان ينتقل الجنين و قد يؤدي الى إصابات خطيرة و مميتة ، و لذا من التدابير الوقائية أثناء الحمل هو القيام بالتحاليل وأخذ الأدوية المضادة للهربس في مرحلة لاحقة من الحمل وذلك للوقاية من الإصابة به مع اقتراب الولادة، وفي حال الإصابة بالهربس التناسلي عند المخاض فمن المحتمل إجراء عملية قيصرية لتقليل خطر انتقال الفيروس للجنين.

<sup>1</sup> - محمد علي، البار: الأمراض الجنسية، أسبابها و علاجها، ط2، دار المنارة، جامعة الملك عبد العزيز،

جدة، 1986، صص 247، 248.

<sup>2</sup> - نفس المرجع ، ص 248.

1-6- فيروس البابلوسي البشري Human Papillomavirus والترايكوموناس

Trichomoniasis

بالنسبة للمرض الأول هو أحد العدوى المنقولة جنسيا الشائعة وهو متعدد الأنواع، وبعض من هذه الأنواع من الفيروس من الممكن أن تؤدي إلى سرطان عنق الرحم إذا ترك بدون علاج.

أما المرض الثاني فهو أحد العدوى المنقولة جنسيا بطفيل مؤثر في الرجال والنساء، والأعراض شائعة أكثر بين النساء اللاتي تعالجن في أغلب الأحيان. إن الفشل في العلاج يؤدي إلى زيادة التعرض لانتقال فيروس متلازمة عوز المناعة المكتسب وتسبب ولادة أطفال ناقصي الوزن<sup>1</sup>.

2-- بعض الأمراض المصاحبة للحمل:

2-1- سكري الحمل:

قد يحدث سكري الحمل نتيجة مقاومة الانسولين أو عدم افراز الجسم ما يكفي من هرمون الانسولين المسؤول عن تنظيم سكر الدم، وغالبا ما يتم السيطرة عليه من خلال الحمية الغذائية المناسبة والتمارين الرياضية فقط، ولكن قد تحتاج بعض النساء إلى حقن الأنسولين أو أحد أدوية السكر الأخرى.

بالرغم من أن هذا السكري يظهر للمرة الأولى أثناء الحمل ويختفي في معظم الحالات بعد الولادة إلا أنه قد يسبب بعض المشاكل الصحية للأم والجنين أثناء الحمل وبعد الولادة ما لم يتم السيطرة عليه، كما يعتبر أحد عوامل خطر إصابة الأم بمرض السكري من النوع الثاني في المستقبل.

من بين عوامل الخطر التي تجعل بعض النساء أكثر عرضة للإصابة بسكري الحمل نجد:

- التاريخ المرضي أو العائلي

<sup>1</sup> -المكتب المرجعي للسكان: الصحة الإنجابية والجنسية، مرجع سابق: ص37.

- السمنة خاصة لما يكون مؤشر كتلة الجسم BMI Body Mass Index أكثر من 30 للمرأة

المقبلة على الحمل

- المعاناة من مقاومة الانسولين

- ارتفاع سن المرأة إلى أكثر من 35 سنة

- النحافة الشديدة

- إنجاب طفل في حمل سابق له وزن 4.5 كلغ أو أكثر

- المعاناة من متلازمة تكيس المبايض.

2-1-1- مضاعفات سكري الحمل:

يمكن تقسيم المضاعفات إلى قسمين، مضاعفات تحدث أثناء وبعد الحمل، ومضاعفات

تحدث للجنين أثناء وبعد الولادة، تزداد حدة المضاعفات في حال عدم السيطرة على

مستويات سكر الدم أثناء الحمل، من بين المضاعفات نجد:

- زيادة وزن الطفل عند الولادة

- إصابة الطفل بمشاكل تنفسية

- فرط نشاط الطفل

- نقص الكالسيوم بدم الطفل (عوز الكالسيوم)

- انخفاض غلوكوز الدم في الأيام الأولى بعد الولادة

- إصابة الطفل باليرقان

- زيادة احتمال إصابة الطفل بالسكري لاحقا بسبب اختلال إفراز جسمه لهرمون

الانسولين

- ارتفاع ضغط الدم

- زيادة خطر إصابة الأم بالسكري من النوع الثاني بعد مرور 5-10 سنوات من الحمل

- ولادة طفل ميت

- عسر الولادة وزيادة من عدد الولادات القيصرية

- تسمم الحمل.<sup>1</sup>

## 2-2- ارتفاع ضغط الدم عند الحوامل:

يسمى ضغط الدم بالقاتل الصامت حيث لا يشعر به الفرد في الكثير من الأحيان، وهو يحدث عندما تضيق أوعية الدم في أطراف الجسم ذات الحجم الصغير، مما يجعل الدم يضغط على جدران الأوعية الدموية أكثر من السابق. لذلك فعلى القلب أن يعمل بصورة شديدة وأن يبذل جهداً أكثر فبالرغم من أن القلب يتحمل هذا الجهد الزائد عدة أشهر إلا أنه في النهاية سوف يصاب بالتضخم ومن ثم العطب، كما أن الضرر سوف يصيب أوعية الدم في الدماغ والكلى والعيون.

هناك رقمان لتحديد ضغط الدم، الرقم الانقباضي والرقم الانبساطي. فأما الانقباضي (الأعلى) فهو يعبر عن القوة التي يبذلها القلب ليضخ الدم إلى الأطراف عبر أوعية الدم. أما الانبساطي (السفلي أو الأقل) فيعبر عن ضغط الدم الذي ينتج بعد ارتخاء عضلة القلب والذي يسمح بعودة الدم إلى داخل القلب.

إن الضغط المثالي عند الأشخاص البالغين هو ما بين 80/120 و 80/135، أما عند النساء الحوامل فيبلغ 70/110 إلى 80/120.

يتغير ضغط الدم أثناء الحمل بسبب ارتفاع هرمون البروجسترون الذي يعمل على زيادة ارتخاء جدران الأوعية الدموية فيؤدي ذلك إلى انخفاض ضغط الدم والشعور بالدوار أحياناً خلال الستة شهور الأولى من الحمل.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة : صحة المرأة خلال الحمل -سكري الحمل، 1445هـ، من الموقع: [www.moh.gov.sa](http://www.moh.gov.sa)

بعد إتمام الشهر السادس تقريبا يعود ضغط الدم بالارتفاع تدريجيا ويزداد ضخ الدم من القلب ويعود الضغط الطبيعي للحامل في الأسابيع الأخيرة ما قبل الولادة. قد يؤدي ارتفاع ضغط الدم بصفة عامة إلى إصابة الشرايين والدماغ والقلب والكلى، وهذه المضاعفات على وجه التحديد هي :

أمراض تتعلق بالقلب تشمل إخفاق القلب، وأمراض الشريان التاجي وانسداد الشرايين والسكتة القلبية، كما قد يؤدي إلى أمراض تتعلق بالمنخ والأوعية الدموية، وكذا أمراض تتعلق بالكلى وتشمل الفشل الكلوي، كما قد تصاب شبكية العين باعتلال يؤدي إلى إضعاف البصر<sup>1</sup>.

كما قد تكون هناك عوامل أخرى مسببة لمرض ارتفاع ضغط الدم وهي نتيجة مضاعفات واعتلالات صحية في الجسم من أهمها بعض أمراض الكلى المزمنة وأمراض الغدة الدرقية ومضاعفات مرضى السكري.

الأعراض المصاحبة لضغط الدم :

- ارتفاع ضغط الدم
- وجود فائض من البروتين في البول بعد الأسبوع العشرين للحمل
- صداع شديد
- تغيرات في الرؤية تشمل فقدان البصر بشكل مؤقت أو تشويش الرؤية أو حساسية مفرطة للضوء.
- أوجاع في البطن تتركز غالبا في منطقة أسفل أضلاع القفص الصدري من الجهة اليمنى
- الغثيان والقيء

<sup>1</sup> - الاتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الأمراض غير المعدية والأمراض الإستوائية المهمة على التنمية في إفريقيا، أديسا بابا، الدورة السادسة، أبريل 2013، ص4

- الدوار

- كثرة التبول

- ارتفاع مفاجئ في الوزن بمعدل يزيد عادة عن كيلوغرام واحد في الأسبوع

- انتفاخ في منطقة الوجه واليدين.

### 2-3- فقر الدم عند النساء الحوامل:

فقر الدم هونقص في الهيموغلوبين أو خلايا الدم الحمراء في الجسم، والهيموغلوبين هو الحديد الغني بالبروتين في خلايا الدم الحمراء التي تجيز نقل الأكسجين إلى الأنسجة، يحدث فقر الدم عندما تكون كمية الهيموغلوبين في دم الشخص منخفضة جدا، هذا يعني أنه ليس هناك نقل ما يكفي من الأكسجين إلى الجسم وهذا يمكن أن يسبب شحوب وتعب أو إعياء وضعف.

ينتج فقر الدم الغذائي عند انخفاض هيموغلوبين الدم عن المعدل الطبيعي نتيجة لعدم كفاية العناصر التي تدخل في تكوين الهيموغلوبين أو تساعد على تكوينه وهذه العناصر هي الحديد وحمض الفوليك وفيتامين B12 وفيتامين C والبيريدوكسين والنحاس والزنك.

يحدث عوز العناصر عند فقدان التوازن بين الكمية الممتصة والكمية التي يحتاجها الجسم، ويحدث العوز في الكمية الممتصة نتيجة عوز كفاية تناولها أو نتيجة اضطراب في عملية الامتصاص، أما الزيادة في الاحتياجات فتحدث نتيجة سرعة انقسام الخلية وتكوين الأنسجة الجديدة أثناء النمو والحمل وعند فقدان الدم من الجسم نتيجة الزيف أو العدوى بالطفيليات.

وتظهر حالة عوز العناصر المكونة للهيموغلوبين بعد عدة مراحل إذ تبدأ باستنفاد المخزون الاحتياطي من الجسم ويتبع ذلك تغيير في الوظائف البيولوجية ثم حدوث تغيرات في تكوين خلايا الدم وبالتالي ظهور أعراض فقر الدم.

يعتبر فقر الدم بعوز الحديد من أكثر الأسباب التغذوية شيوعاً لفقر الدم يلي ذلك عوز الفولات وخاصة أثناء فترة حمل المرأة أما عوز العناصر الأخرى فحدوثه يكون أقل تواتراً. بالإضافة إلى فقر الدم الغذائي هناك نوع آخر من فقر الدم يسببه المرض كفقر الدم المنجلي وهو مرض وراثي يجعل من كرات الدم الحمراء تبدو بشكل غير طبيعي وبالتالي نقل كمية أقل من الأكسجين للجسم كما يمكن أن يكون فقر دم الأمراض المزمنة ناجماً عن الفشل الكلوي والسرطان ومرض نخاع العظم وأمراض المناعة الذاتية.<sup>1</sup>

### 2-3-1- أعراض فقر الدم :

- الخمول والتعب وعدم القدرة على التركيز والأرق، أضف إلى ذلك شحوب الوجه
- يمكن أن تعاني النساء الحوامل من التعب الشديد ومن ضيق التنفس
- التأثير السلبي في وظيفة تحمل وقدرة العضلات.
- يزداد خطر حدوث ولادة مبكرة
- يصعب على الأم إنتاج الحليب بعد الولادة
- أما بالنسبة للجنين فقد يحدث ما يلي:
- قد لا يحصل الجنين على كمية الأكسجين الكافية واللازمة للنمو والتطور الطبيعي وخصوصاً الدماغ
- نقص مخزون الحديد لدى الأطفال.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي: الغذاء والتغذية، أكاديميا انترناشيونال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ط1، 2005، ص 234-235.

<sup>2</sup> - وزارة الصحة السعودية: فقر الدم والحمل، ربيع الأول 1440هـ، من الموقع: [www.moh.gov.sa](http://www.moh.gov.sa)

أفادت تقارير منظمة الصحة العالمية أن 40% من سكان العالم مصابون بفقر الدم، وأن أكثر الناس تعرضا له هم الأطفال والنساء الحوامل والمسنون، أما عن أكثر المناطق التي تعرف أعلى معدلات الانتشار فهي الدول النامية<sup>1</sup>.

### 3- بعض الأمراض المصاحبة للولادة:

#### 3-1- ناسور الولادة:

يعتبر من الأخطار المدمرة لحياة الفتيات والنساء نتيجة الإهمال وعدم التدخل الطبي العاجل في الوقت المناسب. يعرف صندوق الأمم المتحدة للسكن (UNFPA) الناسور الولادي بأنه " إصابة أثناء الولادة تم إهمالها إلى حد كبير، على الرغم من الأثر المدمر الذي يسببه على حياة الفتيات والنساء المتضررات فهو يحدث غالبا نتيجة ولادة متعسرة لفترات طويلة بدون تدخل طبي عاجل في الوقت المناسب يكون بعمليات قيصرية طارئة<sup>2</sup>.

فالضغط المتواصل من رأس الطفل على عظام الحوض يضر بالأنسجة الرخوة ويخلق ثقبا أو ناسورا بين قناة الولادة والمثانة، الأمر الذي يسبب تسربا مستمرا للبول والبراز أو كليهما من المرأة وغالبا ما يؤدي إلى مشاكل طبية مزمنة كالالتهابات المتكررة وأمراض الكلى وقرح المؤلمة والعقم، كما يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب والعزلة الاجتماعية.

هناك أنواع مختلفة من الناسور :

- الناسور المستقيمي المهبلي

-الناسور الاحليلي المهبلي

- الناسور الحالب المهبلي

- الناسور الرحي المثاني

<sup>1</sup> - نفس المرجع، ص236.

<sup>2</sup> - صندوق الأمم المتحدة UNFPA: ناسور الولادة، 2021، من الموقع

[www.arabstates.unfpa.org/topics](http://www.arabstates.unfpa.org/topics)

حسب صندوق الأمم المتحدة يصاب كل عام ما بين 50.000 و100.000 امرأة وفتاة في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل ويشمل ذلك منطقة الدول العربية، وتشير التقديرات إلى أن مليوني امرأة وفتاة بحاجة إلى علاج الناسور.

من أهم أسباب إصابة المرأة بالناسور الولادي هو الاستمرار في حالة المخاض لأيام متتالية دون الحصول على التدخل الطبي الضروري لمساعدتها، وتشير الإحصاءات الرسمية إلى أن غالبية النساء اللائي يصبن بناسور الولادة يستمر المخاض لديهن معدل ثلاث أيام أو أكثر.

كما أن هناك عوامل أخرى للإصابة بهذا المرض وهو الحمل المبكر "في سن صغيرة"، وإلى خلل في التناسب الرأسي الحوضي لدى المرأة بسبب سوء التغذية وعدم حصولها على كفايتها من الكالسيوم وفيتامين "د" ما قد يسبب لها تشوهات في الحوض، وهناك أسباب أخرى للمرض كإصابة المرأة بالسرطان أو تعرضها لمرض منقول جنسيا.

فحسب صندوق الأمم المتحدة أن الشفاء من المرض أمر ممكن ويمكن معالجته في وقت مبكر من خلال التدخل الجراحي، أفادت رئيسة قسم الناسور الولادي بمشفى الصداقة التعليمي باليمن أن المركز أجرى 64 عملية جراحية من عام 2014 إلى 2019 بنسبة نجاح 86%، وبينت أن أفضل طرق الوقاية هي محاربة الزواج المبكر وتأخير سن الإنجاب.<sup>1</sup>

نظرا للآلام والمعانات والعزلة التي يتركها المرض يجب التركيز على الجانب الوقائي من خلال الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة والرعاية الصحية في المراكز والمؤسسات الصحية والابتعاد عن بعض العادات والممارسات الخاطئة خاصة الحمل والزواج المبكر.

<sup>1</sup> - نفس المرجع

### خلاصة

من خلال هذا الفصل تبين لنا أن الحياة الإنجابية للمرأة محفوفة ببعض المخاطر والأمراض فمنها ما قد تنتقل إليها جنسيا كالزهري والافرنجي والسيلان. الخ. ومنها بعض الأمراض مصاحبة للولادة كناسور الولادة عندما لا تتم في ظروف غير ملائمة.

كما قد تصيب المرأة بعض الأمراض المصاحبة للحمل كسكري الحمل، وضغط الدم وفقر الدم. إن إصابة المرأة بهذه الأمراض يهدد حياتها وحياة جنينها، لهذا عليها بالمدائمة على طلب الرعاية الصحية من أجل الوقاية والكشف المبكر لأي خطر قد يهدد صحتها أو صحة جنينها.



# الخاتمة

تبقى الصحة الإنجابية أحد أهم المسائل الصحية التي تساهم بشكل كبير في الحفاظ على صحة المرأة والأسرة بأكملها، كما لها تداعيات على المجتمع فري عامل أساسي في تحقيق التنمية المستدامة.

فمن خلال ما تقدم رأينا أن الصحة الإنجابية جوانبها متعددة، لكن تبقى الرعاية الصحية للمرأة في طليعة هذه الجوانب فكل الدول توليه عناية خاصة، وهذا من خلال توفير المنشآت كمراكز خاصة تهتم برعاية الأمومة والطفولة ومن خلال الاستثمار في العامل البشري وتكوينه في هذا المجال لتقديم خدمات صحية ذات مستوى وجودة.

يمكن ملاحظة الاهتمام بالصحة الإنجابية من خلال عديد المؤتمرات والقمم العالمية التي انعقدت في دول مختلفة من العالم، حيث سطرت أهداف واستراتيجيات من أجل النهوض والارتقاء بصحة الأمهات والأطفال وخفض معدلات الوفاة فيها.

ومن خلال ما تقدمه لنا الإحصاءات هناك تفاوت في هذا المجال مرتبط بمدى التقدم والازدهار ووضع هذه الدول. ففي الجزائر ومن خلال المسوح الصحية المعتمدة، (من المسح الوطني 1995 إلى غاية آخر مسح عنقودي 2018-2019)، تبين لنا أن هناك تطور ملحوظ فيما يتعلق بالصحة الإنجابية للمرأة، من خلال عدد من المؤشرات المعتمدة كعدد مرات المتابعة الطبية في فترة الحمل، تلقي الرعاية اللازمة أثناء الوضع مع كادر طبي أو قابلة أو شيء آخر، مكان الولادة، الرعاية بعد الوضع، امتلاك دفتر تلقيح والتحصين ضد التيتانوس، اختيار وسيلة لتنظيم النسل... الخ .

بينت لنا البيانات أن هناك تطور ملحوظ في هذا المجال وتحسن من مسح لآخر، فيما يخص الإقبال على الرعاية الصحية وعدد الزيارات خلال فترة الحمل، من حيث عدد الولادات التي تمت في وسط مهري وصحي واستعمال وسائل الحمل... الخ . وهذا إن دلّ على شيء فهو يدل على الجهود التي تبذلها الدولة من أجل الارتقاء بالصحة والإنجابية على وجه الخصوص فنتائجها لا تنعكس على صحة المرأة أو الأسرة فقط بل على صحة المجتمع بأكمله.

كما تطرقنا إلى بعض الأمراض التي تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة، فمنها الجنسية، ومنها المصاحبة لها أثناء الوضع ومنها ما قد تلازمها في فترة الحمل. والإشارة لها في هذا العمل كانت من أجل رفع الوعي بمخاطرها.



# قائمة المراجع

## باللغة العربية:

### الكتب:

- 1 - الشاذلي محمد خليل، وآخرون: طب المجتمع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الشرق الأوسط.
- 2 - العكروف، علي: الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1، 2017.
- 3- البار، محمد علي: الامراض الجنسية، أسبابها و علاجها، ط2، دار المنارة، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، 1986.
- 4 - بدح احمد محمد وآخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، دس.
- 5 - جويدة، عميرة: السكان والصحة الإنجابية في الوطن العربي، دار هوانا للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2014.
- 6 - حمادى علي، يونس، مبادئ علم الديمغرافيا، دار وائل للنشر والتوزيع، 2010 عمان.
- 7- رودى فهيبي فرزانة، لوري اشفوردي: الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا " دليل الإعلاميين"، تر: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان.
- 8- عبد الرحيم ، عبد الله: كل ما تحتاج معرفته عن الامراض المنتقلة جنسيا، ط1، دار الشروق، القاهرة.
- 9 - كرادشة، منير عبد الله: علم السكان، الديمغرافيا الاجتماعية، عالم الكتب الحديث، ط1، 2009.

10 - مصيقر عبد الرحمان، محمد زين علي: الغذاء والإنسان، مبادئ علوم الغذاء والتغذية، دار القلم للنشر والتوزيع، ط1، 1999، قطر.

11 - نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي : الغذاء والتغذية، أكاديميا انترناشيونال، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ط1، 2005

### التقارير والمجلات:

12 - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع تقرير صحة الأم والطفل، لجنة السكان والحاجات الاجتماعية، حيدرة، 1997، دورة التاسعة، ص 59.

13 - المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع تقرير صحة الأم والطفل، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، حيدرة، 28-29 أكتوبر 1997، الدورة التاسعة.

14 - الأمم المتحدة: الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الدورة الاستثنائية الواحدة والعشرون، البند 8 من جدول الأعمال، 1999.

15 - الأمم المتحدة: متابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، الجمعية العامة ديسمبر 2014.

16 - الاتحاد الإفريقي لوزراء الصحة: أثر الأمراض غير المعدية والأمراض الإستوائية المهمة على التنمية في إفريقيا، أديسا بابا، الدورة السادسة، أبريل 2013.

17 - درديش أحمد، العفريت مسعودة: ماهية الصحة الإيجابية والعوامل المحددة لها، مجلة الاداب والعلوم الاجتماعية، العدد 16، 2016.

18 - دورسواليونسين: "الرعاية بعد الوضع و أفضل ما يقدم للأم والطفل، في/ الأمومة المأمونة، رسالة إخبارية على النشاط العالمي في مجال صحة الأمومة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لإقليم الشرط المتوسط، الإسكندرية، 1997، العدد 2.

19 - دليلة عزيزي، سليمة بلخيري: " واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري"،  
مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 15، العدد 02، سبتمبر 2022.

20 - صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): " أهداف المؤتمر الدولي للسكان  
والتنمية"، في/ السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك.

21 - منظمة الصحة العالمية: الصحة الإنجابية، تقرير الأمانة العامة، جمعية الصحة  
العالمية السابعة والخمسون، البند 10-12 من جدول الأعمال، افريل 2004.

22 - نيكولسون ايتمان: صحة الحامل، تر: سامية حمدان، دار الأندلس للطباعة  
والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، 1985، ط 8.

23 - وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات مع جامعة الدول العربية:  
المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة  
الأسرة، 2004.

24 - وزارة الصحة والسكان: الأسس العقائدية والقانونية والتقنية لسياسة السكان  
في الجزائر، الجزائر، 2001.

25 - وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: المسح الجزائري حول صحة  
الأم والطفل، جامعة الدول العربية، الجزائر، 1994.

باللغة الأجنبية:

26- ALI KOUAOUCCI: Familles, femmes et contraception , CENEAP,  
FNUAP, 1983.

27 - Cohen et Goirand: La grossesse l'accouchement les premiers jours,  
VI<sup>eme</sup> edition, Fernand Nathan, Paris, septembre 1984.

28 - Ministère de la santé et de la population et INSP: Enquête Mortalité  
Maternelle, Edition A.M.D.S, 1999, p147.

29- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière et autres : Enquête par grappes a indicateurs multiples MICS2019, Rapport final des résultats, Décembre2020, Algérie 2020, p 162.

30 - Ministère de la santé et de la population et INSP: Santé maternelle et infantile 2000 . 2004, Edition A.M.D.S, 2000.

31 - Ministère de la santé et de la population : Manuel de perfectionnement à l'usage des prestataires de la santé de la reproduction et planification familiale, Edition AMDS, Alger, 2000.

32 - Ministère de la Santé e Institut National de Santé publique : Enquête Mortalité Maternelle, Edition A.M.D.S, 1999.

33 - Organisation Mondiale de la Santé : "Amélioré l'accès aux services de santé maternelle", in/ journée Mondiale de la santé, maternité sans risque, Genève, 1998, p 1.

34 - Banque Mondiale: "Rapport sur le développement dans le monde ", In/ Maternité sans risque, O.M.S, Genève, 1997.

35 - Ministère de la santé et de la population et INSP: Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.

36 - Le progrès des nation , Unicef, "Mortalité maternelle" , In/ Maternité sans risque , OMS , 7 Avril 1998 .

37 - MSP et autre : Objectif de la mi- décennie, Algerie, 1995.

38 - Ministère de la santé et de la population et INSP : Enquête national sur les objectifs de la fin décennie, sante mère et enfant, EDG Algérie 2000, Algérie 2001.

39 - MSP et ONS : Enquête national a indicateur multiples MICS3 ALGERIE 2006, Rapport Principal, Décembre 2008.

40 - MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS4 (2012-2013), Rapport finale, Algérie, 2015.

41 - MSP et UNICEF et UNFPA : Enquête national par Grappes a indicateurs multiples MICS6 (2018-2019), Rapport finale, Algérie, 2020.

42- Ministère de la sante : situation démographique et sanitaire 2000-2024, direction de la population, juillet 2024.

43- Mansouri : Tétanos, Faculté de médecine UB2, service infectiologie, Batna .

#### المواقع الالكترونية :

44- vidal : le suivi médical de la grossesse, 2015 , [www.vidal.fr](http://www.vidal.fr).

45 - الأمم المتحدة: الدورة الاستثنائية التاسعة والعشرون للجمعية العامة للأمم المتحدة، 22 سبتمبر 2014، نيويورك من الموقع:

[www.un.org/ar/conference/population/newyork](http://www.un.org/ar/conference/population/newyork)

46 - الأمم المتحدة: قمة نيروبي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاما 12-14 نوفمبر 2019 من الموقع:

[www.un.org/ar/conference/population/nairobi2019](http://www.un.org/ar/conference/population/nairobi2019)

- 47 - الدويكات، سنا : فوائد تنظيم الأسرة، 2022، من الموقع:  
[www.mawdoo3.com](http://www.mawdoo3.com)
- 48 - وكالة الانباء الجزائرية: السيدا في الجزائر، 10 ديسمبر 2020، من الموقع:  
[www.aps.dz/ar/sante](http://www.aps.dz/ar/sante)
- 49 - صندوق الأمم المتحدة UNFPA: ناسور الولادة، 2021، من الموقع:  
[www.arabstates.unfpa.org/topics](http://www.arabstates.unfpa.org/topics)
- 50 - علاجك الطبية، ما هي الكلاميديا اوالمتدثرة، 2023، من الموقع:  
[www.ilajak.com/ar/blog/chlamydia](http://www.ilajak.com/ar/blog/chlamydia)
- 51 - وزارة الصحة : الكلاميديا، المملكة العربية السعودية، 1445هـ، من الموقع:  
[www.moh.gov.sa/healthAwareness/educationalcontent/Diseases](http://www.moh.gov.sa/healthAwareness/educationalcontent/Diseases)
- 52 - وزارة الصحة: الهريس التناسلي، البحرين، 22/06/2023 من الموقع:  
[www.moh.gov.bh/healthinfo](http://www.moh.gov.bh/healthinfo)
- 53 - منظمة الصحة العالمية: وفيات الأمهات، 2023، من الموقع:  
[www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality](http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)
- 54 - ندى سامي: الولادة المتعسرة كابوس الحامل، 2019، من الموقع:  
[www.elconsolto.com/case-reports/report-news](http://www.elconsolto.com/case-reports/report-news)
- 55 - وزارة الصحة السعودية : فقر الدم والحمل، ربيع الأول 1440هـ، من الموقع:  
[www.moh.gov.sa](http://www.moh.gov.sa)
- 56 - وزارة الصحة :صحة المرأة- الزيارة الأولى للحامل في المركز الصحي من الموقع:  
[www.moh.gov.sa/HealthAwareness/Educationalcontent/pages//First-Visit](http://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/Educationalcontent/pages//First-Visit)

يعتبر هذا الكتاب إضافة إلى الأبحاث والدراسات التي تهتم بالمواضيع ذات الصلة بتخصص الديمغرافيا، وقد ركزنا على أحد أهم المواضيع التي تنتهي إلى دائرة اهتماماته وهو موضوع "الصحة الإنجابية" من خلال التعريف بها، والتطرق إلى جوانبها المتعددة وبالأخص جانب الرعاية الصحية للمرأة في حياتها الإنجابية، وكذا إلى أهم المؤتمرات والقمم العالمية التي اهتمت بالموضوع.

كما حاولنا معرفة واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وهذا من خلال الاعتماد على المسوح الديمغرافية الصحية ابتداءً من المسح الصحي (MICS2 1995) (إلى غاية المسح متعدد المؤشرات (MICS6 2018-2019) ) وهذا لمعرفة التطور الحاصل ومدى وعي المجتمع والمرأة بوجه الخصوص بصحتها. وأخيرا حاولنا الإلمام بأهم المشاكل والأمراض التي يمكن أن تصيب المرأة في حياتها الإنجابية وهذا كان لهدف تحسيسي وتوعوي.

أتمنى أن يلقي هذا العمل المتواضع استحسان الطلبة والباحثين، والمهتمين بهذا المجال وأن يكون إضافة إلى المكتبة الجزائرية على وجه العموم.

