

جامعة سعد دحلب بالبليدة
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

رسالة دكتوراه في علم الاجتماع

التخصص علم الاجتماع

الصحة الإنجابية في الجزائر

من طرف

درديش احمد

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	سعدي رابح
مشرفا	أستاذ التعليم العالي، جامعة البليدة	كشاد رابح
عضوا مناقشا	أستاذ التعليم العالي، جامعة الجزائر	مقراني الهاشمي
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، جامعة الجزائر	سايجي عبد الحق
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، جامعة البليدة	بدروني محمد
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر، جامعة الجزائر	بودبابة رابح

البليدة، جانفي 2011

ملخص

الصحة حق من الحقوق الأساسية للإنسان، والرعاية الصحية وسيلة في حماية هذا الحق، و لذا يجب توفيرها للفرد بدون أية معوقات اجتماعية، واقتصادية، أو تمييز ثقافي أو اجتماعي.

الصحة بمفهومها الإيجابي ركن رئيسي من أركان التنمية البشرية، إنها عملية توسيع نطاق الخيارات المتاحة أمام الإنسان، وأهم هذه الخيارات أن يعيش الإنسان حياة طويلة خالية من العلل، المرض والعجز و هكذا نجد أن الأمن الصحي من الدعائم الأساسية في الأمن البشري الذي يعتبر شرطاً رئيسياً لتحقيق التنمية البشرية. تمثل صحة الأسرة حجر الأساس في صحة المجتمع وأفراده، وصحة الأسرة هي صحة كل فرد فيها، و الحالة الصحية لأي فرد في الأسرة و مدى استجابته للمرض يؤثران في صحة بقية أفراد الأسرة الجسمية والنفسية، لذا فإن الاهتمام بصحة الأسرة و تعزيز دورها بالتوعية والخدمات الصحية مسؤولية اجتماعية هامة، وفي هذا المجال تأتي أهمية الصحة الإنجابية الذي يكتنفها الكثير من الغموض ونقص في البيانات و الفهم الخاطئ.

إن مفهوم الصحة الإنجابية مفهوماً جديداً، حيث كان يقتصر قبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994 على برامج تنظيم الأسرة وبرامج الأمومة المأمونة ، حيث كانت معظم المؤشرات المستخدمة تدل على معدل وفيات الأمهات ومدى استخدام خدمات رعاية الأمومة ومعدلات الولادات الآمنة والرعاية أثناء فترة النفاس.

فمفهوم الصحة الإنجابية انحصر بتوفير خدمات الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة ولم يتسع ليشمل شمولية المراحل العمرية فيما يتعلق بتوفير نوعية الخدمات والمعلومات المقدمة في مراحل العمر بما في ذلك مراحل ما بعد الإنجاب. وبعد مؤتمر القاهرة 1994 أصبح هذا المفهوم يعني قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة ، القدرة على الإنجاب وحرية تقرير الإنجاب و مواعده ، الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل و الولادة و فترة النفاس. و هكذا بدأ مفهوم الصحة الإنجابية يتسم بالتغيير في مختلف الدول نظراً للدعم الذي قدم في هذا المضمار على الصعيد الدولي، إذ تم تبني السياسات التي تدعو إلى توسيع نطاق المعلومات والخدمات المقدمة في هذا المجال.

فالصحة الإنجابية تحددها مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، أنماط الحياة ومكانة المرأة في المجتمع، نوعية الرعاية الصحية و توافرها، وتحددها بشكل جوهري قدرة المرأة على الاختيار. لذلك تتحمل المرأة لأسباب اجتماعية معظم عبء سوء الصحة التي تتصل بالممارسة الجنسية أو الحمل، فطبقا لبيانات البنك الدولي فإن ثلث مضاعفات الأمراض التي تواجه المرأة تكون ذات صلة بالجهاز التناسلي وتنتج كثيرا من المشاكل الصحية الإنجابية لأسباب فيزيولوجية و اجتماعية كعناء الحمل والولادة، الإسقاط، الإنجاب المكثف، الأمراض التناسلية و مضاعفتها، الفقر و غيرها. تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على جوانب الصحة الإنجابية للأمهات و اتجاهاتها و الكشف عن العوامل المحددة لها من جهة و معرفة مدى وعي المرأة و اهتمامها بقضايا الصحة الإنجابية من جهة أخرى.

شكر

بسم الله و الصلاة و السلام على رسول الله، والحمد و الشكر لله الذي أنار لنا سبيل العلم
والمعرفة، و وفقنا بعونه على إتمام هذا العمل.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من قدم لي يد المساعدة في إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر الأستاذ
المشرف الدكتور كشاد رابح الذي فتح لي باب مكتبه و قبل الإشراف على أطروحتي.
كما أتقدم بالشكر إلى كل من مد لنا يد العون وساهم من بعيد أو قريب في إنجاز هذا العمل.

الفهرس

شكر

ملخص

قائمة الجداول و الأشكال

16.....	مقدمة
19.....	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
19.....	1.1. الإشكالية
21.....	2.1. فرضيات الدراسة
22.....	3.1. أهمية الدراسة و مبرراتها
22.....	4.1. أهداف الدراسة
22.....	5.1. المناهج المستخدمة
24.....	6.1. مجال الدراسة
25.....	7.1. مصادر المعطيات المستخدمة
28.....	8.1. عينة الدراسة و خصائصها
32.....	9.1. متغيرات الدراسة
34.....	10.1. تحديد المصطلحات
41.....	11.1. الدراسات السابقة
44.....	12.1. صعوبات الدراسات
45.....	الفصل الثاني: ماهية الصحة الإنجابية و الحقوق الإنجابية للمرأة
45.....	تمهيد
46.....	1.2. ماهية الصحة الإنجابية
46.....	2.1.1. تعريف الصحة الإنجابية
49.....	2.1.2. أهداف الصحة الإنجابية
50.....	3.1.2. الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية

51.....	4.1.2. مشاكل الصحة الإنجابية
51.....	5.1.2. عناصر الصحة الإنجابية
40.....	6.1.2. مؤشرات الصحة الإنجابية
43.....	7.1.2. مراحل الصحة الإنجابية
64.....	8.1.2. المبادئ التي تركز عليها الصحة الإنجابية
66.....	9.1.2. محددات الصحة الإنجابية
69.....	10.1.2. أهمية الصحة الإنجابية بالنسبة للمرأة
70.....	2.2. الحقوق الإنجابية للمرأة.....
70.....	2.2.1. مفهوم الحقوق الإنجابية
71.....	2.2.2. الحقوق المتعلقة بالصحة الإنجابية
79.....	2.2.3. التزامات الدول اتجاه الصحة الإنجابية
79.....	2.2.3.1. التزامات الدول بتوفير خدمات الصحة الإنجابية
80.....	2.2.3.2. التزامات الدول بتحقيق وحماية حقوق المرأة الإنجابية
83.....	خلاصة الفصل.....
84.....	الفصل الثالث: خدمات الصحة الإنجابية للمرأة
84.....	تمهيد.....
85.....	3.1. الأمومة الآمنة
90.....	3.2. تنظيم الولادات.....
92.....	3.3. الوقاية من الأمراض المتنتقلة جنسيا
93.....	3.4. علاج حالات العقم و طرق الوقاية منه.....
97.....	3.5. علاج الإجهاض
100.....	3.6. الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي عند المرأة
103.....	3.7. خدمات الإعلام و الاتصال بشأن الصحة الإنجابية و الجنسية.....
90.....	خلاصة الفصل.....
91.....	ع: سياسات و برامج الصحة الإنجابية في الجزائر
91.....	تمهيد.....
107.....	4.1. تعريف ووظائف الصحة العمومية

109.....	2. 4. المؤسسات الصحية و الطاقم الصحي
110.....	4- 3- النظام الصحي في الجزائر
116.....	4. 4. الهياكل الصحية القاعدية و الإطارات الطبية
116.....	4. 1.4. الهياكل الصحية القاعدية
118.....	4. 4. 2. الإطارات الطبية
120.....	4. 5. الهيئات المكلفة بالصحة الإنجابية
121.....	4. 6. برامج الصحة الإنجابية
125.....	خلاصة الفصل
126.....	الفصل الخامس: الأمراض المنتقلة جنسيا
126.....	تمهيد
127.....	5. 1. تعريف الأمراض المنتقلة جنسيا
127.....	5. 2. الأعراض العامة للأمراض المنتقلة جنسيا
128.....	5. 3. مضاعفات الأمراض المنتقلة جنسيا
113.....	5. 4. عوامل انتشار الأمراض المنتقلة جنسيا
129.....	5. 5. أهم أنواع الأمراض المنتقلة جنسيا
129.....	5. 1.5. الأمراض التي تسببها البكتريا و الطفيليات
138.....	5. 2. 5. الأمراض التي تسببها الفيروسات
147.....	5.6. طرق الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا
149.....	5. 7. تطور مرض الإيدز في الجزائر
157.....	خلاصة الفصل
158.....	الفصل السادس: رعاية الأمهات صحيا في الجزائر
158.....	تمهيد
159.....	6. 1. مستوى الرعاية الصحية
160.....	6. 2. عناصر الرعاية الصحية أثناء الحمل
164.....	6. 3. تباين مستوى الرعاية الصحية
174.....	6. 4. أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية
179.....	6. 5. المضاعفات الصحية المتعلقة بالإنجاب
183.....	6. 6. العوامل المؤثرة على صحة الأمهات
195.....	خلاصة الفصل

196.....	الفصل السابع: استعمال وسائل تنظيم الولادات.
196.....	تمهيد.
197.....	7. 1. مستوى المعرفة بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل
198.....	7. 2. تطور معدل استخدام وسائل منع الحمل
203.....	7. 3. الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية.
209.....	7. 4. مصادر الحصول على الوسيلة المستخدمة
211.....	7. 5. اختيار الوسيلة المستخدمة
213.....	7. 6. أسباب التوقف أو عدم استخدام وسائل منع الحمل
217.....	7. 7. الحديث بين الزوجين في مجال تنظيم الولادات
219.....	7. 8. موقف الأزواج من استخدام وسائل من الحمل
220.....	7. 9. الحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الولادات
223.....	خلاصة الفصل.
224.....	الفصل الثامن: المشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب وأمراض الجهاز الإنجابي
224.....	تمهيد.
225.....	8. 1. تشريح الجهاز التناسلي عند المرأة
227.....	8. 2. المشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب
227.....	8. 1.2. المشاكل الصحية المتعلقة بالحمل
228.....	8. 2.2. المشاكل الصحية المتعلقة بالولادة
231.....	8. 3. أمراض الجهاز الإنجابي
236.....	8. 4. دوافع عدم تلقي المشورة
237.....	8. 5. مكان تلقي الرعاية الصحية
239.....	8. 6. عوائق تلقي العلاج الطبي
241.....	خلاصة الفصل.
242.....	عرض و مناقشة نتائج الدراسة
245.....	الخاتمة
	قائمة المراجع.
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	
24	التقسيم الجغرافي للمناطق التي شملها مسح صحة الأسرة لسنة 2002.	01
29	توزيع المبحوثات حسب فئات السن (بـ %).	02
30	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي (بـ %).	03
30	توزيع المبحوثات حسب عدد المواليد الحياء (بـ %).	04
31	توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة (بـ %).	05
32	المتغيرات المستقلة المستخدمة في الدراسة.	06
33	توصيف المتغيرات التابعة المستخدمة في الدراسة.	07
116	تطور البنية الصحية خلال الفترة 1972-2002.	08
117	تطور عدد المستشفيات خلال الفترة 1992-2002.	09
118	تطور عدد الإطارات الطبية (القطاع العام و الخاص) خلال الفترة 1962-2002	10
118	نسبة التغير في البنية الصحية وعدد الإطارات الطبية خلال الفترة 1972-2002	11
119	تطور معدل التغطية الطبية (القطاع العام و الخاص) خلال الفترة 1972-2002.	12
149	نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن مرض الزهري و السيلان و الإيدز و الفطريات حسب خلفية المبحوثة.	13
151	نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن مرض الإيدز حسب مصدر المعرفة و خلفية المبحوثة.	14
152	نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرفن مصادر العدوى بمرض الإيدز حسب خلفية المبحوثة.	15
153	نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرفن طرق الوقاية من مرض الإيدز حسب خلفية المبحوثة.	16
155	توزيع حالات الإيدز في الجزائر حسب السن و الجنس سنة 2001 (بـ %).	17
160	نسبة النساء (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين	18

رعاية صحية أثناء الحمل، عند و بعد الوضع.

- 19 161 نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين فحوصا طبية أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال خمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف سنة (معطيات صحة الأسرة 2002).
- 20 162 نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين تثقيفا صحيا أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف (معطيات صحة الأسرة 2002).
- 21 164 نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين على الأقل جرعة واحدة من الحقن ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.
- 22 165 نسبة النساء غير العازبات (بـ %) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بولادة حية حسب خلفية المبحوثة سنة 2002.
- 23 167 نسبة النساء (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.
- 24 170 التوزيع النسبي لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الوضع والمستوى التعليمي للمرأة (بـ %).
- 25 172 نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الوضع لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة
- 26 174 توزيع النساء غير العازبات (بـ %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بولادة حية و لم يتابعن حملهن حسب السبب و مكان الإقامة سنة 2002.
- 27 175 توزيع السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم يتابعن حملهن الأخير الذي انتهى بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب سبب عدم المتابعة ومكان الإقامة (بـ %).
- 28 176 توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي وضعهن خارج مؤسسة صحية حسب السبب و مكان الإقامة (بـ %).

- 29 177 توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم يتلقين رعاية صحية بعد الوضع حسب سبب عدم المتابعة و مكان الإقامة (ب %).
- 30 179 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات أثناء الحمل، عند و بعد الوضع حسب السن سنة 2002.
- 31 180 نسبة النساء (ب %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات صحية أثناء حملهن الأخير الذي انتهى بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.
- 32 181 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات صحية عند ولادتهن الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.
- 33 182 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات صحية بعد الولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.
- 34 184 التوزيع النسبي للسيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب صلة القرابة بأزواجهن و مكان الإقامة (ب %).
- 35 185 توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب صلة القرابة بين الزوجين و المستوى التعليمي (ب %).
- 36 188 نسبة السيدات (ب %) في السن (15- 19) سنة اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول حسب خلفية المبحوثة.
- 37 189 نسبة النساء الحاملات (ب %) من مجموع النساء غير العازبات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب فئات السن.
- 38 190 متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء غير العازبات (15- 49 سنة) و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (ISF) حسب خلفية المبحوثة.
- 39 193 الفترة الفاصلة بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح (الولادتين الأخيرتين) حسب خلفية المبحوثة (بالأشهر).
- 40 198 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن وسيلة ما من وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة.
- 41 199 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي

سبق لهن استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة.

- 42 201 تطور معدل استخدام وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات عند إجراء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب الوسيلة المستخدمة خلال الفترة 1986-2002.
- 43 203 نسبة السيدات المتزوجات(ب %) أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و المستوى التعليمي.
- 44 204 نسبة السيدات (ب %) المتزوجات أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة المستعملة و مكان الإقامة.
- 45 206 نسبة السيدات (ب %) المتزوجات أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و منطقة السكن.
- 46 207 نسبة السيدات (ب %) المتزوجات أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و فئات السن.
- 47 209 نسبة السيدات (ب %) المتزوجات أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و عدد الأطفال الأحياء.
- 48 210 توزيع النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة (ب %).
- 49 211 توزيع النساء المتزوجات المستعملات لوسائل منع الحمل حسب سبب اختيار الوسيلة و خلفية المبحوثة (ب %).
- 50 214 التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن استعمال وسائل منع الحمل وغير المستعملات عند إجراء المسح حسب السبب الرئيسي للتوقف عن الاستعمال و مكان الإقامة (ب %).
- 51 215 توزيع النساء المتزوجات عند إجراء المسح اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) و غير المستعملات لوسائل منع الحمل وليس لديهن نية الاستخدام مستقبلا حسب سبب عدم الرغبة في الاستعمال و مكان الإقامة (ب %).
- 52 218 نسبة السيدات (ب %) المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستخدمات لوسائل منع الحمل و ناقشن موضوع تنظيم الأسرة مع أزواجهن حسب خلفية المبحوثة.
- 53 219 توزيع السيدات المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) و غير المستخدمات

- لوسائل منع الحمل حسب موقف الزوج اتجاه استخدام وسائل منع الحمل و حسب خلفية المبحوثة (ب %).
- 54 220 توزيع النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستعملات لوسائل منع الحمل حسب موقفهن و موقف أزواجهن من استخدام وسائل تنظيم الأسرة (ب %).
- 55 221 نسبة النساء (ب %) المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب الحاجة لتنظيم الأسرة و خلفية المبحوثة.
- 56 231 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من أعراض هبوط الرحم وسلس البول حسب خلفية المبحوثة.
- 57 232 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من التهاب في عنق الرحم حسب خلفية المبحوثة.
- 58 233 نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرضن إلى اضطرابات في الدورة الشهرية حسب سن المرأة و نوع الاضطراب
- 59 235 نسبة النساء المتزوجات (ب %) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) و غير الحاملات عند إجراء المسح و غير القادرات على الإنجاب حسب السبب و حسب خلفية المبحوثة سنة 2002.
- 60 236 توزيع السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مشاكل متعلقة بالجهاز الإنجابي و لم تتلقين المشورة حسب مكان الإقامة و السبب (ب %).
- 61 238 توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب المكان المفضل لديهن لتلقي الرعاية الصحية و فئات السن (ب %).
- 62 239 توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب المكان المفضل لديهن لتلقي الرعاية الصحية و عدد المواليد الأحياء(ب %).
- 63 240 نسبة السيدات (ب%) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي صرحن بالعوائق المختلفة للحصول على العلاج الطبي حسب الخصائص العامة للمبحوثة سنة 2002.

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	
54	عناصر الصحة الإنجابية و وسائل تحقيقها.	1
59	مراحل الصحة الإنجابية للمرأة	2
66	محددات الصحة الإنجابية	3
155	توزيع حالات السيدا حسب طرق العدوى سنة 2001 (بـ %).	4
173	نسبة النساء غير العازبات (بـ%) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الوضع لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب رتبة المولود.	5
178	توزيع النساء غير العازبات (بـ%) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم يتلقين رعاية صحية بعد الوضع حسب السبب سنة 2002.	6
186	نسب النساء (بـ%) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي تزوجن مع أحد أقاربهن حسب المستوى التعليمي و مكان الإقامة.	7
202	تطور معدل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل خلال الفترة 1986-2002.	8
205	نسب السيدات المتزوجات (بـ %) أثناء المسح وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة و مكان الإقامة.	9
208	استخدام وسائل منع الحمل حسب فئات السن.	10
213	نسبة النساء (بـ%) المستعملات لوسائل منع الحمل اللواتي عانين من مشكلة ما نتيجة الاستعمال حسب نوع المشكلة.	11

مقدمة

جلبت الجوانب الصحية المتعلقة بالإنجاب انتباه العديد من المهتمين بصحة الإنسان منذ زمن بعيد، وكرست الحكومات جهودا كبيرة للاهتمام بالأم والطفل معا كونهما يمثلان الفئة الأكثر تعرضا للخطر، والتي تستوجب العناية المكثفة لما تواجهه من مخاطر صحية مرتبطة بظروف الحمل والولادة، خاصة في المجتمعات النامية بسبب نقص وتدني الخدمات المقدمة في هذا المجال. ففي بداية الأمر تركزت العناية بهذه الفئة من خلال خدمات الأمومة و الطفولة، ومع التطور والتوسع في مجال الوقاية من عوامل الخطورة التي تكتنفها، توسع هذا المفهوم ليتبنى مفهوم الأمومة الآمنة.

وبعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان و التنمية في القاهرة سنة 1994 برز مفهوم الصحة الإنجابية الذي استحوذ على اهتمام الباحثين في مجال الصحة و السكان. وقد خاطب هذا المفهوم الفرد بهدف تحسين نوعية حياته، كما اعتمد على الاختيار الحر للأزواج في مجال الإنجاب، فأورد برنامج عمل هذا المؤتمر عددا من الحقوق الإنجابية و التي تعتبر من حقوق الإنسان التي يجب على الدول أن تكفلها للأفراد. كما تضمن برنامج عمل المؤتمر جوانب صحية عديدة و بين مدى أهميتها في حياة الإنسان ونمائه و عطاءه، حيث أظهر تأثيرها في جوانب الحياة المختلفة ودورها في التنمية الوطنية.

فمفهوم الصحة الإنجابية ليس مرادفا لتنظيم الأسرة، لكنه مدخل جديد لصحة المرأة، وهو أوسع من تنظيم الأسرة أو الأمومة الآمنة، لهذا أطلق مؤخرا عليه أيضا مدخل دورة الحياة. فهو يشمل كافة جوانب الصحة كالرعاية الصحية قبل الزواج و علاج العقم والوقاية من الإجهاض ومعالجة عواقبه، والوقاية وعلاج الأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وسرطان الثدي و سرطان الجهاز التناسلي و خاصة سرطان عنق الرحم.

والصحة الإنجابية تستهدف شريحة واسعة من المجتمع، فهي لا تخص فقط الأزواج والزوجات في سن الإنجاب، وإنما تتعدى ذلك لتشمل الفتيات و الفتيان في أعمار ما قبل الزواج، حيث للتوعية الصحية أثرا كبيرا على صحتهم خلال فترة حياتهم الإنجابية القادمة، وتشمل كذلك الأطفال الذين سينعمون بصحة جيدة نتيجة صحة أمهاتهم. كما أن خدمات الصحة الإنجابية تؤثر على وضع السيدات في مرحلة ما بعد الإنجاب، فعدم وجود مشكلات مترافقة مع هذه الفترة كفقير الدم،

ب

تتعرض المرأة أوفر صحة وأقل تعرضا للمشاكل التي تنجم عن تغير فيزيولوجية جهازها التناسلي.

فالصحة الإنجابية تخص الفرد و بشكل خاص الفتاة طوال مراحل حياتها، إلا أن مرحلة الإنجاب هي من أهم المراحل التي تتعرض لمخاطر الصحة الإنجابية. فالمرأة الحامل المعتلة الصحة تكون ضعيفة الجسم ومعرضة لأخطار متعددة تهدد صحتها وصحة جنينها، والمصابة بأحد الأمراض المنتقلة جنسيا تكون معرضة للإصابة بالعقم و اضطرابات صحية أخرى، كما أن الانتان النفساني الذي يحدث للسيدة التي ولدت حديثا و تنقصها الرعاية الصحية، قد يهدد حياتها أو يترك أثارا بالغة السوء على صحتها. وقد تتعرض المرأة غير المستعملة لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة لحمل لا ترغب فيه مما يؤدي بها إلى البحث عن طرق لإنهائه، وقد تؤدي بنفسها إلى الهلاك وبأسرتها إلى الشقاء. ويمكن تجنب هذه المخاطر عن طريق توعية الأمهات بكافة الموضوعات المرتبطة بصحتهن الإنجابية و التي على ضوءها تتكون لديهن اتجاهات وسلوكات إيجابية نحوها.

شمل موضوع الصحة الإنجابية للأمهات في الجزائر على ثمانية فصول أساسية. خصص الفصل الأول إلى إطار البحث المنهجي، وفيه نتطرق إلى تحديد إشكالية وفرضيات الدراسة والأهداف التي نريد التوصل إليها والمناهج المستخدمة ومجال الدراسة وتقديم مصادر المعطيات المستخدمة و الدراسات السابقة وتحديد المفاهيم العامة وصعوبات الدراسة.

ونتطرق في الفصل الثاني إلى ماهية الصحة الإنجابية، وفيه نقدم تعريف الصحة الإنجابية وأهدافها ونحدد مشاكل و عناصر ومؤشرات الصحة الإنجابية ومراحلها ومحدداتها. و نتناول في الفصل الثالث حقوق المرأة الإنجابية والتزامات الدول بتحقيقها وحمايتها من جهة وخدمات الصحة الإنجابية كخدمات الأمومة الآمنة، تنظيم الولادات، الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا، علاج العقم والإجهاض والكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي عند المرأة من جهة أخرى.

ونتناول في الفصل الرابع سياسات وبرامج الصحة الإنجابية في الجزائر، وفيه نتعرض إلى دراسة مراحل النظام الصحي في الجزائر وتطور الهياكل الصحية القاعدية والإطارات الطبية وتحديد الهياكل المكلفة بالصحة الإنجابية. وندرس في الفصل الخامس أهم الأمراض المنتقلة جنسيا و طرق الوقاية منها وتطور مرض الإيدز في الجزائر. و نتعرض في الفصل السادس إلى دراسة رعاية الأمهات صحيا، و فيه نتناول مستوى الرعاية الصحية و عناصرها و نحدد المضاعفات الصحية المتعلقة بالإنجاب و العوامل المؤثرة على صحة الأمهات.

ج

و نتطرق في الفصل السابع إلى دراسة استعمال وسائل تنظيم الولادات، و فيه نحدد مستوى المعرفة بأساليب و أنواع وسائل منع الحمل و معدل استخدامها و تحديد مصادر الحصول عليها وكيفية اختيارها، والكشف عن أسباب عدم الاستعمال والحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الولادات. و نتناول في الفصل الثامن و الأخير، المشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب وأمراض الجهاز الإنجابي.

الفصل 1

الإطار المنهجي للدراسة

1.1. الإشكالية

الصحة حق من الحقوق الأساسية للإنسان، و الرعاية الصحية وسيلة في حماية هذا الحق، ولذا يجب توفيرها للفرد بدون أية معوقات اجتماعية و اقتصادية أو تمييز ثقافي أو اجتماعي. والصحة بمفهومها الإيجابي ركن رئيسي من أركان التنمية البشرية، إنها عملية توسيع نطاق الخيارات المتاحة أمام الإنسان، و هي أن يعيش الإنسان حياة طويلة خالية من العلل و المرض والعجز. و هكذا نجد أن الأمن الصحي من الدعامات الأساسية في الأمن البشري الذي يعتبر شرطا رئيسيا لتحقيق التنمية البشرية.

تمثل صحة الأسرة حجر الأساس في صحة المجتمع و أفراده، فهي صحة كل فرد فيها، والحالة الصحية لأي فرد ومدى استجابته للمرض يؤثران في صحة بقية أفرادها الجسمية و النفسية. لذا فإن الاهتمام بصحة الأسرة وتعزيز دورها بالتوعية و الخدمات الصحية مسؤولة اجتماعية هامة، وفي هذا المجال تأتي أهمية الصحة الإنجابية الذي يكتنفها الكثير من الغموض و نقص في البيانات.

اتسمت المعلومات و الوثائق المتوفرة قبل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد في القاهرة عام 1994 بوصف الصحة الإنجابية من حيث برامج تنظيم الأسرة و الأمومة الآمنة. فمعظم المؤشرات المستخدمة كانت منحصرة في تقدير مستوى معرفة و استخدام وسائل منع الحمل ومصادر الحصول عليها، معدل وفيات الأمهات، نسبة استخدام خدمات رعاية الأمومة، معدلات الولادات الآمنة، معدلات التحصين ضد التيتانوس و الرعاية أثناء فترة النفاس. فمفهوم الصحة الإنجابية في هذه الفترة انحصر في توفير خدمات الأمومة و الطفولة وتنظيم الأسرة. و بعد مؤتمر القاهرة 1994، اتسع هذا المفهوم حيث شمل كل المعلومات و الخدمات المقدمة للأزواج في مختلف مراحل العمر، بما في ذلك مرحلة ما بعد الإنجاب، و أصبح يعني قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية وآمنة، القدرة على الإنجاب، حرية تقرير الإنجاب و مواعده، الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل، الولادة و فترة النفاس.

و هكذا تغير مفهوم الصحة الإيجابية في مختلف الدول نظرا للدعم الذي قدم في هذا المجال على الصعيد الدولي، إذ تم تبنى السياسات التي تدعو إلى توسيع نطاق المعلومات و الخدمات المقدمة، خاصة في الدول التي تعرف مستويات مرتفعة لمعدلات وفيات الأمهات نتيجة لارتفاع مستويات الإنجاب و فقر في الخدمات الصحية.

و الجزائر كغيرها من البلدان الأخرى أولت اهتماما كبيرا بقضايا الصحة الإيجابية، وحققت تقدما ملحوظا خلال العقد الأخيرين في توفير الرعاية الصحية للأمهات و وسائل تنظيم الأسرة، وأدى ذلك إلى انخفاض معدلات وفيات الأمهات و ارتفاع مستوى استخدام وسائل منع الحمل، و لكن بنسب متفاوتة بين المناطق الريفية و الحضرية.

ففي سنة 1992، قدر المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (1992) معدل وفيات الأمهات بـ 215 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، وتباينت هذه النسبة باختلاف مكان الإقامة حيث بلغت 202 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية فلي الحضر مقابل 224 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية في الريف [1]ص251. و انخفض هذا المعدل إلى 117.4 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية حسب معطيات المسح الوطني حول وفيات الأمومة سنة 1999، و تراوح هذا المعدل بين 23.4 و 239 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية بين مختلف ولايات التراب الوطني. و بينت معطيات نفس المسح بأن 66.4% من هذه الوفيات حدثت خلال 42 يوما التالية للولادة (فترة النفاس) و 17.5% خلال الحمل و 10.6% خلال الولادة و 5.5% خلال 42 يوما التالية للإجهاض [2]ص18. و رغم هذا الانخفاض يبقى هذا المعدل مرتفعا مقارنة مع الدول المتقدمة حيث سجلت معدلاتها 10 وفيات لكل مائة ألف ولادة حية خلال نفس السنة.

وفي مجال تنظيم الأسرة، عرفت الجزائر انتشارا واسعا في استخدام وسائل منع الحمل، فبعد أن كان معدل استعمال هذه الوسائل 35.5% سنة 1986 ارتفع إلى 50.7% سنة 1992 ثم إلى 57% سنة 2002 [2]ص24. و تفاوتت نسب الاستخدام تبعا لاختلاف مكان الإقامة، فالفارق في هذا المعدل بين الريف و الحضر قدر بـ 13.4 نقاط (57.5% في الحضر مقابل 44.1% في الريف) سنة 1992، ثم انخفض إلى 4.6 نقاط (59% في الحضر مقابل 54.4% في الريف) سنة 2002 [2]ص19.

أما فيما يخص مستوى تلقي الرعاية الصحية، بينت معطيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 أن 19.3% من النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) لم يتابعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، و بلغت هذه النسبة 27.6% بين النساء المقيمات في الريف و 12.4% بين النساء المقيمات في الحضر [1]ص78. و تجدر الإشارة إلى أن

الرعاية الصحية بعد الوضع لا تزال ضعيفة خاصة في المناطق الريفية، فنسبة النساء اللواتي لم تستفدن من أية رعاية بعد الولادة بلغت 74.3% في الريف مقابل 66.3% في الحضر [1] ص 89. كما أن نسبة الوضع خارج المؤسسات الصحية مرتفعة نسبياً، حيث بلغت 14.9% بين النساء المقيمت في المناطق الريفية و 4.4% فقط بين النساء المقيمت في المناطق الحضرية حسب معطيات نفس المسح [1] ص 85.

إن النسب الواردة تدل على التحسن في مضامين الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية التي اعتمدها الدولة، لكنها مازالت مرتفعة نسبياً (وفيات الأمهات) مقارنة مع تلك المسجلة في الدول المتقدمة خاصة في المناطق الريفية، كما أن التباين في قيمة المؤشرات الصحية المذكورة بين المناطق الحضرية والريفية لازال واسعاً.

و بناء على هذه الملاحظات يمكننا طرح التساؤل التالي:

ما هي العوامل المحددة للرعاية الصحية الإنجابية للأمهات في الجزائر؟.

و يتفرع عن هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات و هي:

- هل لجوء المرأة إلى المراكز الصحية لطلب الرعاية الصحية الإنجابية يرجع إلى وعيها بأهمية هذه الرعاية أو مرتبط بحالتها الصحية؟.
- هل مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية مرتبط بالمستوى التعليمي للمرأة؟.
- هل تؤثر التكلفة الاقتصادية للوسيلة أو الخدمة الصحية على مستوى تلقي الأمهات للرعاية الصحية الإنجابية؟.

2.1. فرضيات الدراسة

للإجابة عن هذه التساؤلات نقوم بصياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الرئيسية:

التحسن المسجل في مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية خلال الفترة 1992- 2002 يرجع إلى عوامل عديدة. تمثل وفرة الوسائل و الخدمات الصحية المقدمة أهم العوامل المؤثرة.

الفرضيات الجزئية:

- * لجوء المرأة إلى المراكز الصحية لطلب الرعاية الصحية الإنجابية مرتبط بظروفها الصحية.
- * مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية لا يرتبط بالمستوى التعليمي للمرأة.
- * يرتبط مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية من قبل الأمهات بالتكلفة الاقتصادية للوسيلة أو الخدمة الصحية المقدمة لهن.

3.1. أهمية الدراسة و مبرراتها

في سياق الاهتمام بالمرأة و الاتجاه نحو تفعيل مشاركتها في المجال العام و إدماجها في التنمية، خاصة مع بروز قضايا تنموية هامة تتطلب ضرورة تواجد المرأة في مختلف مجالاتها كقضايا الصحة الإنجابية. و لوضع خطط و سياسات داعمة لقضايا المرأة، لابد من بيانات و معلومات دقيقة مستمدة من واقع حياتها. من هنا تأتي أهمية هذه الدراسة العلمية بكونها تقدم معطيات عن احتياجات المرأة و قضاياها اتجاه الصحة الإنجابية، حتى يمكن الاستفادة منها في خطط التنمية، أي إدماج قضايا المرأة في السياسات العامة و البرامج التنموية باعتبارها مكون أساسي لتلك السياسات و البرامج، و وفقا للحقيقة السوسولوجية التي تشير إلى أن تنمية الأفراد يتطلب أولا معرفة واقع حياة الأفراد. و هنا تبرز المبررات المنهجية التي تعكس أهمية هذه الدراسة و هي:

- مبررات علمية تستخدم مناهج و مفاهيم حديثة في تحليل واقع المرأة، خاصة مع تزايد الاهتمام المحلي و العالمي بدمج المرأة في مجال برامج التنمية الشاملة و خاصة التنمية المحلية.
- مبررات عملية ترتبط بأهمية جمع البيانات و المعلومات الواقعية عن المرأة و احتياجها في مجالات الصحة الإنجابية، حتى يمكن وضع برامج و خطط و سياسات داعمة و هادفة، و هو أمر بالغ الأهمية ذلك لأنه لا يمكن وضع الخطط و البرامج العامة أو الخاصة بالمرأة دون معرفة واقعية بأوضاعها و احتياجاتها.

4.1. أهداف الدراسة

نريد من خلال هذه الدراسة التوصل إلى الأهداف التالية:

1. معرفة مدى وعي المرأة و اهتمامها بقضايا الصحة الإنجابية و المشاكل التي تواجهها.
2. التعرف على جوانب الصحة الإنجابية للأمهات و اتجاهاتها.
3. دراسة مستويات الرعاية الصحية للمرأة و علاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديمغرافية.
4. تحديد العوامل المحددة للصحة الإنجابية للأمهات.
5. الكشف عن الأمراض المتعلقة بالإنجاب التي تعاني منها الأمهات.

5.1. المناهج المستخدمة

تم استخدام ثلاث مناهج في الدراسة و هي: المنهج الإحصائي، المنهج الوصفي التحليلي و المنهج الاستنباطي. و ذلك لأن موضوع البحث لا يمكن دراسته وفق رؤية وصفية فقط، أو رؤية اختزالية تهمل المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية، بل يتطلب رؤية منهجية شاملة و قدرة تحليلية تكشف عن مجمل العلاقات و المحددات المؤثرة سلبا و إيجابا على أوضاع المرأة الصحية.

1.5.1. المنهج الإحصائي: و يتمثل في تطبيق المعادلات الرياضية على الظواهر المدروسة، و هو بذلك يعكس نتائج البحث العلمي في صورة رياضية بالأرقام البيانية أي بصورة كمية و من ثم تسهيل المقارنة. كما يهتم هذا المنهج بالعرض الإحصائي عن طريق الجداول، و ينقسم هذا العرض إلى عرض جدولي بسيط الذي يبين النسب و التكرارات و عرض جدولي مركب الذي يبرز مدى أهمية التغيرات في ضوء الفرضيات المطروحة.

استخدمنا هذا المنهج قصد الوصول إلى نتائج علمية من خلال التعامل مع معطيات مفصلة ونسب ذات دلالة إحصائية حتى نقرب من الموضوعية و الدقة.

2.5.1. المنهج الوصفي التحليلي: و هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة زمنية معلومة، و ذلك من أجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها و تحليلها بطريقة موضوعية و بما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. نريد من خلال هذا المنهج تقديم رؤية شاملة تعكس مجمل الأبعاد و المتغيرات التي ترتبط بأوضاع المرأة الصحية.

استخدمت في هذه الدراسة طريقتين للتحليل و هما:

- طريقة التحليل الكيفي و تمثلت في وصف و تحليل الظاهرة المدروسة و تشخيصها.
- طريقة التحليل الكمي و فيها تم الاعتماد على بعض الأساليب الإحصائية كالنسب و المعدلات.

3.5.1. المنهج الاستنباطي: و هو عملية استخلاص منطقي بمقتضاها ينتقل الباحث من العام إلى الخاص، حيث يبدأ بوضع مقدمات عامة ينزل منها متدرجا إلى عناصر تدرج تحت هذه المقدمات. ولهذا فالنتيجة التي يتوصل إليها الباحث تكون متضمنة في المقدمة، و بالتالي تعتبر نتائج الاستنباط أخص من مقدماته. و يتلخص معيار صدق النتائج في مدى اتساق نتائجها منطقيا مع مقدماته، و يطلق أحيانا على هذه الطريقة طريقة القياس.

اعتمدت هذه الدراسة على المناهج الثلاثة المذكورة، و ذلك لأن المنهج الإحصائي بمفرده لا يصلح أن يكون فاعلا في فهم الواقع الاجتماعي و تفسيره بل يقدم رؤية اختزالية. و لذلك فالتحليل النوعي وفق المنظور السوسولوجي، يوضح أنماط العلاقات و التفاعلات و الآراء و الاتجاهات الثقافية التي تشكل أهمية كبيرة في معرفة أوضاع المرأة الصحية. فقضية المرأة بطبيعتها تنتمي إلى الحقل السوسولوجي بمعناه العام، و هي متعددة الأبعاد و تتصف بالتعقيد و العمق، و من هنا لا بد أن نقدم وصفا و تفسيرا و تحليلا شاملا لاحتياجات المرأة الصحية في إطار تحليل كلي للمجتمع التي تعيش في إطاره.

6.1. مجال الدراسة

6.1.1. المجال الجغرافي

مس المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل (1992) و المسح الجزائري لصحة الأسرة (2002) أربعة مناطق جغرافية و هي: الشرق، الغرب، الوسط و الجنوب.

وفي مسح 2002 تم تقسيم المناطق الجغرافية الأربعة إلى 17 منطقة جغرافية جزئية، وذلك قصد الحصول على معلومات مفصلة، و توزعت هذه المناطق كما يلي: خمسة مناطق في الوسط وخمسة في الشرق و أربعة في الغرب و ثلاثة في الجنوب كما هو مبين في الجدول رقم 1.

جدول رقم 01: التقسيم الجغرافي للمناطق التي شملها مسح صحة الأسرة لسنة 2002.

منطقة السكن	رمز المنطقة الجزئية	الولايات التابعة لكل منطقة جزئية
الوسط	11	الجزائر
	12	بجاية، تيزي وزو، بومرداس
	13	البويرة، المدية، عين الدفلة، برج بوعريبيج
	14	البليدة، تيبازة
	15	الجلفة
الشرق	21	قسنطينة، عنابة
	22	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميلة
	23	قالمة، الطارف، سوق اهراس
	24	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة
	25	المسيلة
الغرب	31	تلمسان، سيدي بلعباس
	32	وهران، عين تموشنت
	33	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت
	34	الشلف، مستغانم، غليزان
الجنوب	41	بشار، ورقلة، البيض، النعامة، غرداية
	42	الأغواط، بسكرة، الواد
	43	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف

تم هذا التقسيم وفق أربعة مؤشرات أخذت من إحصائيات التعدادات و المسوح و هي: المؤشر التركيبي للخصوبة العامة، الأمية، الاتصال بشبكة تصريف المياه و نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق المشتتة. و تم اختيار هذه المؤشرات كونها ترتبط بشكل كبير مع الظواهر المدروسة من جهة، و متوفرة على مستوى كل ولاية من جهة أخرى.

2.6.1. المجال الزمني

تمت هذه الدراسة على معطيات المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل الذي أنجز سنة 1992 و معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002. و هذين المسحين لهما أثر رجعي بخمسة سنوات (5 سنوات السابقة لكل مسح).

و يجب الإشارة إلى أن هذه الدراسة لم تشمل الفترة التي تلت سنة 2002 بسبب غياب المعطيات، و ذلك لأنه لم ينجز أي مسح بعد هذا التاريخ يخدم موضوع الدراسة.

7.1. مصادر المعطيات المستعملة

إن المسوح الصحية و الديموغرافية التي تقوم بها جامعة الدول العربية، على غاية من الأهمية لسد ثغرات النقص في المعلومات الضرورية لرسم سياسات صحية ملائمة. و من بين المسوح التي شكلت قاعدة أساسية من البيانات المتعلقة بصحة الأم و الطفل في الجزائر، نذكر المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل لسنة 1992 و المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.

1.7.1. المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل (1992)

يعد المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل لسنة 1992، واحد من الاهتمامات الوطنية المتنامية في مجال السعي نحو بناء قاعدة معلوماتية متكاملة عن صحة الأسرة بصفة عامة و صحة الأم و الطفل بصفة خاصة. و ذلك قصد تطوير الأوضاع الاجتماعية و الديمغرافية و البيئية و الصحية للأسرة و تشخيصها، و يعتبر أول مسح خاص بصحة الطفل و الأم أجري في الجزائر.

تم تنفيذ المسح من طرف الديوان الوطني للإحصاء و وزارة الصحة و السكان و بالتعاون مع المشروع العربي للنهوض بالطفولة التابع لجامعة الدول العربية و برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية و صندوق الأمم المتحدة للسكان و منظمة اليونسيف، و كان ضمن مسوح مماثلة أجريت في أقطار عربية أخرى كتونس و المغرب و سوريا و غيرها.

تم إجراء المسح على عينة ممثلة شملت 6694 أسرة منها 53.1% في الوسط الحضري، و تضمنت 5881 امرأة مؤهلة (متزوجة أو سبق لها أن تزوجت و عمرها دون 55 سنة) و 5288

طفلا مؤهلا (أطفال تقل أعمارهم عن 5 سنوات)، و استخدمت في سحب العينة بيانات التعداد العام للسكان لسنة 1987، حيث تم تقسيم المجتمع إلى أربع مقاطعات و هي:

- 1- المدن التي يزيد عدد سكانها عن مائة ألف نسمة.
- 2- المدن التي يتراوح عدد سكانها ما بين خمسون ألف نسمة و مائة ألف نسمة.
- 3- التجمعات الحضرية الأخرى.
- 4- المناطق الريفية.

تم تقسيم استمارة المسح إلى خمسة استبيانات متعددة الأغراض و هي:

- استبيان خصائص المسكن، و فيه تم التركيز على الظروف السكنية للأسرة من حيث نوع المسكن، نوع المرحاض، مياه الشرب و مصادرها، الإنارة، طرق التخلص من القمامة و الفضلات و غيرها.

- استبيان الأسرة المعيشية، و اشتمل على معلومات عن خصائص أفراد الأسرة المعيشية من حيث السن، الحالة الاجتماعية و التعليمية، الحالة الزوجية، النشاط الاقتصادي، بيانات عن الخصوبة و وفيات الأطفال و غيرها.

- استبيان صحة الأم و الطفل، و تضمن بيانات عن الزواج، الرعاية الصحية للأمهات، تغذية الأطفال، أسباب وفيات الأطفال و تنظيم الأسرة.

- استبيان صحة الطفل، و اشتمل على الإسهال، أمراض الجهاز التنفسي، الحوادث و آثارها، التطعيم، الوزن، الطول و غيرها.

- استبيان خصائص المجتمع المحلي، و اشتمل على بيانات عامة تعريفية، بيانات عن الخدمات العامة و خدمات رعاية الأمومة و الطفولة و تنظيم الأسرة.

شملت استمارة المسح أسئلة عديدة حول رعاية المرأة الحامل و المتابعة إلا أنها لم تتضمن بعض الجوانب الاجتماعية ذات العلاقة نذكر مثلا:

* التركيز على دور الأسرة في رعاية المرأة الحامل و دور الزوج في المساعدة و التخفيف من أعباء المرأة الأسرية.

* نوع الرعاية الأسرية المقدمة لها إن وجدت.

* التركيز على الحالة الغذائية، فمثلا نتساءل هل الوجبات المقدمة للمرأة الحامل تختلف عن تلك المقدمة لباقي أفراد الأسرة.

* البحث عن وجود ممارسات صحية تقليدية تعكس عدم وعي المرأة، كعدم الإكثار من الأكل خوفا من ولادة طفل كبير الحجم.

* المسح لم يتضمن أسئلة تبين ما إذا كانت السيدات المستخدمات لوسائل منع الحمل عند إجراء المسح، قد حصلن على معلومات كافية من مقدمي الخدمة يستطعن بها اختيار الوسيلة.

استكملت الاستبيانات عند 91.7% من الأسر (88.7% في الوسط الحضري و 95.1% في الوسط الريفي)، و بلغت نسبة الاستبيانات المستكملة 94% بالنسبة لاستمارة صحة الأم و 96% بالنسبة لاستمارة صحة الطفل.

2.7.1. المسح الجزائري لصحة الأسرة (2002)

يندرج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، في إطار استمرارية المشروع العربي حول صحة الأم و الطفل الذي بادرت به جامعة الدول العربية. تم تنفيذه من قبل الديوان الوطني للإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، حيث تم تنصيب لجنة فنية لإنجازه و لجنة استشارية تمثل كافة الوزارات و الإدارات المعنية بهدف تلبية حاجيات المسح. تتلخص أهداف هذا المسح في النقاط الرئيسية التالية:

- المساهمة في تحسين وتعزيز البرامج الصحية، خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، و هذا من خلال تحديث و إثراء قاعدة البيانات المتوفرة.
 - تزويد رسمي السياسات و مخططي البرامج والباحثين، بقاعدة معلومات متكاملة في المجالات الديموغرافية والاجتماعية و صحة الأسرة للمساعدة في رسم السياسات الصحية و وضع الخطط والبرامج التنموية.
 - معرفة الوضع الصحي للأسرة ومقارنته بغيره في مختلف البلدان العربية التي مسها المشروع العربي لصحة الأسرة، و تقييم الجهود الواجب بذلها في مجال صحة السكان.
- تم تنفيذ المسح في أربعة مناطق جغرافية و هي الشرق، الغرب، الوسط و الجنوب، و تمت مقابلة 19233 أسرة على المستوى الوطني (11536 أسرة في الوسط الريفي و 7697 أسرة في الوسط الحضري)، و قدرت نسبة الإجابة الإجمالية بـ 93.5% (94.5% في الوسط الريفي و 92.8% في الوسط الحضري).

شملت عينة المسح 7399 امرأة غير عازبة وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة)، تقيم 4303 في المناطق الحضرية و 3096 في المناطق الريفية، وتضمنت 1642 امرأة عمرها بين 50 و 59 سنة و 3958 مسنا (60 سنة فأكثر) و 3268 شابا عازبا يقع عمرهم بين 15- 29 سنة. وبلغت نسبة الاستيفاء 97.4% (97.2% في الوسط الريفي و 97.6% في الوسط الحضري)

تم تقسيم استمارة المسح إلى خمسة استبيانات متعددة الأغراض و هي:

- استبيان خصائص المسكن، و فيه تم التركيز على الظروف السكنية للأسرة من حيث نوع المسكن، نوع المراض، مياه الشرب و مصادرها، الإنارة، طرق التخلص من القمامة و الفضلات و غيرها.

- استبيان الأسرة المعيشية، و اشتمل على معلومات عن خصائص أفراد الأسرة المعيشية من حيث السن، الحالة الاجتماعية والتعليمية، الحالة الزوجية، النشاط الاقتصادي و المهنة و بعض البيانات عن الخصوبة و وفيات الأطفال و غيرها.
- استبيان الصحة الإنجابية و مرحلة ما بعد الإنجاب (15-59 سنة)، و تضمن صحة الأم و الطفل، الزواج، الحمل و الولادة، رعاية الحمل الحالي، رعاية الأمهات، تغذية الأطفال، أسباب وفيات الأطفال و تنظيم الأسرة.
- استبيان الرعاية الصحية و الاجتماعية لكبار السن أي 60 سنة فأكثر.
- استبيان الشباب 15-29 سنة غير المتزوجين.

تضمنت استمارة المسح أسئلة عديدة حول الصحة الإنجابية إلا أنها لم تتطرق إلى بعض الجوانب الاجتماعية ذات العلاقة كدور الأسرة في رعاية المرأة الصحية و غيرها من النقاط الأخرى التي تم ذكرها سابقا (نفس نقائص مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992).

8.1. عينة الدراسة و خصائصها

1.8.1. حجم العينة

تقوم هذه الدراسة على فئة النساء غير العازبات (النساء المتزوجات أو النساء اللواتي سبق لهن الزواج) اللواتي في سن الإنجاب (15-49 سنة)، و ذلك لأن هذه الفئة من النساء هي المعنية بعملية الإنجاب.

شملت عينة مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992 على 5024 امرأة غير عازبة و في سن الإنجاب (15-49 سنة)، و تم مسح صحة الأسرة لسنة 2002 على عينة شملت 7399 امرأة غير عازبة و في سن الإنجاب (15-49 سنة).

2.8.1. الخصائص العامة للعينة

2.8.1.1. التركيبة العمرية

يوضح الجدول رقم 2 التركيبة العمرية للمبحوثات (النساء غير العازبات و في سن الإنجاب 15- 49 سنة) اللواتي شملتهن عينة مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992 و عينة مسح صحة الأسرة لسنة 2002.

جدول رقم 02 : توزيع المبحوثات حسب فئات السن (ب%).

فئات السن								سنة المسح
المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
100	10.8	16.2	19.6	20.4	20.4	11.0	1.6	1992
100	17.1	18.6	22.5	19.4	14.3	7.1	0.9	2002
المسح الوطني لصحة الأسرة 2002.								المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992.

تشير معطيات الجدول إلى أن 64.4% من المبحوثات اللواتي شملتهن عينة الدراسة في مسح 1992 تنتمي إلى فئة السن 25-39، و 27% تقع أعمارهن في فئة السن 40-49 سنة، في حين لم تتجاوز نسبة المبحوثات اللواتي تنتمي أعمارهن إلى فئة العمر 15-24 سنة عن 12.6%. بلغت هذه النسب 56.2%، 35.7% و 8% على التوالي في مسح 2002.

يتضح من هذه البيانات أن نسب النساء في فئات السن الصغرى (15-19 سنة و 20-24 سنة) ضعيفة خاصة في مسح صحة الأسرة لسنة 2002، ويرتبط ذلك بواقع المجتمع الجزائري الذي عرف تراجعاً في سن الزواج للمرأة (أنظر معطيات الجدول رقم 1 في الملحق رقم 2). وهذا الأخير له دلالاته في ارتباطاته بالمستويات التعليمية و الثقافية و حجم و نوع المشاركة الاقتصادية في المجال العام، و مدى علاقته بمكانة و دور المرأة داخل المجال الخاص (الأسرة).

2.2.8.1. الخصائص التعليمية

تشير معطيات الجدول رقم 3 الذي يتناول توزيع المبحوثات حسب مستواهن التعليمي بأن 55.7% من إجمالي النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي شملهن مسح 1992 أميات و 23.4% تعرفن القراءة و الكتابة و 7.8% حصلن على مستوى ابتدائي و 7.2% لهن مستوى متوسط و 5.8% حصلن على مستوى ثانوي و أعلى.

و في مسح 2002، بلغت نسبة النساء الأميات اللواتي شملتهن عينة الدراسة 45.5% و 16.3% تعرفن القراءة والكتابة، وحصلت 20.6% على مستوى ابتدائي و 14.4% على مستوى متوسط و لم تتجاوز نسبة اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى 3.1%.

جدول رقم 3: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي (ب%).

سنة المسح	المستوى التعليمي				
	أمي	تقرأ وتكتب	ابتدائي	متوسط	ثانوي و أعلى
1992	55.7	23.4	7.8	7.2	5.9
2002	45.5	16.3	20.6	14.4	3.1

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992. المسح الوطني لصحة الأسرة 2002.

عند المقارنة بين عينتي المسحين، نلاحظ بأن نسبة النساء الأميات والنساء اللواتي تعرفن القراءة والكتابة التي شملتها عينة مسح 1992 تفوق النسبة المسجلة في مسح 2002، و العكس بالنسبة للنساء اللواتي حصلن على مستوى ابتدائي أو متوسط.

يتضح من خلال هذه البيانات ارتفاع نسبة الأمية بين المبحوثات خاصة في مسح 1992، والجدير بالذكر أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على كثير من نشاطاتها و أدوارها و أوضاعها داخل الأسرة وخارجها. كما أن استمرار أمية المرأة يقلل من عملية إدماجها في مجالات التنمية الشاملة، إضافة إلى ذلك فإن المرأة الأمية تتزوج في سن مبكر مقارنة مع المرأة المتعلمة، فالعلاقة بين تأخر سن الزواج للمرأة و تعليمها علاقة طردية.

3.2.8.1 عدد الأطفال الأحياء

يتضح من خلال معطيات الجدول رقم 4 بأن 52.4% من النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي شملتهن عينة الدراسة في مسح 1992 يقل عدد مواليدهن الأحياء عن 5 مواليد، و بلغت هذه النسبة 63.4% في مسح 2002، أما نسبة النساء اللواتي أنجبن 5 مواليد أحياء أو أكثر بلغت 47.4% سنة 1992 و 36.6% سنة 2002.

جدول رقم 04: توزيع المبحوثات حسب عدد المواليد الحياء (ب%).

سنة المسح	عدد المواليد الأحياء				
	0	1-2	3-4	5-6	+7
1992	7.2	23.6	21.6	19.6	27.8
2002	9.2	25.9	28.3	19.3	17.3

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992. المسح الوطني لصحة الأسرة 2002.

نلاحظ من خلال المقارنة بين بيانات التحقيين التراجع الحاصل في نسبة النساء اللواتي أنجبن 7 مواليد أحياء و أكثر (27.8% سنة 1992 مقابل 17.3% سنة 2002) و الارتفاع في

نسبة النساء اللواتي أنجبن أقل من 5 مواليد أحياء خلال الفترة 1992-2002. و هذا يبين التغيير الحاصل في السلوك الإنجابي لدى المرأة الجزائرية حيث أصبحت ترغب في عدد أطفال أقل.

4.2.8.1. مكان الإقامة

تبين معطيات الجدول رقم 5 توزيع المبحوثات حسب مكان إقامتهن، فالعينة التي شملها المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992 توزعت تقريبا بالتساوي بين الريف و الحضر، حيث أن 50.2% من المبحوثات يقمن في الحضر و 49.8% يقمن في الريف. و في سنة 2002 سجلنا تباينا كبيرا في توزيع العينة الخاصة بمسح صحة الأسرة حيث أن 41.9% من المبحوثات يقطن في الريف و 58.1% يقطن في الحضر.

جدول رقم 05: توزيع المبحوثات حسب مكان الإقامة (ب%).

مكان الإقامة			سنة المسح
المجموع	ريف	حضر	
100	49.8	50.2	1992
100	41.9	58.1	2002
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992. المسح الوطني لصحة الأسرة 2002.			

إن مجمل الخصائص التعليمية و الديموغرافية و الاجتماعية للمرأة تعبر عن واقع الأسرة والمجتمع عامة، أي الوسط المجتمعي بكل محدداته الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية و تأثيراتها السلبية و الإيجابية على أوضاع و مكانة و أدوار المرأة داخل الأسرة و خارجها. و بشكل عام يمكن القول أن الجداول السابقة تعبر عن أهم الخصائص العامة للمبحوثات، وتكمن أهمية تلك الخصائص في تحديد الخلفية العامة أو السياق العام المحدد لوعي المرأة اتجاه الصحة الإنجابية ذلك أنه لا يمكننا تحليل أدوار المرأة و أوضاعها و نشاطاتها، دون معرفة خصائصها الذاتية والموضوعية.

9.1. متغيرات الدراسة

9.1.1. المتغيرات المستقلة

يعرض الجدول رقم 6 المتغيرات المستقلة المستخدمة في الدراسة والتي بلغ عددها 7 متغيرات، تؤثر هذه المتغيرات على مستوى المعرفة والانتفاع من خدمات الصحة الإنجابية.

جدول رقم 06: المتغيرات المستقلة المستخدمة في الدراسة.

المتغيرات المستقلة	
1- المستوى التعليمي	4- عمر المرأة عند الولادة
- أمية	أقل من 20 سنة
- تعرف القراءة والكتابة	20- 34
- ابتدائي	35- 49
- متوسط أو إعدادي	5- ترتيب المولود
- ثانوي وأعلى	أول ولادة
2- فئات السن	2-3
15- 19	4-5
20- 24	6 وأكثر
25- 29	6- عدد المواليد الأحياء
30- 34	بدون أطفال
35- 39	1- 2
40- 44	3- 5
45- 49	6 و أكثر
3- مكان الإقامة	7- منطقة السكن
- ريف	- الوسط - الشرق
- حضر	- الغرب - الجنوب

سنقوم بتوظيف جميع هذه المتغيرات في التحليل مع كل المتغيرات التابعة سواء الخاصة بالمعرفة أو الممارسة.

2.9.1. المتغيرات التابعة

و هي المتغيرات الخاصة بالمعرفة أو الانتفاع من خدمات الصحة الإنجابية المختارة في الدراسة و عددها 12 متغيراً، و الجدول رقم 7 يبين بوضوح هذه المتغيرات.

جدول رقم 07: توصيف المتغيرات التابعة المستخدمة في الدراسة.

المتغير	توصيف المتغير
* في مجال المعرفة	
1- المعرفة بتنظيم السرة	- تعرف - لا تعرف
2- المعرفة بمرض الزهري	- تعرف - لا تعرف
3- المعرفة بمرض السيلان	- تعرف - لا تعرف
4- المعرفة بمرض الإيدز	- تعرف - لا تعرف
* في مجال الممارسة	
1- الرعاية الصحية أثناء الحمل	- تلقت رعاية - لم تتلق رعاية
2- الرعاية الصحية عند الوضع	- تلقت رعاية - لم تتلق رعاية
3- الرعاية الصحية بعد الوضع	- تلقت رعاية - لم تتلق رعاية
4- التطعيم ضد التيتانوس	- نعم - لا
5- زواج الأقارب	- وجود صلة - عدم وجود صلة
6- الاستخدام السابق لوسائل منع الحمل	- نعم - لا
7- الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل	- نعم - لا
8- الاستخدام المستقبلي لوسائل منع الحمل	- نعم - لا

صنفت المتغيرات التابعة إلى صنفين:

- متغيرات خاصة بمستوى المعرفة بوسائل منع الحمل وبالأمراض المتنقلة جنسيا كمرض الزهري والسيلان والإيدز.
- متغيرات خاصة بمستوى الممارسة و تشمل الرعاية الصحية، التطعيم ضد التيتانوس، زواج الأقارب، استخدام وسائل منع الحمل وغيرها.

10.1. تحديد المصطلحات

10.1.1. الإنجاب

الإنجاب هو وظيفة فطرية أوجدها الله في كل الكائنات الحية ووسيلة لحفظ النوع و استمراره في الحياة. يرتبط الإنجاب عند الإنسان بالكثير من الدلالات العاطفية و النفسية و الاجتماعية، و بقدر ما هو غريزة فقط عند الكائنات الحية الأخرى، فإن الإنسان يتميز فيه و هو أنه يملك نوعا من الإرادة و القدرة على التحكم في ممارسته حتى لا يصبح غريزة بدون ضوابط.

تحدث في مرحلة العمر المناسبة و نضوج الجسم و الأعضاء التناسلية لدى الرجل و المرأة تغيرات جسمانية و هرمونية، تمكن كل من الجنسين إنتاج خلايا الإنجاب و هي الحيوانات المنوية عند الرجل و البويضة عند المرأة، و عند الجماع يلتقي الحيوان المنوي بالبويضة فيتم التلقيح و يتشكل الجنين و ينمو في جسم المرأة.

10.1.2. الصحة الإنجابية

عرف المؤتمر الدولي للسكان و التنمية عام 1994 الصحة الإنجابية بأنها "حالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي و وظائفه و عملياته، و ليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة" [3] ص38 (سننتاول هذا التعريف بالتفصيل في الفصل الموالي).

الصحة الإنجابية بمعناها الشامل هي جزء من الصحة العامة كحالة من السلامة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و ليست فقط انتفاء للمرض، فهي تخص عملية الإنجاب و الخصوبة في كل مراحل الحياة. و بمعنى آخر تعني الممارسة الجنسية بين الزوجين المسؤولة و السليمة و القدرة على التواصل من خلال عملية الإنجاب و حرية القرار في ذلك، فهي ليست خدمات فحسب بل معارف و مواقف و سلوك، أي أن الجوانب الوقائية و الحفاظ على السلامة العامة فيما يتعلق بالحياة الجنسية و الإنجابية و السلوك الصحي السليم، تجنب الفرد و الأسرة و المجتمع من المضاعفات و الأضرار و المشاكل الصحية و الاجتماعية، و تزيد من فرص تمتعهم بحياة سعيدة.

10.1.3. الصحة الجنسية

و تعني قدرة الأزواج على التمتع بحياة جنسية مرضية و آمنة، و تشمل أشكال السلوك اللازمة للتصدي للأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. و تهدف إلى إقامة علاقة جنسية آمنة و حماية الأفراد من الممارسات الجنسية المحفوفة بالمخاطر التي تهدد صحة الفرد و المجتمع.

10.1.4. تنظيم الولادات

يعرف رولان بريساً تنظيم الولادات بأنه "فعل مقصود من جانب الزوجين أو الأفراد لضبط عدد المواليد والمباعدة بينهم" [4] ص 147. و يستخدم مصطلح تنظيم الولادات مرادفاً لمصطلحات أخرى مثل تنظيم الخصوبة.

عرف المؤتمر الإسلامي المنعقد في الرباط سنة 1971 تنظيم الولادات بأنه "قيام الزوجين بالتراضي بينهما، باستخدام وسيلة مشروعة و آمنة من وسائل تنظيم الولادات لتأجيل الحمل أو تعجيله، بما يناسب ظروفهما الصحية، الاقتصادية والاجتماعية، و ذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما و أنفسهما" [5] ص 6.

فتنظيم الولادات هو عملية يقررها الزوجان من أجل تحديد عدد الأولاد و التباعد بينهم، وذلك لإيجاد مناخ مناسب لأسرة متوازنة، قادرة على تنشئة و تربية الأولاد بشكل سليم.

10.1.5. الرعاية الصحية

الرعاية الصحية هي أحد مناظير الصحة المهمة بالتدخلات الصحية ذات الطبيعة المجتمعية التي يؤمل تحسينها لصحة الإنسان، و تتمثل في العناصر التالية:

- الوقاية المبكرة، تشخيص و علاج الأمراض.
- الرعاية السابقة للحمل.
- التنقيف و الغذاء التكميلي أثناء الحمل و الرضاعة.
- الرعاية الملائمة قبل الولادة و في فترة ما حول الولادة و فترة النفاس.
- تنظيم الخصوبة.

و في إطار حق المواطن في الرعاية الصحية بشقيها العلاجي و الوقائي، نجد أن منظمة الصحة العالمية قد حددت عدة شروط أساسية و متكاملة حول الرعاية الصحية و هي أن تكون مباحة، متاحة، مقبولة، عادلة، بتكلفة مناسبة، بنوعية جيدة و منسقة من حيث التخصص الطبي. يمكننا تمييز ثلاثة مستويات من الرعاية الصحية و هي:

10.1.5.1. الرعاية الصحية الأولية

و هي أول مستويات الاحتكاك بالخدمات الصحية من قبل أفراد المجتمع، و تتمثل في تقديم الرعاية الشاملة للأفراد و الأسر كإجراء مستمر منذ بدء تكون الجنين داخل رحم أمه حتى وفاته. وتشمل هذه الرعاية العناصر التالية: التوعية الصحية، صحة البيئة، رعاية الأمومة، التغذية السليمة،

تحصين الأطفال، مكافحة الأمراض المعدية، توفير الأدوية الأساسية و اللقاحات و تقديم الخدمات العلاجية الأساسية للأمراض الشائعة والإصابات. تقدم هذه الرعاية من قبل أطباء مدربين تدريباً عاماً يعملون داخل المجتمع المحلي أو موظفون في الصحة.

10.1.2.5. الرعاية الصحية الثانوية

تمثل أول مستويات الرعاية المتخصصة و الإحالة الطبية من مستوى الرعاية الأولية. تقدم في المراكز الصحية كالمستشفيات و يشرف عليها أطباء مدربين على تخصصات محددة، و معدات خاصة أو موظفون في الصحة، و تتناول بصورة عامة الأمراض الشائعة البسيطة أو الخطيرة نسبياً التي لا يمكن علاجها على صعيد المجتمع المحلي.

10.1.3.5. الرعاية الصحية من المرتبة الثالثة

و تمثل هرم الخدمات الصحية و مستوى فائق التخصصية و العقل المفكر و مركز اتخاذ القرار للخدمات الصحية. تقدم في عدد ضئيل نسبياً من المراكز، و تتناول عادة الأمراض التي تتطلب موظفين صحيين و أطباء مدربين على تخصصات محددة و معدات خاصة.

10.1.6. الرعاية الصحية الإنجابية

تعرف بأنها "مجموعة من الأساليب و الطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع و حل مشاكل الصحة الإنجابية. و هي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة و العلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة و الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب و الأمراض التي تنقل بالاتصال الجنسي" [3] ص38.

تشمل الرعاية الصحية الإنجابية ما يلي [6] ص1:

- الأمومة الآمنة و تتمثل في الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة، الولادة الآمنة، الرعاية بعد الولادة للأم و وليدها بما في ذلك تقديم المشورة الملائمة و التشجيع على الرضاعة الطبيعية.
- توفير الإعلام و الخدمات في مجال تنظيم الأسرة.
- الوقاية و التكفل بالعقم للرجل و المرأة.
- الوقاية و التكفل بمضاعفات الإجهاض.
- توفير خدمات الإجهاض الآمن في حدود ما يسمح به قانون كل دولة.
- الوقاية و التكفل بالتهابات الجهاز التناسلي خصوصاً المضاعفات الناتجة عن الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها مرض نقص المناعة البشرية/الإيدز.
- توعية المراهقين عن الممارسات الجنسية الآمنة و المسؤولية طوال مراحل حياتهم.

- الابتعاد عن الزواج المبكر و العنف الجنسي ضد النساء.
- التكفل بالأمراض غير المعدية للجهاز التناسلي كسرطان الرحم و سرطان الثدي و المشاكل المرتبطة بالطمث.

10.1.7. الأمومة الآمنة

- يتضمن مفهوم الأمومة الآمنة اهتمام المرأة و وعيها بالرعاية الصحية السليمة لها أثناء الحمل، عند الولادة و بعدها، و لكي يتحقق هذا المفهوم لابد من فهم الأمور التالية:
- أن تنظيم الأسرة يساعد الأفراد و الأزواج على تلقي المعلومات و الخدمات التي تمكنهم من التخطيط لتوقيت حالات الحمل و عددها و المباشرة بينها.
- تضمن الرعاية قبل الولادة الوقاية من المضاعفات حيثما أمكن ذلك و تضمن الكشف المبكر عن مضاعفات الحمل و معالجتها بأسلوب سليم.
- أهمية ضمان ولادة نظيفة آمنة و التأكد من أن كل من يقوم بعملية التوليد يتمتع بالمعرفة وبالمهارات و يملك المعدات اللازمة لتحقيق ذلك ويستطيع رعاية ما بعد الوضع للأم و الطفل.
- أن الرعاية الأساسية أثناء الحمل تضمن العلاج لحالات الحمل ذات الخطورة العالية و المضاعفات لجميع النساء اللواتي يحتجن إليها.

10.1.8. الولادة المبكرة

- الولادة المبكرة هي الولادة التي غالبا ما تحدث بعد الشهر السادس و قبل موعدها المتوقع. فإذا كان وزن المولود أقل من 2.5 كغ سمي طفلا مبتسرا و يكون ناقص النمو، و في هذه الحالة يجب أن يوضع في الحضانه تحت رعاية طبية متخصصة لأنه يكون عرضة لمخاطر صحية كثيرة.
- تحدث الولادة المبكرة لعدة أسباب نذكر منها: وجود عيوب خلقية أو مرضية في الرحم أو عنق الرحم، التمزق المبكر في الغشاء (كيس ماء)، التهاب الرئة أو الكلى عند الأم، انفصال المشيمة (الانفصال المبكر عن الموقع الطبيعي للمشيمة) أو لأسباب غير معروفة. و من المعتقدات الخاطئة أن المولود الذي يولد في الشهر السابع تكون فرصته في النجاة أكبر من المولود في الشهر الثامن، "ابن سبعة يعيش وابن ثمانية يموت"، لأن المولود في الشهر الثامن يكون وزنه و نمو أعضاء جسمه عادة أكبر من المولود في الشهر السابع و تكون فرصته في الحياة أكبر.

10.1.9. الولادة القيصرية

الولادة القيصرية هي ولادة الطفل عن طريق فتح البطن و الجزء السفلي من الرحم، وتستغرق 45 – 60 دقيقة تقريبا، و غالبا تتم ولادة الطفل في أول 5 – 15 دقيقة و الوقت المتبقي يكون في إغلاق (خياطة) الفتحة الموجود بالرحم و البطن.

نميز بين نوعين من الولادة القيصرية و هما:

10.1.9.1. الولادة القيصرية غير الطارئة

يتم إجراء الولادة القيصرية غير الطارئة بقرار من الطبيب نتيجة لحدوث مضاعفات للأم أثناء الحمل، و تتم هذه العملية قبل وقت الولادة المتوقع بحوالي أسبوعين للتأكد من إتمام نمو الجنين، و من أسباب هذه الولادة نجد:

- معاناة المرأة الحامل من بعض المضاعفات مثل ارتفاع شديد في ضغط الدم، مرض السكر، أمراض الكلى و غيرها.
- ضيق حوض الحامل مما يصعب نزول الجنين من خلاله.
- الوضع غير الطبيعي للجنين في الرحم مثل المجيء بالمقعدة و الوضع المستعرض.
- إنغراز المشيمة أسفل الرحم حيث تغطي عنق الرحم كليا أو جزء منه أو تكون منغرزة بالقرب منه أسفل الرحم، مما يمنع نزول الجنين من عنق الرحم أثناء الولادة أو يحدث نزيف حاد من المشيمة أثناء الولادة.
- زيادة حجم الجنين (وزنه أكثر من 4 كغ) مما يصعب خروجه من الحوض.
- ضعف نمو الجنين و صغر حجمه (وزنه يقل عن 2.5 كغ) مما يجعل الولادة الطبيعية خطر على حياته.
- زيادة أو قلة السائل الأمينوسي المحيط بالجنين بدرجة تهدد حياته.
- إجراء ولادة قيصرية سابقة للأم مع استمرار وجود السبب الذي أدى إلى ذلك.

10.1.9.2. الولادة القيصرية الطارئة

- تتم هذه العملية عند ظهور مضاعفات أثناء الولادة و تكون صحة الأم و الجنين مهددة بالخطر، فيقرر الطبيب عدم الاستمرار في محاولة إتمام الولادة المهبلية (الطبيعية) و اللجوء الفوري للولادة القيصرية. و من أهم المضاعفات التي تؤدي إلى الولادة القيصرية الطارئة نذكر:
- تقدم الحبل السري رأس الجنين أثناء خروجه من الحوض، و هذا يشكل خطرا كبيرا على الجنين بسبب إمكانية التفاف الحبل السري حول عنقه و اختناقه.
 - نقص الأكسجين عند الجنين.

- تعسر الولادة و صعوبتها بسبب عدم اتساع عنق الرحم، كبر حجم الجنين، أو ضيق حوض الأم.
- حدوث نزيف شديد للأم أثناء الولادة يهدد حياتها.

10.10.1. الولادة الحية والولادة الميتة

كثيرا ما يحدث خلط بين الولادات الحية و الولادات الميتة، و للتمييز بين هذه الولادات حددت عدة مؤشرات كالصراخ و التنفس و نبضات القلب و أي حركة عضلية أخرى.

تعرف المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) الولادة الحية بأنها "كل ولادة تتم بطريقة عادية أو غير عادية، مهما كانت فترة الحمل، شريطة أن يظهر المولود أحد مظاهر الحياة بعد فصله عن جسم أمه، أي يتنفس أو يمارس بعض الحركات الدالة على الحياة كنبضات القلب و نبضات الحبل السري، أو أي حركة عضلية تتم بفعل إرادي سواء أكان ذلك بعد أو قبل قطع الحبل السري"[7] ص57.

ففي معظم البلدان - من بينها الجزائر- يعتبر الحدث ولادة حية أظهر عند ولادته إشارة تدل على الحياة كالتنفس أو الصراخ أو نبضات القلب أو أي حركة أخرى. وفي بلدان أخرى كبولندا، يشترط توفر أحد المؤشرات التي حددتها المنظمة العالمية للصحة المذكورة سابقا، و يضاف إلى ذلك الوزن بحيث يجب أن يفوق وزن المولود 1000 غرام أو يتراوح بين 600 و 1000 غرام شريطة الحياة. و تعتبر الولادة حية في سويسرا إذا قام المولود بعملية التنفس بعد ولادته، كما يلاحظ فيه نبضات القلب و يشترط أن تتجاوز قامته 30 سم. وكل ولادة لا يتوفر فيها أحد الشروط التي حددتها المنظمة العالمية للصحة، تعتبر ولادة ميتة.

10.10.1.1. النفاس

النفاس هو الفترة التي تبدأ بعد ولادة الطفل مباشرة و تستمر إلى حوالي 6 أسابيع، و تحدث خلالها العديد من التغيرات الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية، و تنتهي بعودة جسم الأم وأعضاؤها التناسلية إلى ما كانت عليه قبل الحمل والولادة. تخرج خلال الأسبوع الأول من هذه الفترة كميات بسيطة من الدم و الإفرازات، ثم يبدأ لونها يتغير إلى الأسود ثم الأصفر إلى أن تختفي الإفرازات نهائيا في الأحوال الطبيعية بعد ثلاثة أسابيع من الولادة. و بعد مرور فترة النفاس تعود المرأة إلى خصوبتها، و ينصح بعدم حدوث حمل بعدها مباشرة و ذلك حتى تستطيع المرأة أن تعوض ما فقدته أثناء الحمل و الولادة وحتى تنفرغ لرضاعة المولود و رعايته.

10.1.12. وفيات الأمومة

يعرف رولان يريسا وفيات الأمومة بأنها "الوفيات الناتجة عن أسباب متعلقة بالحمل والولادة أو النفاس" [4] ص 225. فوفيات الأمومة تشمل جميع وفيات النساء التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة أو في فترة النفاس، بصرف النظر عن مكان ومدة الحمل، نتيجة لسبب يتعلق بالحمل أو بأسلوب رعايته، أو لسبب تم مضاعفة تأثيره نتيجة للحمل، وليس نتيجة لحوادث أو أسباب عرضية. يمكننا حصر أسباب وفيات الأمهات في مجموعتين أساسيتين وهما:

- أسباب توليدية مباشرة تنجم عن مضاعفات الحمل و الولادة كالنزيف قبل و بعد الولادة، الانتان نتيجة عدم النظافة أثناء الولادة، التخدير أثناء التدخل الجراحي، الولادة المتعسرة نتيجة عدم تناسب رأس الجنين مع حوض الأم أو الوضع غير الطبيعي للجنين، مضاعفات الإجهاض غير المأمون نتيجة التلوث أو النزيف و غيرها.
- أسباب توليدية غير مباشرة تنجم عن أمراض ازدادت حدتها مع الحمل و الولادة و تفاقمت التأثيرات الفيزيولوجية للحمل مثل أمراض القلب، الملاريا، مرض الإيدز، فقر الدم و غيرها.

10.1.13. مفهوم الريف و الحضر

يمكن التفرقة بين المناطق الريفية و المناطق الحضرية بناء على بعض المؤشرات الإحصائية و الاقتصادية، كالعدد الأدنى للسكان و النشاط الاقتصادي. فحسب التعداد العام للسكان و السكن سنة 1977 و تعداد 1987، يعرف الحضر بأنه كل تجمع يتوفر فيه المؤشران التاليان [8] ص 66: حد أدنى للسكان يقدر ب 5000 نسمة، و ألا تتجاوز نسبة الذين يمارسون نشاطات زراعية و يقطنون في هذا التجمع 25% من مجموع المشتغلين.

كل تجمع لا يتوفر فيه هذان الشرطان يعتبر تجمعا ريفيا باستثناء المناطق التي تحوي مقر الولاية أو الدائرة، وكذلك المناطق التي تتوفر فيه الخدمات ذات المنفعة العامة كالمستشفيات و المؤسسات التعليمية و مراكز الترفيه كالمسرح و السينما و غيرها. اعتمد كل من المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل سنة 1992 و مسح صحة الأسرة سنة 2002 على تعاريف التعدادين المتعلقة بالريف و الحضر.

10.1.14. الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل

يقصد بالاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل استخدام النساء المتزوجات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) لوسيلة ما من وسائل منع الحمل عند إجراء المسح.

11.1. الدراسات السابقة

■ دراسة حول العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية والوضع الاقتصادي والاجتماعي في سورية للباحثة ختام حسين تميم [9].

حاولت الباحثة من خلال هذه الدراسة معرفة هل الوضع الاجتماعي و التربوي و الاقتصادي يؤثر على الصحة الإنجابية؟ و أجابت على السؤال المطروح بطرح فرضيتين أساسيتين و هما: توجد علاقة ذات دلالة بين الصحة الإنجابية و الوضع الاجتماعي و التربوي. توجد علاقة ذات دلالة بين الصحة الإنجابية و الوضع الاقتصادي. و تمثلت أهداف هذه الدراسة في:

- التعرف على مدى معرفة الشباب و آرائه في موضوعات تتعلق بالصحة الإنجابية كتنظيم الأسرة، الزواج المبكر، توقيت الحمل، الصحة الجنسية، الأمومة الآمنة و الإجهاض غير المأمون.
- دور العوامل السكانية و الاجتماعية في تحديد مصادر المعرفة لدى الشباب.
- قياس المعرفة لدى الشباب بالمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية.
- إلقاء الضوء على بعض المشكلات الاجتماعية، الاقتصادية، التربوية و الصحية التي يتعرض لها الشباب، بهدف الإحاطة بهذه المشكلات و وضع الحلول المناسبة لها.
- إبراز دور العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية في عملية التنمية الاجتماعية و الاقتصادية في سورية.
- إبراز أهم العوامل التي تعيق الصحة الإنجابية و الإحاطة بها، و إلقاء الضوء على آثار تدني دخل الفرد.

تمت هذه الدراسة على عينة ممثلة من 1200 شاب و شابة تتراوح أعمارهم بين 15 و 39 سنة، و تم اختيار أفراد العينة بشكل عشوائي حيث شملت: المدن والأرياف، المدارس الرسمية والخاصة، قطاعي الإنتاج العام و الخاص من الذكور و الإناث على حد سواء، العاملين و العاطلين عن العمل، المتعلمين و الأميين.

ومن أهم النتائج المتوصل إليها نذكر:

- تسجيل تحسن ملحوظ في انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع إلا أنه ما زال مرتفعا إذا ما قيس بما هو عليه في العديد من الدول العربية و الأجنبية (23 في الألف). و هذا ينطبق أيضا على معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (28 في الألف).
- تراجع معدل الولادات (30 في الألف سنة 2001) إلا أنه ما زال مرتفعا مقارنة مع الدول العربية و الأوروبية.

- انخفاض معدل وفيات الأمومة إلى 280 لكل 100000 ولادة حية سنة 2001.
- تجاوزت نسبة العزاب 50% فهي نسبة مرتفعة جدا ومرتبطة بشكل واضح بالظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها المواطن و ارتفاع تكلفة المعيشة.
- نسبة التمييز بين الذكور و الإناث مرتفعة (54%)، ولا يزال هناك تمييز في تعليم الذكور والإناث سيما في المناطق الريفية.
- ارتفاع في نسبة الأطفال الذين يعانون من انخفاض في الوزن أثناء الولادة (19.5%).
- بلغت نسبة الأمهات اللواتي توفيت بسبب الحمل أو الولادة 15% في حين تم تسجيل 13% من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و 12% يعانون من التقزم.
- 28% من النساء ليست لديهن فكرة عن تنظيم الأسرة و 42% تعتبر بأن تنظيم الأسرة مفيد للصحة.
- يعرف 71% من المبحوثين بأن الفحص الطبي قبل الزواج ضروري و 87% يعرفون بأن الأمراض قد تنتقل بواسطة الجهاز التناسلي في حين 61% من النسوة لا يعرفن ما هو مرض الزهري.
- وجود علاقة وطيدة بين مقدار الدخل و المتغيرات الأخرى، و تبين بأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة و الرجل كلما كانت لهما معرفة أكبر بموضوعات تنظيم الأسرة و الصحة الإنجابية وبأسباب وفيات الأطفال و مستوى أفضل بالإجهاض و مخاطره.
- دراسة حول اثر العوامل السكانية و الاجتماعية على معرفة الشباب و اتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر [10].
- هدفت هذه الدراسة إلى:
- تحديد مفهوم الصحة الإنجابية و عناصرها و محدداتها مع وضع إطاراتها.
- قياس مستوى المعرفة لدى الشباب ببعض موضوعات الصحة الإنجابية، و قياس تأثير العوامل السكانية و الاجتماعية على هذه المعرفة.
- قياس اتجاهات الشباب نحو بعض قضايا الصحة الإنجابية، و قياس تأثير العوامل السكانية و الاجتماعية على تكوين تلك الاتجاهات.
- تحديد مصادر معرفة الشباب بموضوعات الصحة الإنجابية.
- التعرف على رؤية الشباب في المصادر التي يفضلها مستقبلا لاستيفاء معلوماته عن موضوعات الصحة الإنجابية.

خلصت هذه الدراسة على العديد من النتائج و هي:

- لا يوجد مسح قومي شامل عن معرفة الشباب و اتجاهاته نحو الصحة الإنجابية بحيث يمثل مجتمع الشباب في مصر بكل فئاته.
- لا يوجد إطار محدد لعناصر المعرفة التي يجب أن يلم بها الشباب في موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة، و ذلك في المسوح التي أجريت في هذا المجال.
- وجود قصور في معرفة الشباب بتنظيم الأسرة (2.1% عدم المعرفة و 11.9% معرفة خاطئة)، و هذا لا يتناسب مع أهمية الموضوع سواء بالنسبة للصحة الإنجابية للشباب أو بالنسبة لهدف الدولة في خفض النمو السكاني.
- وجود قصور شديد في المعرفة الكاملة بالأمراض المنقولة جنسيا، 1.3% بالنسبة للسيلان، 1.6% بالنسبة للزهري و 10.5% بالنسبة للإيدز.
- وجود قصور في معرفة الإناث بالدورة الشهرية و معرفة الذكور بالاحتلام و ذلك قبل الوصول لسن البلوغ (63.6% و 49.6% على الترتيب).

■ دراسة حول استقصاء مدى إلمام الشباب في مصر بالصحة الإنجابية[11].

شملت الدراسة أربع محافظات مختلفة تعتبر ممثلة لمختلف المناطق سواء الحضرية أو الريفية و هي القاهرة، المحافظة الغربية ممثلين للوجه البحري، محافظة المينا و محافظة قنا ممثلين للوجه القبلي. و تمت الدراسة على عينة مكونة من 3200 شاب و شابة تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة.

تضمنت أهداف الدراسة استقصاء المعرفة و الاتجاهات والآراء بين الشباب من الجنسين في

مصر في المواضيع التالية:

- تنظيم الأسرة و توقيت الزواج و الحمل.
- الصحة الجنسية و الصحة الإنجابية و مشكلاتها المختلفة.
- الأمومة الآمنة و الإجهاض غير المأمون.
- تنفيذ فكرة الشباب باستقصاء مدى استعدادهم للمشاركة في جميع المعلومات و الخدمات اللازمة لهم في ميدان الصحة الإنجابية و أنسب القنوات التي يروها محققة لذلك.

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- موضوع الصحة الإنجابية: حوالي 70% من الذكور و 97% من الإناث لا يعرفون أي شيء عن مضمون الصحة الإنجابية.

- تنظيم الأسرة: 92.5% أجابوا بأن الأسلوب هو التباعد بين الولادات و 4.2% الإنجاب السريع لعدد صغير من الأطفال ثم التوقف بعد ذلك عن الحمل.
المعرفة بمكونات الجهاز التناسلي: حوالي 64% من الذكور يعرفون مكونات الجهاز التناسلي لكل من النوعين، بلغت هذه النسبة 49% لدى الإناث.

12.1. صعوبات الدراسة

يمكننا حصر أهم الصعوبات التي واجهتنا خلال قيامنا بهذه الدراسة في نقطتين و هما:
* صعوبة الحصول على معطيات مسح صحة الأسرة لسنة 2002. فالجهات التي قامت بإنجاز هذا المسح رفضت إعطائنا معطيات المسح كاملة على أشرطة مغناطيسية. و هذا ما يبرر غياب استخدام الفحوصات الإحصائية الخاصة بدراسة العلاقات الموجودة بين متغيرات فرضيات الدراسة.
* قلة الكتب المتعلقة بالصحة الإنجابية، فمعظم الدراسات المتوفرة التي تناولت موضوع الصحة الإنجابية عبارة عن تقارير.

الفصل 2

ماهية الصحة الإيجابية و الحقوق الإيجابية للمرأة

تمهيد

إن مفهوم الصحة الإيجابية يشتمل على المشاكل الصحية و الأمراض التي تصاحب المخاطر الطبيعية و الاجتماعية في التكاثر البشري، و تناول صحة الإنجاب يعني بالدرجة الأولى كيفية مواجهة هذه المشاكل و التخلص منها أو معالجتها. كما أن برامج الصحة الإيجابية لا تعني فقط الوقاية من الأمراض أو معالجتها أو مجرد تنظيم الأسرة للحد من الإنجاب، بل هي أبعد من ذلك حيث تعتبر جزءا من التنمية البشرية اللازمة لتطبيق مبادئ العدل و المساواة. فالحماية ضد الأمراض بهدف تحقيق متطلبات الوظائف البشرية الأساسية للتناسل و الإنجاب ليست مجرد تحدي طبي أو تكنولوجي، و لكن لها جوانب اجتماعية و سياسية و تنموية رئيسية. فتجنب الوفاة و المرض نتيجة الإنجاب يعتبر حقا إنسانيا أساسيا، كما أن حماية حقوق الإنسان المدنية و السياسية والاجتماعية و الثقافية و تيسير الحصول على الموارد المختلفة، يعتبر أمرا حيويا في تشكيل الصحة الإيجابية للمجتمعات السكانية.

سنتناول في هذا الفصل تعريف الصحة الإيجابية و الفئات المستهدفة بها و أهدافها و أهميتها بالنسبة للمرأة، و نحدد عناصرها و مؤشراتها و المراحل المختلفة التي تمر بها و المبادئ التي تركز عليها و العوامل المؤثرة فيها. و سنتطرق كذلك إلى أهم الحقوق الإيجابية و واجبات الحكومات إزاء كفالة تمتع المرأة بتلك الحقوق.

1.2. ماهية الصحة الإنجابية

1.1.2. تعريف الصحة الإنجابية

عرف مفهوم الصحة الإنجابية تغيرا كبيرا بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994، و لقي اهتماما كبيرا من الخبراء و الباحثين في مجال الصحة و السكان، حيث شكل محورا أساسيا من الدراسات و الأبحاث المختلفة. سنحاول القيام بعرض و تقييم أهم تعاريف الصحة الإنجابية المقدمة قبل و بعد انعقاد المؤتمر.

1.1.1.2. تعريف منظمة الصحة العالمية (1964)

اعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية بأنها أحد أهم أركان الصحة العامة، و هي حالة من السلامة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و ليس فقط غياب المرض. فمن هذا المنطلق، ترتبط الصحة الإنجابية ارتباطا وثيقا بالمرأة و كيانها و دورها في المجتمع، مما يجعلها مؤثرة و متأثرة بكل مراحل حياتها ابتداء من الطفولة و وصولا إلى الشيخوخة. اهتم هذا التعريف بالمرأة فقط ولم يشر إلى ضرورة الاهتمام بالرجل أيضا علما أن دور الرجل لا يقل أهمية عن دور المرأة.

2.1.1.2. تعريف المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان (1968)

عرف المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الصحة الإنجابية على أنها الحق في تخطيط حجم الأسرة و المبادعة بين إنجاب الأطفال. اقتصر هذا التعريف على تخطيط الأسرة و المبادعة بين الولادات، و أهمل العناية المتعلقة بعملية الإنجاب و أجهزتها و وظائفها و عملياتها و أمراض النساء و مخاطرها.

3.1.1.2. تعريف المؤتمر العالمي للسكان المنعقد في بوخاريسست (1974)

أدخل هذا المؤتمر أشياء جديدة للصحة الإنجابية، حيث أصبح للأزواج و الأفراد الحق الأساسي في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والمبادعة بينهم، و أن يحصلوا على المعلومات و التوعية و الوسائل اللازمة لبلوغ ذلك. كما أن ممارسة هذا الحق أخذ في الحسبان احتياجات أطفالهم الحاليين و المقبلين و كذلك مسؤولياتهم اتجاه المجتمع. هذا التعريف كان أكثر شمولاً من التعريفين السابقين، إذ اعتبر الصحة الإنجابية هي لكل الأزواج و الأفراد، إلا أنه أهمل بعض الجوانب الهامة لا سيما الاهتمام و العناية الكافية بالشباب و المراهقين قبل الزواج.

4.1.1.2. تعريف الباحثين إبان وآل (1987)

عرفا الباحثين الصحة الإنجابية بأنها "قدرة المرأة على اختيار الإنجاب و الحياة الكريمة والحمل الناجح بعيدا عن المخاطر و الأمراض" [10] ص 24.

هذا التعريف كان قاصرا على المرأة فقط و هذا الأمر في غاية الأهمية، إلا أنه غاب على بال الباحثين أن العملية الجنسية و الإنجاب يفترضان وجود رجل و امرأة، و بالتالي فالمعرفة لا تقتصر على المرأة فقط بل لابد من معرفة الرجل أيضا بمضامين الصحة الإنجابية.

5.1.1.2. تعريف محمود فتح الله (1988)

عرف محمود فتح الله الصحة الإنجابية بأنها "الحالة التي تتم فيها العملية الإنجابية في رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا، و ليس فقط مجرد الخلو من المرض أو الإعاقة في العملية الإنجابية" [10] ص 24.

اهتم هذا التعريف بالجانب الإنجابي و غطاه تغطية جيدة على أنها حالة رفاه كاملة بدنيا و عقليا و اجتماعيا، إلا أنه لم يتناول الأمور الجنسية و أهميتها لتحقيق حمل صحي و ولادة آمنة.

6.1.1.2. تعريف جرمان وأوردواي (1989)

حسب هذين الباحثين فإن الصحة الإنجابية تعني "قدرة الرجال و النساء على تنظيم خصوبتهم بطريقة آمنة و فعالة و تحافظ على الحمل و بقاءه إن كان مرغوبا فيه، و التخلص منه إن كان غير مرغوب فيه، كما تمكنهم من البقاء بمنأى عن الأمراض و الوفيات المصاحبة للإنجاب و الجنس، و القدرة على الحمل و إنجاب أطفال أصحاء" [10] ص 24.

أهمل هذا التعريف أهمية المعرفة بالصحة الجنسية، فالزوجين الذين لا يعرفان مضامينها فإنهما قد يصابان بأمراض تؤدي بحياتهما.

7.1.1.2. تعريف مجلس السكان الدولي (1992)

قدم فريق بحوث الصحة الإنجابية الذي شكله مجلس السكان الدولي تعريفا للصحة الإنجابية بأنها "قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة، وأن تملك إرادتها في الحمل و الإنجاب الناجحين وبعيدا عن أمراض النساء و مخاطرها" [10] ص 24.

هذا المفهوم ضيق حيث اعتبر أن الصحة الإنجابية تقتصر على المرأة و في فترة محددة جدا تبدأ من سن المراهقة إلى سن اليأس، في حين أن هذا الأمر يجب أن لا يقتصر على هذا المجال المحدود و على المرأة فقط، بل يجب أن تحيط الرجل بعناية خاصة.

8.1.1.2. تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994)

تطرق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994 إلى الصحة الإنجابية بمعناها الواسع. فقدم تعريفاً دقيقاً و لأول مرة في وثيقة سياسية دولية يشمل كافة جوانب الصحة الإنجابية، ابتداءً من الحمل و وصولاً إلى المواضيع الحساسة كالعنف ضد المرأة و السلوك الجنسي و ارتباطها بالصحة العقلية و النفسية.

يشير مفهوم الصحة الإنجابية كما ورد في وثيقة المؤتمر الدولي للسكان و التنمية في الفقرة 7.2 بأنها "حالة رفاه كامل بدنيا و عقليا و اجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه و عملياته، و ليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. و لذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية و آمنة، و قدرتهم على الإنجاب و حريرتهم في تقرير الإنجاب و مواعده و تواتره. و يشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل و المرأة في معرفة و استخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها و التي لا تتعارض مع القانون، و على الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تتجاوز بأمان فترة الحمل و الولادة و تهيئ للزوجين افضل الفرص لإنجاب و ليد متمتع بالصحة" [3] ص 38.

أسس المؤتمر العالمي للسكان و التنمية نقلة منهجية و بدائل لبرامج تنظيم الأسرة السابقة، و التي كانت تتركز أساساً على تحقيق الأهداف الديموغرافية بشكل أساسي، و أكد ضمن خطته التنفيذية على أهمية و محورية تنظيم الأسرة ضمن رعاية صحية جنسية و إنجابية متكاملة.

هذا التعريف أكثر نضجاً و شمولاً و وضوحاً، حيث اعتبر الصحة الإنجابية بأنها حالة السلامة الكاملة للإنسان بدنيا و عقليا و اجتماعيا، و تهدف إلى تحسين نوعية الحياة و العلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة و الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب و التي تشكل جزءاً من الصحة الإنجابية. و هي تتضمن الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج في إطار الرباط الأسري الشرعي و القانوني أن يقرروا بأنفسهم بحرية كاملة و مسؤولية عدد الأطفال و فترة التباعد فيما بينهم و توقيت الإنجاب، و أن تتوفر لهم المعلومات و الوسائل اللازمة لذلك. كما تشمل الحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية و الإنجابية، و حق اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف.

إذا الصحة الإنجابية هي جزء من الصحة العامة بمعناها الشامل كحالة من السلامة الجسدية و العقلية و الاجتماعية و ليست انتقاء المرض، و هي تعنى بعملية الإنجاب و الخصوبة في كل مراحل الحياة. و بمعنى آخر هي ممارسة جنسية مسؤولة و سليمة و مقدره على التواصل من خلال عملية

الإنجاب و حرية القرار في ذلك، أي للأزواج الحق في الإطلاع و المعرفة و الاختيار لوسائل ناجعة و مرضية لتنظيم رغباتهم الإنجابية، و الحق في رعاية صحية تؤمن للمرأة حملا و ولادة سليمين و للعائلة طفلا معافى يضاف إليها. كما أن الصحة الإنجابية لا تعني فقط الطفولة و الشباب، بل أنها تمتد لما بعد سنوات الخصوبة، متأثرة بنواحي الصحة الأخرى كالتغذية و النمو و بظروف العيش و أحوال البيئة و المجتمع و مؤثرة بها، و هي بذلك ضرورة واجبة في الخدمات الصحية الأولية لكل الأعمار.

و من الانتقادات الموجهة لهذا التعريف هو أنه يعد منافيا في بعض جوانبه للتقاليد و العادات و القيم الدينية السائدة في الدول الإسلامية، كإباحته للإجهاض دون سبب يستدعي ذلك من جهة، كما أنه أنسب التمتع بالحياة الجنسية إلى كافة الأفراد و جعلها حقا لهم من جهة ثانية.

9.1.1.2. التعريف الإجرائي

يمكننا تعريف الصحة الإنجابية بأنها سلامة الجهاز التناسلي لجميع الأفراد في جميع مراحل العمر المختلفة، و سلامة عمليات و وظائف الأعضاء التناسلية لجميع الأزواج المتضمنة سلامة العمليات الجنسية و الإنجابية.

2.1.2. أهداف الصحة الإنجابية

تهدف الصحة الإنجابية إلى تحقيق ما يلي:

1. خفض وفيات الأطفال الرضع و وفيات الأمومة الناتجة عن الحمل و الولادة.
2. رفع نسبة الولادات التي تتم على أيدي مدربة لإنجاب مولود سليم يتمتع بصحة جيدة.
3. تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية و مكافحة الأمراض الجنسية المعدية و خفض معدلات المرض لدى النساء في سن الإنجاب.
4. ممارسة العلاقة الجنسية بين الزوجين بأمان و مسؤولية.
5. إتاحة وسائل تنظيم الأسرة لكل من يرغب فيها و بأفضل الطرق المناسبة.
6. رفع مستوى التغطية الخاصة بالرعاية الصحية للحوامل و تنظيم الأسرة في المراكز الصحية.
7. الوقاية من الإجهاض و العقم عند الزوجين.
8. توفير الخدمات الأساسية و الرعاية الطبية قبل و أثناء الحمل و الولادة و بعدها بحيث تصبح شاملة و سهلة المنال.
9. تطوير قدرات و تنمية مهارات جميع العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة الإنجابية.
10. توصيل المعلومات و خدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة إلى الفئات المحرومة في المناطق النائية خاصة للمراهقين و الشباب.

11. ضمان حق المرأة في التمتع بأعلى مستويات الصحة طيلة حياتها مثلها مثل الرجل، و تجنب الأمراض التي تضر بالصحة الإنجابية.
12. توفير المعلومات و الخدمات المتعلقة بالوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).
13. الوقاية من الأمراض الوراثية و التشوهات الخلقية.
14. نشر و تقوية خدمات التوعية و التثقيف الصحي في المرافق الصحية.

لتحقيق هذه الأهداف يجب توفير الرعاية الصحية الإنجابية لجميع الأفراد في الأعمار المناسبة من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية. و ينبغي أن تشمل هذه الرعاية الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، الخدمات الصحية قبل و بعد الولادة، الوقاية و العلاج من العقم و الإجهاض و عدوى المسالك التناسلية و الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي و الحالات الأخرى للصحة الإنجابية. و يجب أن تكون برامج الرعاية الصحية الإنجابية مصممة لتلبية احتياجات النساء، كما يتعين أن تشمل إشراك المرأة في قيادة الخدمات و تخطيطها و صنع القرار فيها و إدارتها و تنفيذها و تنظيمها و تقييمها.

3.1.2. الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية

تنسب الصحة الإنجابية إلى الفرد بصفة عامة ذكرا أو أنثى و في جميع مراحل حياته العمرية، وهي تخص:

1- المرأة كونها تحظى بالنصيب الأكبر من خدماتها، فهي المنجبة للأطفال و المعنية بمعظم خدمات و وسائل تنظيم الأسرة، و بالتالي يجب على المجتمع أن يكفل لها أمومة آمنة و يقدم لها الرعاية قبل و أثناء و بعد الحمل. فالصحة الإنجابية تخص المرأة في جميع مراحل حياتها، فقبل الزواج و في مرحلة المراهقة و البلوغ تكون في حاجة إلى معرفة مظاهر البلوغ من دورة شهرية و غيرها، وكذلك معرفة جهازها التناسلي و وظائفه حتى تتجنب الكثير من المخاطر الصحية و النفسية، و في مرحلتها الإنجاب و سن اليأس تكون في حاجة إلى رعاية صحية كاملة.

2- الرجل كونه يحتاج إلى المعرفة الصحية بمظاهر البلوغ و كافة الأمور التناسلية كأعراض الجهاز التناسلي، و ذلك منذ فترة البلوغ و المراهقة ثم مرحلة الزواج و ما تستلزمه من حدوث الإنجاب. كما أن الرجل هو أحد طرفي العلاقة الجنسية و ما يترتب عليها من مخاطر انتقال الأمراض الجنسية.

4.1.2. مشاكل الصحة الإنجابية

تعاني الصحة الإنجابية من عدة مشاكل يمكن حصرها في النقاط التالية:

1. عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة الأفراد.
2. عدم ملاءمة المعلومات و الخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو ضعف نوعيتها.
3. شيوع السلوك الجنسي المنطوي على مخاطر كبيرة.
4. الممارسات الاجتماعية القائمة على التمييز بين الجنسين.
5. المواقف السلبية اتجاه المرأة و الفتاة.
6. عدم قدرة النساء و الفتيات التحكم في حياتهن الجنسية و الإنجابية.
7. الافتقار إلى المعلومات و عدم حصول المراهقين على الخدمات ذات الصلة.

5.1.2. عناصر الصحة الإنجابية

تتشكل الصحة الإنجابية من أربعة عناصر أساسية وهي: سلامة الجهاز التناسلي و سلامة العملية الجنسية و سلامة العملية الإنجابية و تنظيم الأسرة. و كل عنصر يتحقق عن طريق الرعاية الصحية، و هذه الأخيرة تتطلب وسائل لتحقيقها.

1. 5.1.2. سلامة الجهاز التناسلي

و يعني سلامة الأعضاء التناسلية و يكون ذلك عن طريق الوقاية و علاج هذه الأعضاء من أي أمراض تعترتها.

2. 5.1.2. سلامة العملية الجنسية

و تعني قيام العملية الجنسية بطريقة مرضية و مأمونة، فالحياة الجنسية الصحية جزء حيوي من الصحة الإنجابية، حيث أنها تتبع سيطرة المرء على جسمه و الاختيار المسؤول في العلاقات الجنسية. و تتصل الحياة الجنسية الصحية بالصحة الإنجابية بثلاث طرق [12] ص5:

- 1- افتقاد الحياة الجنسية الصحية و يتمثل في العنف و الإكراه الجنسي، فقد تكون له آثار صحية خطيرة بما في ذلك الحمل غير المرغوب فيه و الأمراض المنتقلة جنسيا.
- 2- الخبرة و الإكراه الجنسي خلال الطفولة قد يؤديان لمشكلات جنسية و سلوكيات خطيرة عند النضج.

3- الصحة الجنسية جانب أساسي من الصحة، و التي يتضمن تعريفها السلامة العاطفية و العقلية.

و تتحقق سلامة العملية الجنسية عن طريق مجموعة من العناصر نذكر منها:

* الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا كمرض السيلان و الزهري و الإيدز.

- * الحماية من العنف و الإكراه الجنسي.
- * علاج العجز الجنسي.
- * عدم اللجوء إلى السلوك الجنسي غير الطبيعي كالشذوذ الجنسي و العادة السرية.

3.5.1.2. سلامة العملية الإنجابية

و تعني قيام العملية الإنجابية بشكل سليم يحافظ على صحة الأم و تتحقق عن طريق:

- تنظيم الأسرة بما يتضمن المباشرة بين الولادات و الرضاعة الطبيعية.
- علاج العقم.
- الابتعاد عن الزواج المبكر و زواج الأقارب.
- الابتعاد عن الحمل المبكر و المتأخر.
- الكشف الطبي قبل الزواج.
- تجنب الحمل غير المرغوب فيه.
- الإجهاض الآمن في حالة الضرورة.
- الأمومة الآمنة و يكون ذلك عن طريق الرعاية الصحية.
- الاهتمام بالصحة العامة كالتغذية السليمة و علاج الأمراض التي تؤثر على الإنجاب.

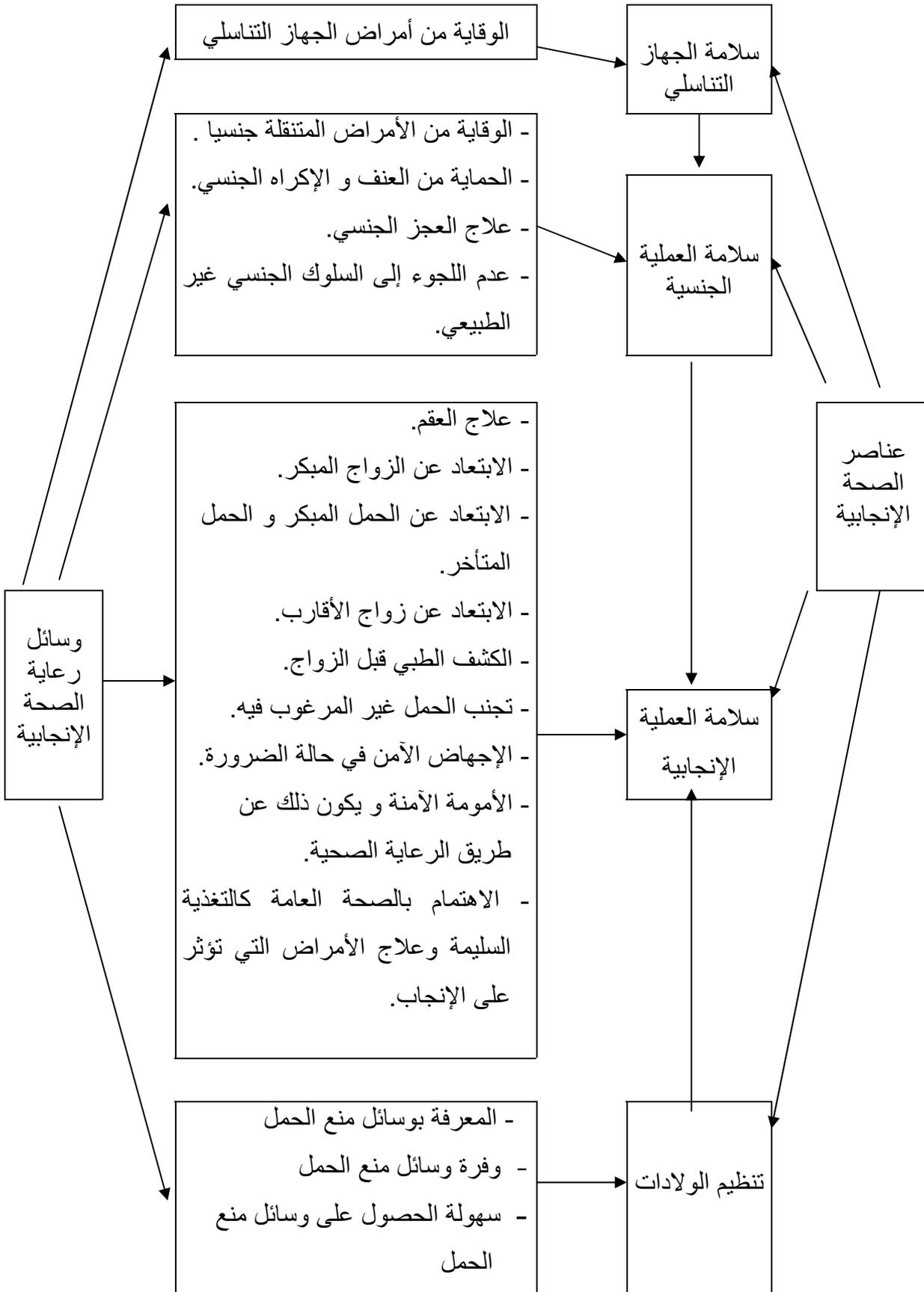
4.5.1.2. تنظيم الولادات

يعتبر تنظيم الولادات وسيلة تكفل التنسيق و المواءمة بين أفراد الأسرة وظروفها الصحية والاجتماعية والاقتصادية. فهو يهدف إلى الحفاظ على الصحة وتحسينها وذلك عن طريق المباشرة بين الحمل والولادة، أي ترك فترة كافية بين كل طفل وآخر حتى ينال كل منهما الرعاية اللازمة، وحتى تستريح الأم صحيا وتستعيد أعضاؤها التناسلية لياقتها وتتمكن من تعويض احتياجاتها الجسمية. إضافة إلى ذلك فهو يمنع الحمل غير المرغوب فيه وبالتالي تجنب اللجوء إلى الإجهاض، وكل ذلك يؤدي إلى تحسين صحة المرأة الإنجابية.

يتضح من خلال الشكل رقم 1 الذي يلخص عناصر الصحة الإنجابية، بأن المكونات المذكورة مرتبطة ببعضها البعض. فسلامة الأعضاء التناسلية هو أساس سلامة العملية الجنسية والتي بدورها ضرورية لسلامة العملية الإنجابية، كما أن وسائل منع الحمل تساهم في تحقيق الخصوبة المرغوب فيها من قبل الأزواج و تحافظ على صحة الأم و الطفل معا. و كل هذه العناصر تهدف إلى تحقيق الصحة الإنجابية ككل.

كل عنصر من عناصر الصحة الإنجابية يتطلب وسائل الرعاية، كما أن هذه الوسائل متداخلة ومنها ما هو متعلق بأكثر من عنصر. فمثلا الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا مطلوبة للعناصر الثلاث، فهي تؤثر على سلامة الأعضاء التناسلية حيث أنها من الأمراض التي تصيب الأعضاء، وتؤثر على سلامة العملية الجنسية حيث أنها تنقل هذه الأمراض إلى الطرف الآخر، و تؤثر على سلامة العملية الإنجابية حيث أنها تنقل العدوى من الأم المصابة إلى الجنين.

و الصحة الإنجابية تعنى بصحة الفرد في مجال معين، فهي بالتالي لا تتجزأ عن الصحة العامة للفرد بل هي جزءا منها، فإن ما يصيب الصحة العامة للفرد يؤثر بالتالي على صحته الإنجابية. فالإنسان بمكوناته البدنية و النفسية كائن واحد، فأى قصور في ناحية يؤثر بالضرورة على نواحي أخرى. فعلى سبيل المثال إذا أصيبت المرأة بفقر الدم، فإن ذلك يؤثر سلبا على صحتها الإنجابية و خاصة العملية الإنجابية.



شكل رقم 1: عناصر الصحة الإنجابية و وسائل تحقيقها.

6.1.2. مؤشرات الصحة الإنجابية

1. 6.1.2. معدل وفيات الرضع

و هو عدد وفيات الأطفال الرضع أي الأقل من سنة لكل ألف من الولادات الحية في السنة، ويعتبر هذا المعدل دليل هام على صحة و مستوى معيشة الأفراد بصفة عامة، و فعالية برامج العناية بالأم والطفل بصفة خاصة.

ترتبط وفيات الأطفال الرضع بعدة أسباب نذكر من أهمها: وزن المولود، عمر الأم، عدد الولادات و ارتفاع الخصوبة، تدني الوضع الاجتماعي و الاقتصادي، أسباب بيئية، نوعية العناية الصحية و توفرها.

2. 6.1.2. وفيات الأطفال دون السن الخامسة

يتعلق هذا المؤشر بوقوع حالات وفاة الأطفال الرضع و الأطفال الصغار، لذلك فهو يعكس تأثير الأمراض و غيرها من أسباب الوفاة على الأطفال الرضع.

3. 6.1.2. نسبة وفيات الأمهات

يعرض هذا المؤشر حالات وفاة النساء لكل مائة ألف ولادة حية التي تنجم عن أسباب مرتبطة بالحمل و الولادة و فترة النفاس و المضاعفات المرتبطة بها. فعند النظر في معدلات وفيات الأمهات لا بد من ذكر حقيقتين: تتمثل الأولى في أن الوفاة هي أسوأ النتائج الصحية المحتملة، و تتمثل الثانية في أنه من الممكن تجنب معظم أسباب وفيات الأمهات [13] ص 23. و لذا يصبح من المعقول النظر إلى معدلات وفيات الأمهات على أنها المؤشر الأساسي للحالة الصحية المتدهورة للنساء في مختلف البلدان و في داخل القطاعات الاجتماعية المختلفة في البلد الواحد. و يستخدم هذا المؤشر في عدة مجالات نذكر منها:

- تحسين جودة الرعاية الصحية للحوامل و خدمات التوليد.
- تحسين جودة و ممارسات خدمات تنظيم الأسرة و الصحة الإنجابية.
- التخطيط لبرامج التنقيف الصحي للمرأة.

6.1.2.4. الرعاية الصحية أثناء الحمل

الإنجاب هو حمل و وضع، فإذا كانت المرأة الحامل لا تتلقى العناية الكافية بصحتها و صحة جنينها، و كانت ظروف ولادتها غير ملائمة، فإنه لا يمكن القول أن السياسة الصحية في هذا الميدان موفقة.

إن مؤشر المتابعة الطبية للحمل يعبر عن مدى انتشار الوعي بالصحة الإنجابية و عن مدى اهتمام الحكومات بهذا المجال. فنسبة السيدات اللواتي حصلن على رعاية صحية أثناء الحمل، تمثل مؤشر يستخدم لمعرفة مدى انتشار الرعاية الصحية للسيدات أثناء الحمل، واكتشاف المشاكل التي قد تؤثر في الولادة.

6.1.2.5. نسبة الأمهات الحوامل المطعمات ضد التيتانوس

يعتبر تطعيم الأمهات ضد التيتانوس من الخدمات الصحية الهامة التي تقدم للأمهات أثناء فترة الحمل، و ذلك لمنع تعرض أطفالهن حديثي الولادة للوفاة. و يحسب هذا المؤشر بقسمة عدد المواليد التي تلقت أمهاتهم جرعة واحدة أو أكثر من حقن التيتانوس خلال فترة الحمل إلى إجمالي عدد المواليد خلال نفس الفترة.

6.1.2.6. نسبة الولادات التي تمت برعاية أشخاص مدربين

يستند هذا المؤشر إلى نسبة الأمهات اللواتي أشرف على توليدهن أطباء (مختصين أو غير مختصين) أو قابلات يتمتعن بالمهارات، ويستطعن تشخيص المضاعفات الناتجة عن الوضع فضلا عن الولادات الطبيعية.

يحسب هذا المؤشر بقسمة عدد المواليد التي تمت تحت إشراف طبي إلى إجمالي عدد المواليد. و يستخدم لمعرفة مدى انتشار العادات الصحية و المساعدة الطبية السليمة أثناء الولادة، والتي تقلل من مخاطر المضاعفات و العدوى لكل من الأم و الطفل، كما تستخدم في إعداد البرامج الصحية التثقيفية لتأكيد نظام الرعاية الصحية للحوامل.

6.1.2.7. معدل المواليد الأحياء لأمهات صغيرات السن (15- 19 سنة)

يمثل هذا المؤشر عبء الخصوبة على الشابات، فهو معدل سنوي بالنسبة لجميع النساء اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (15- 19 سنة)، و بالتالي لا يعكس تماما مدى خصوبة المرأة أثناء فترة شبابها. و هذا المؤشر يشير إلى المتوسط السنوي لعدد الولادات الأحياء لكل امرأة سنويا لذلك من الممكن ضربه في خمسة لتقريب عدد الولادات لكل 1000 امرأة في أواخر سنوات مراهقتهن.

هذا المؤشر لا يتضمن الأبعاد الكاملة للحمل أثناء فترة المراهقة، و ذلك لأن الأطفال الذين يولدون أحياء هم وحدهم الذين يشملهم الإحصاء، و لا يتضمن المؤشر من يولدون موتى و عمليات الإجهاض العفوي و المتعمد.

6.1.2.8. معدل المواليد الأحياء للأمهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر)

يمثل هذا المؤشر عدد المواليد الأحياء للأمهات في العمر 35 سنة و أكثر خلال فترة زمنية معينة لكل 1000 من الأمهات في نفس العمر و الفترة، و يستخدم في:

- معرفة اتجاه معدلات الإنجاب بالنسبة للعمر.
- مقارنة معدلات الإنجاب التفصيلية و اتجاه المعدلات الحالية.
- إعداد البرامج للتوعية بمخاطر الولادة في سن متأخرة بالنسبة للأم و الطفل.

6.1.2.9. نسبة السيدات اللواتي حصلن على رعاية طبية بعد الولادة

يمثل هذا المؤشر عدد مواليد الأمهات اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال فترة زمنية معينة إلى إجمالي عدد المواليد في نفس الفترة، و يعبر عن مدى انتشار زيارات الرعاية الصحية و التوعية بعد الولادة.

6.1.2.10. نسبة الولادات التي تمت بعملية قيصرية

يكشف هذا المؤشر عن مدى حدوث مشاكل صحية للأم وقت الولادة، و يحسب بقسمة عدد المواليد التي تمت بعملية قيصرية إلى إجمالي عدد الولادات.

6.1.2.11. نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة

يعكس هذا المؤشر الدور الذي توليه الدولة لقطاع الصحة من خلال نسبة النفقات الحكومية المخصصة له، و يحدد هذا المؤشر نصيب الفرد من حصص الناتج المحلي الإجمالي للصحة.

6.1.2.12. نسبة الإصابة بعدوى الجهاز التناسلي والأمراض المنتقلة جنسيا بين

المترددات على المراكز الصحية.

و تمثل عدد النساء المترددات على المراكز الصحية المصابات بعدوى الجهاز التناسلي والأمراض المنتقلة جنسيا خلال فترة زمنية معينة إلى إجمالي عدد السيدات المترددات على هذه المراكز خلال نفس الفترة. و يستخدم هذا المؤشر في تقييم الحالة الصحية للأمهات و إعداد و تقييم مؤشرات جودة الرعاية الصحية.

6.1.2.13. نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الولادات

يقدر هذا المؤشر نسبة النساء اللواتي لديهن إمام بإحدى طرق تنظيم الولادات، و يعرفن أحد المصادر التي يمكن لهن الحصول منها على وسائل منع الحمل. فالمعلومات المتعلقة بالمصدر لها صلة أكبر بوسائل منع الحمل الطبية و العازلة و بوسائل الامتناع الدوري عن ممارسة الجنس.

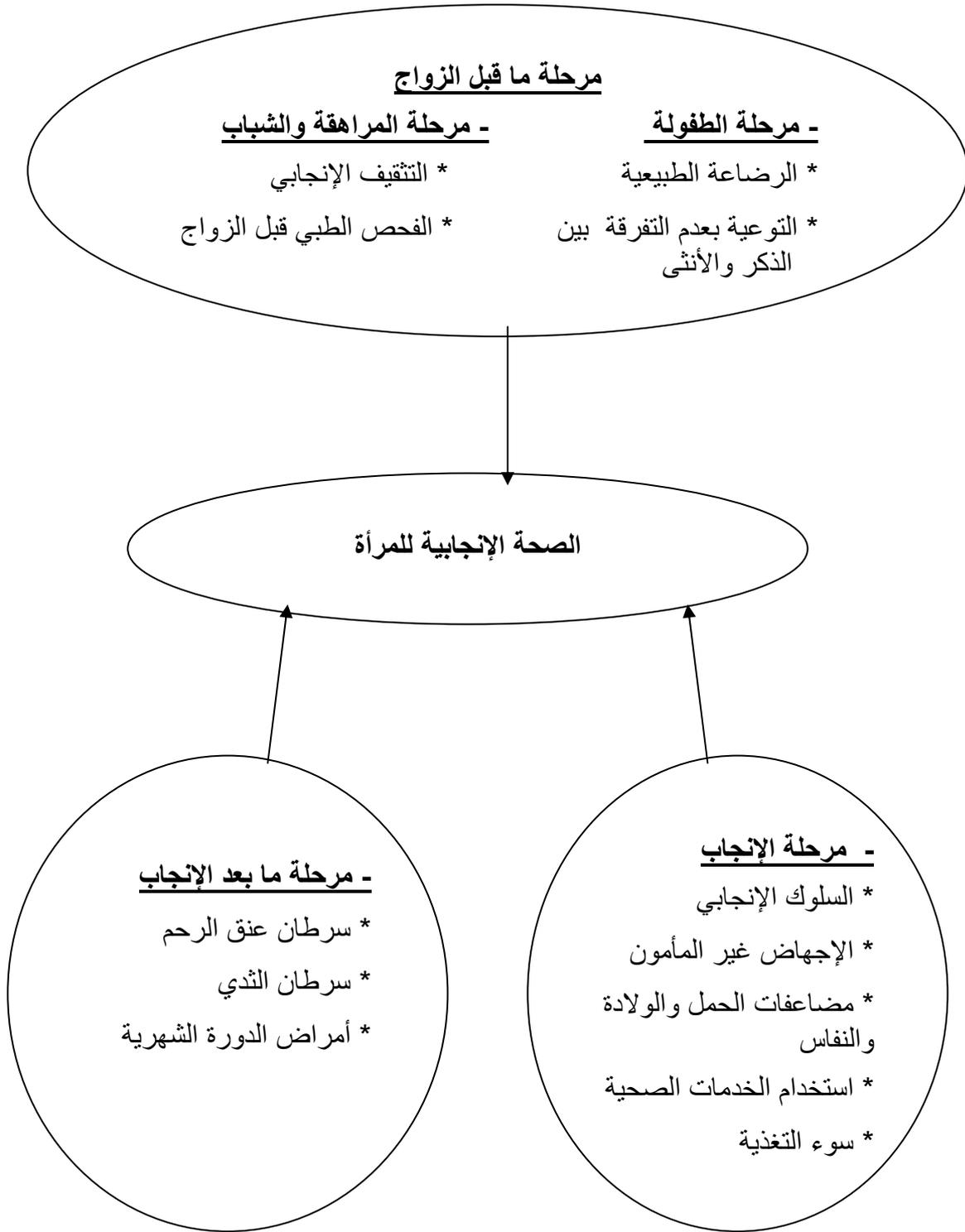
7.1.2. مراحل الصحة الإنجابية

إن مفهوم الصحة الإنجابية يتجاوز الاهتمام بصحة المرأة أثناء الحمل و عند و بعد الوضع إلى الاهتمام بصحتها و هي طفلة. فالمرأة الحامل إذا كانت قد وفرت لها العناية الصحية منذ الطفولة، و استمر توفير الخدمات الصحية لها حتى بلوغها مرحلة الحمل، ستكون و هي في فترة الإنجاب في وضع صحي افضل لو أنها حرمت من العناية قبل هذه المرحلة. والطفلة غير السليمة صحيا أو المريضة و التي يرافقها المرض في طفولتها و في فتوتها، يصعب الاعتناء بها أثناء فترة الإنجاب وجعلها في وضع صحي متكامل.

فالصحة الإنجابية للمرأة لا ترتبط فقط بسنوات الإنجاب (15- 49 سنة)، بل تشمل مختلف مراحل حياتها و ذلك من الطفولة المبكرة إلى الشيخوخة. فالمسائل المتعلقة بالتعليم و الرعاية الصحية الملائمة تنشأ في مرحلتي الطفولة و المراهقة، وتظل تلك المسائل مطروحة خلال سنوات الإنجاب إلى جانب المسائل المتعلقة بتنظيم الأسرة و الأمراض المنتقلة جنسيا و إصابة الجهاز التناسلي و التغذية الكافية و السليمة و الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل و بعد الولادة و المكانة الاجتماعية للمرأة.

فمن خلال الرعاية الصحية الإنجابية الدقيقة يتم الكشف عن الأمراض و تدبير علاجها في وقت مبكر، كما يتم توفير المعلومات والمشورة عن أعراض الأمراض والمشاكل المتوقعة والأماكن التي يمكن المعالجة فيها قبل حدوث المضاعفات.

تقسم مراحل حياة المرأة وفق مفاهيم الصحة الإنجابية الحديثة إلى ثلاث مراحل وهي: مرحلة ما قبل الزواج و مرحلة الإنجاب و مرحلة ما بعد فترة الإنجاب كما هو مبين في الشكل رقم 2.



شكل رقم 2 : مراحل الصحة الإيجابية للمرأة

- النمو الجسدي: يترك هذا النمو أثرا نفسيا على الفتاة المراهقة، فيشتد اهتمامها بمظهرها و صحة جسمها و رشاققتها و محاولة جذب انتباه الآخرين إليها.

- النمو العقلي: و هو عملية تتضمن التغيير في القدرات العقلية العامة و الخاصة وصولا بالمراهقة إلى مرحلة الاستعداد الوظيفي المتكامل، أي النضج العقلي لتصبح الفتاة بالغة راشدة عاقلة. و اهم ما يميز النمو العقلي في هذه المرحلة هو نمو القدرات و المواهب، كما تمتاز هذه الفترة بالتطور على صعيد الآراء و المواقف.

- النمو العاطفي: تمر المراهقة بمرحلة نمو الانفعالات حتى تصل إلى مرحلة الرشد التي تتزن فيها انفعالاتها و تنضبط. و المراهقة في هذه المرحلة تسعى إلى الاستقلال عن الوالدين الكبار و تكوين شخصيتها المستقلة، كما يلاحظ انطوائها و تمركزها حول ذاتها و خجلها و إحساسها بالذنب أو الخطيئة، و تتميز بفيض غزير من العاطفة و الحماس و تمتزج هذه العاطفة بالتأثيرات الروحية.

إن الحدث الطبيعي في حياة كل فتاة في مرحلة المراهقة هو حدوث الدورة الشهرية و بداية فترة الإنجاب. و قد تكون الأنثى في هذه المرحلة معرضة للإصابة بالأمراض المنتقلة جنسيا، و هذا يحدث في بعض المجتمعات غير المحافظة دينيا. و قد تعاني بعض الفتيات من مشاكل نفسية تصطبغ بالتغيرات التي تتبع مرحلة البلوغ، و لابد من الانتباه إلى مثل هذه المشاكل النفسية و إيجاد المعالجة الصحيحة لها.

3.1.7.1.2. مرحلة الشباب

تشتمل هذه المرحلة على عنصرين هامين لضمان صحة الأفراد و هما التنقيف الإنجابي والفحص الطبي قبل الزواج.

■ التنقيف الإنجابي

يرفض الكثير من الآباء أن تنال بناتهم أي قسط من التعليم أو الثقافة الإنجابية خوفا من انحرافهن. و الحقيقة مخالفة لذلك حيث أنه هناك من الأمور الإنجابية التي يتعين على البنات أن تنال قدرا من المعرفة عنها، و مثال ذلك حدوث الطمث و الزواج و ليلة الزفاف و فيزيولوجية الحمل والولادة و غيرها. و هناك من الأمور الجنسية التي يلزم معرفتها لتكون هداية لهن ليصبحن زوجات صالحات، و عاصما لهن من الوقوع في الخطأ إذا ما تم تعلمها على أسس علمية صحيحة.

و في غياب التنقيف الإنجابي تفاجأ البنت بحدوث نزيف من جسمها في سن البلوغ دون معرفة سببها له، وينتاب العروس الفزع والخوف ليلة الزفاف من المجهول بالنسبة لهن، وتفاجأ الأم بآلام الوضع وهي لا تدري أي شيء عن فيزيولوجية الولادة و أطوارها و الزمن اللازم لها. فالتعليم

و التنقيف الإنجابي و الجنسي للمراهقات بصورة علمية صحيحة لا يحرض على الانحراف، بل يغرس في نفوسهن الثقة و الاعتزاز بالنفس و احترامها. فعلى الآباء ألا يقفوا موقف الرفض لقيام المدارس بهذا التعليم و عليهم تشجيع الأمهات على فتح قنوات حوار صريح مع البنات في كل هذه الأمور.

و في هذا المجال، حث المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994) الحكومات على الاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات التنقيفية والخدمات للمراهقين، كي يتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية ومسؤولة. كما حث على تنفيذ البرامج المتعلقة بالتعليم و تقديم المعلومات بشأن قضايا الصحة الجنسية و الإنجابية و الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية /الإيدز.

و يعتمد التنقيف الإنجابي على إعطاء معلومات ونصائح عن الزواج و الإنجاب للأفراد المقبلين على الزواج و توعيتهم عن:

- مشاكل زواج الأقارب و الأمراض الوراثية المنتشرة في المجتمع.
- خطورة التصرفات غير السليمة ولا سيما التدخين و المخدرات.
- الأمراض الحادة و المزمنة و تأثيرها على الزواج و الإنجاب.
- أسس الصحة الإنجابية لدى الجنسين بما فيها مفاهيم تنظيم الأسرة و الأمومة السليمة.
- أهمية إعطاء اللقاحات و لا سيما الكزاز و الحصبة الألمانية للفتيات و التهاب الكبد للجنسين معا.

■ الفحص الطبي قبل الزواج

و يعني عملية الاسترشاد بالخبرة المتخصصة طبيا و نفسيا و اجتماعيا، و ذلك بهدف تقليل فرص فشل الزواج و المعاناة الناتجة من وجود مخاطر صحية كالأضرار الوراثية و المزمنة و المنتقلة جنسيا. و يعني كذلك العمل على توفير القدر الضروري من المعرفة بالصحة الجنسية و الإنجابية التي تسهل على الزوجين حياتهما، و تيسر لهما القدر الضروري و الكافي من الصحة و المتعة. و هذه المشورة أصبحت ضرورية لكلا الجنسين من الشباب و الفتيات، و يمكن توفيرها من خلال المراكز المتخصصة و عيادات طب النساء.

ومن أهم التحاليل الطبية التي تجرى على المقبلين على الزواج نذكر:

* تحليل الدم: يتم تحليل الدم لقياس نسبة الهيموجلوبين فيه و حجم كريات الدم الحمراء و البيضاء. فإذا كانت نتيجة التحليل غير طبيعية، يطلب من الشخص عمل تحاليل الدم المفصلة لأنواع الهيموجلوبين عن طريق الفصل الكهربائي، وذلك للكشف على المرض أو الداء قبل الحمل أو الزواج، و بالتالي معالجته أو تجنب عواقبه و مضاعفاته.

* تحليل العامل Rh: إذا كانت الزوجة سالبة و الزوج إيجابي فإن الأطفال غالبا ما يكون فصيلة دمهم إيجابي. و عند الولادة يختلط دم الطفل بدم الأم مما يساعد على تكوين أجسام مضادة تؤثر على الأطفال في الحمل الموالي، لذلك يجب إعطاء الأم بعد الولادة حقنة تمنع تكوين الأجسام المضادة حفاظا على صحة طفلها.

* تحليل الهرمونات والسائل المنوي: يتم تحليل الحيوانات المنوية عند الرجل لمعرفة عددها ونسبتها السليمة و نسبة الحركة الفاعلة فيها. كما يتم فحص عمل هرمونات الذكورة و الهرمونات عند المرأة في اليوم الثالث من الدورة الشهرية للاطمئنان على الوضع الصحي للإنجاب. و هذه التحاليل تمكننا من معرفة قدرة المقبلين على الزواج على إنجاب الأطفال.

* هناك فحوصات أخرى تجرى للكشف عن الأمراض المنتقلة جنسيا كمرض الزهري و الكلاميديا والإيدز و غيرها، و ذلك لمنع انتقال العدوى بين الزوجين و لحماية الجنين من التشوهات أو الإجهاض.

يهدف الفحص الطبي قبل الزواج إلى الكشف عن:

* العقم كعجز الرجل الجنسي أو فتور المرأة الحسي و ما في جهازها التناسلي من نقص كأن تكون محرومة من الرحم.

* الأمراض التي تؤثر في الحمل و الولادة و الذرية مثل عامل Rh.

* الأمراض المعدية كالأمراض الجلدية مثل الجرب و الالتهابات الفطرية و غيرها، و في حالة وجود أي مرض معدي يجب علاجه قبل الزواج حتى لا تنتقل العدوى بين الزوجين.

* الأمراض التناسلية حيث يتم التأكد من عدم وجود قرح على الأعضاء التناسلية أو إفرازات غير طبيعية من الجهاز التناسلي، و في حالة وجود أي مرض تناسلي يجب علاجه قبل الزواج لتفادي الأمراض المنقولة جنسيا.

* الأمراض الحرجة، حيث يجرى للمرأة فحص عام للكشف عن أي مرض مزمن قد يتأثر بالحمل و يحتاج لرعاية خاصة أثناء الحمل كأمراض القلب والكلى و ارتفاع ضغط الدم و السكري.

* الأمراض الوراثية ويتم ذلك بمعرفة التاريخ الصحي للأسرة، أي الكشف عن وجود أي مرض وراثي لدى أي فرد من الأسرتين كمرض السكر و تخلف العقل و الهيموفيليا.

2.7.1.2. مرحلة الإنجاب

أثبتت جميع الدراسات و البحوث أن هناك إطار صحي للإنجاب، وأن الخروج عن هذا الإطار تنتج عنه مخاطر صحية و نفسية و اجتماعية، و لا يمكن أن تتحقق معه الصحة الإنجابية للمرأة. و الإطار الصحيح للإنجاب هو أن يبدأ بعد سن العشرين و ينتهي عند سن الخامسة و الثلاثين، و أن يفصل كل حمل ثلاثة سنوات على الأقل، و أن تعدد الولادات (خمسة ولادات و أكثر) يصيب الأم بالإرهاق و اعتلال في الصحة و فقر الدم و ترهل العضلات، و تزداد معه احتمالات وفيات الأطفال.

هناك عوامل تؤثر على صحة الأم أثناء هذه المرحلة نذكر منها سوء التغذية، الحمل المتتالية و غير المخططة، الإجهاض غير المأمون، مضاعفات الحمل كفقر الدم، مضاعفات النفاس كالنزف و التهاب الرحم النفاسي و الاضطرابات النفسية، الخدمات الصحية غير الجيدة، الوسط الاجتماعي و الاقتصادي المتدني فهو يشكل خطورة أكبر على الحمل لزيادة نسب الأمراض خاصة فقر الدم و لعدم استخدام الخدمات الصحية.

3.7.1.2. مرحلة ما بعد الإنجاب

في هذه المرحلة تظهر مضاعفات نتيجة للتغيرات التي تحدث بعد توقف الإنجاب، و من هذه المضاعفات نذكر: سرطان عنق الرحم، ارتخاء و هبوط الرحم و المهبل، تهشش العظام، مضاعفات القلب و الأوعية الدموية، مضاعفات الجهاز البولي، مضاعفات الجهاز العصبي و مضاعفات الحالة النفسية و قد تظهر أحيانا كالأحباط.

8.1.2. المبادئ التي تركز عليها الصحة الإنجابية

تعد الصحة الإنجابية جزءا لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية، فهي تغطي أكثر من عنصر منها، لهذا فالصحة الإنجابية تركز على عدد من المبادئ الأساسية التي تشكل العناصر الجوهرية للرعاية الصحية الأولية و هي:

1- ضرورة ارتكاز التدخلات على أفضل المعلومات العلمية المتوفرة، و أن لا تستعمل إلا الطرق التي أثبت العلم صحتها.

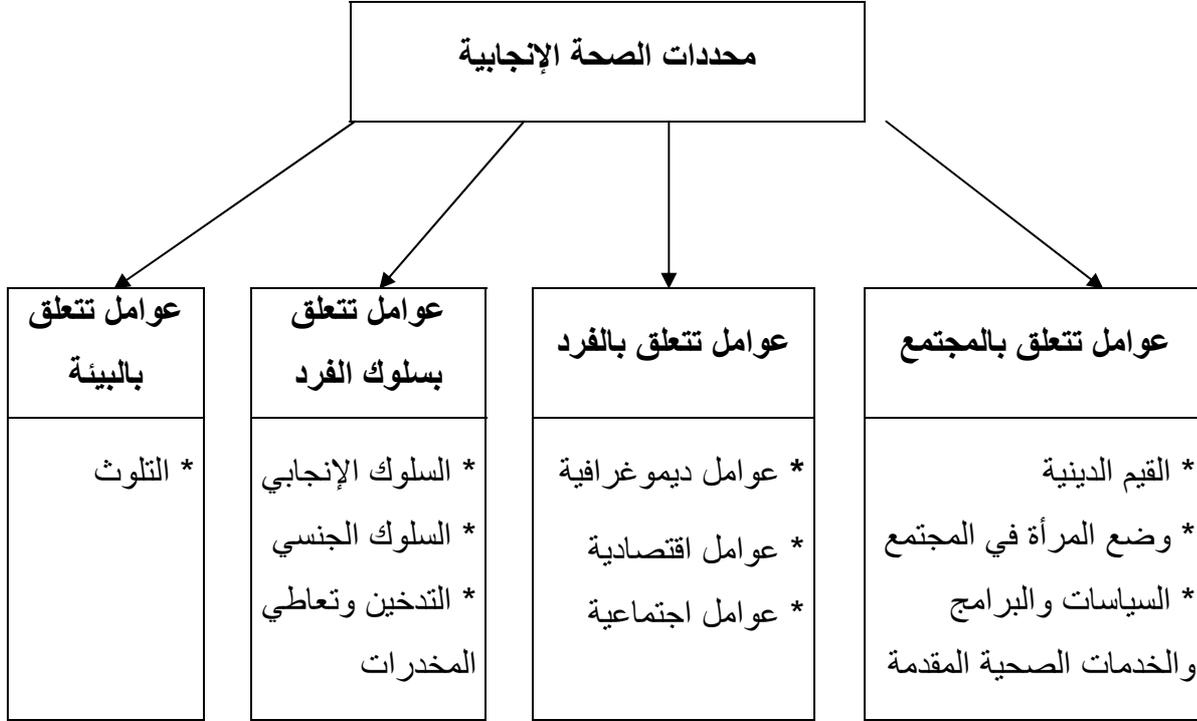
2- ضرورة تحقيق العدالة في إيصال الرعاية الصحية إلى الجميع بما فيهم الفقراء و المحرومين.

3- ضرورة تقديم الحد الأدنى من الخدمات التي يستطيع نظام الرعاية الصحية أداءها بصورة مناسبة.

- 4- عدم تركيز أي من الموارد البشرية و المادية في موقع القمة من نظام الرعاية الصحية، وضرورة إعادة توزيعها بين المناطق المحيطة و المجتمعات التي يعيش فيها السكان (اللامركزية).
- 5- توفير نظام إحالة فعال حيث أن معالجة المضاعفات و الأمراض المزمنة و الحالات الخطرة، يتطلب تجهيزات و مهارات عالية لا نجدها إلا في مستويات رعاية أعلى.
- 6- ضرورة إجراء الفحص الطبي قبل الزواج لاستبعاد وجود أي اضطراب بدني أو وراثي مستتر، وهو أمر يمكن معالجته أو تصحيحه في معظم الحالات.
- 7- ضرورة الحصول على التوعية اللازمة في مجال تنظيم الأسرة، ويتم ذلك بطلب المشورة من طبيب مختص أو مراجعة عيادة تنظيم الأسرة.
- 8- ضرورة الحصول على الرعاية أو التوعية السابقة للحمل، وذلك لتصحيح أي خلل والحصول على المشورة حول الاستعدادات النفسية و البدنية اللازمة لخوض تجربة الحمل المخطط له.
- 9- ضرورة توقف المرأة عن الحمل بعد بلوغها سن الأربعين، و ذلك تفاديا للأخطار التي يمكن أن تهددها، و تجنباً للاعتلال الذي يصيب الأطفال الذين يولدون لأمهات متقدمات في السن و لا سيما التخلف العقلي.
- 10- ضرورة إجراء فحوصات دورية بالنسبة للمرأة المتزوجة بحثاً عن أي أعراض مرضية، لاسيما سرطان عنق الرحم و سرطان الثدي، و هو أمر ضروري خاصة إذا كانت في الأسر سوابق للإصابة.
- 11- توفير نظام إشراف داعم و إيجابي مع تدريب العاملين في مجال الصحة الإنجابية على مهامهم المختلفة و توفير المعدات و الأدوية اللازمة.
- 12- مشاركة المجتمعات المحلية و الجمعيات الأهلية في تقييم الخدمات و تطويرها و تنفيذها والتنسيق بين القطاعات المختلفة خاصة مع القطاع الخاص.

9.1.2. محددات الصحة الإيجابية

تتحدد الصحة الإيجابية بمجموعة من العوامل منها ما يرجع إلى الفرد نفسه ومنها ما يرتبط بالمجتمع أو بالبيئة التي تحيط به، ويمكن تلخيص هذه العوامل في الشكل رقم 3 .



شكل رقم 3: محددات الصحة الإيجابية

9.1.2.1. العوامل المتعلقة بالمجتمع

هناك عدة عوامل ترجع إلى المجتمع تؤثر على الصحة الإيجابية للأفراد كالقيم الدينية ووضع المرأة و مكانتها داخل المجتمع، و كذلك ما تصنعه الدولة من سياسات و برامج، و ما توفره من خدمات في مجالات الصحة الإيجابية المختلفة.

9.1.2.1.1. القيم الدينية

تتأثر الصحة الإيجابية بالقيم الدينية السائدة في المجتمع التي تفرضها كافة الشرائع السماوية. فمثلا كل الأديان تحرم الاتصال الجنسي غير المشروع، فإذا حافظ المجتمع على دينه والتزم أفراداه بالقيم الدينية الصحيحة، فإنه يكون بعيدا عن مخاطر الأمراض المتنقلة جنسيا كمرض السيلان والزهري و الإيدز.

9.1.2.2. وضع المرأة في المجتمع

يعكس وضع المرأة في المجتمع عوامل كثيرة تؤثر على صحتها الإنجابية، ففي كثير من البلدان تتعرض البنات للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية و الحصول على الرعاية الصحية. وفي المناطق التي تتدنى فيها مكانة المرأة، تأتي صحتها و تعليمها و حاجاتها العاطفية في الدرجة الثانية بعد الرجل.

9.1.2.3. السياسات و البرامج و الخدمات الصحية المقدمة

إن وضع و تنفيذ السياسات و البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية ينعكس على صحة الأفراد. فالخدمات الصحية التي توفرها الدولة سيكون لها أثارا فعالة اتجاه الصحة الإنجابية للأفراد، فلا يمكن الوقاية من المشاكل المتعلقة بالإنجاب أو علاجها أو الحد منها من غير توفر خدمات صحية ذات جودة عالية، تم التخطيط لها بعناية لتلبي الحاجات الصحية للفئات المختلفة دون عناء كبير.

و تعتبر البحوث و الدراسات في مجالات الصحة الإنجابية التي تقوم بها الدولة من خلال مؤسساتها و مراكزها البحثية المختلفة، من الأدوات الهامة في وضع السياسات و البرامج و تقييم الخدمات المختلفة في توفير البيانات عن جميع جوانب الصحة الإنجابية.

9.1.2.2. العوامل المتعلقة بالفرد

9.1.2.1. عوامل ديموغرافية

تتمثل العوامل الديموغرافية التي لها علاقة بالصحة الإنجابية في العمر و الجنس.

العمر

توجد أمور كثيرة للصحة الإنجابية تتعلق بمراحل عمرية معينة، كمرحلة المراهقة و التي يكون فيها الفرد معرضا لمخاطر عديدة للصحة الإنجابية، و تتحدد بفترة عمرية معينة تبدأ من سن البلوغ إلى مرحلة النضج. و هناك كذلك فترة الإنجاب و تتحدد من سن البلوغ إلى سن اليأس بالنسبة للمرأة و من سن البلوغ إلى الوفاة بالنسبة للرجل.

النوع

تخص الصحة الإنجابية بالدرجة الأولى المرأة، فبحكم طبيعتها هي التي تتعرض للحمل والولادة و الإجهاض و الدورة الشهرية و سن اليأس، و هي الأكثر تعرضا للأمراض المنقولة جنسيا مقارنة مع غيرها.

9.1.2.2 عوامل اقتصادية و اجتماعية

عوامل اقتصادية

تعتبر الإمكانيات المادية عنصر أساسي في توفير الخدمات الصحية، وقائية كانت أم علاجية، وهي تقوم على شكلين: يتمثل الأول بالمستشفيات و المراكز الصحية و المستوصفات و تجهيزاتها الطبية و أدواتها و كادرها الطبي و الفني. و يقوم الشكل الثاني على توفير السكن الصحي و تأمين مياه الشرب النظيفة و الغذاء الكامل و غيرها من الاحتياجات الأخرى. و كل ذلك يتطلب إنفاقا كبيرا من قبل الدولة و الأفراد مما يجعل المشكلة الصحية رهنا بإمكانياتها. فالدول ذات الإمكانيات المحدودة و التي تكون ميزانياتها منخفضة و أعباءها كبيرة، سيكون إنفاقها على الخدمات الصحية ضئيلا كما سينتج عنه انخفاض الدخل الفردي و عجز المواطن عن تأمين ما يلزمه من خدمات صحية.

عوامل اجتماعية

تتأثر الصحة الإنجابية بعدد من العوامل الاجتماعية كالزواج المبكر و زواج الأقارب و انتشار الأمية و البطالة بين الأفراد و تدهور المستوى المعيشي للأسر و انتشار الفقر و توفر الخدمات الصحية و غيرها من العوامل الأخرى التي تؤثر بالسلب على الصحة الإنجابية.

9.1.2.3 عوامل تتعلق بسلوك الفرد

السلوك الإنجابي

السلوك الإنجابي هو طريقة ممارسة الإنجاب من حيث التوقيت و الظروف و العمر، فهو وظيفة طبيعية إلا أنه يتضمن دائما درجة من المخاطر على صحة الأم و الطفل إذا لم تراعى الممارسات الصحية السليمة. فهناك فترات أو ظروف تكون فيها درجة الخطورة عالية سواء على الحمل أو الحامل أو الجنين أو المولود، و هناك مراحل أو فترات تكون عملية الإنجاب خلالها أقل خطورة. و ما يجب تجنبه هو الحمل في المراحل الخطرة المتمثلة في الحمل المبكر (أقل من 20 سنة) و المتقارب (التباعد بين حمل وآخر يقل عن سنتين) و المتأخر (بعد 35 سنة) و العديد (أكثر من خمسة مواليد). و تزداد الخطورة في حالة ترافق أكثر من عامل معا من جانب، و ضعف حالة الأم الصحية و وجود ما يجعل الحمل و الولادة أكثر خطر على حياتها من جانب آخر.

السلوك الجنسي

يتحدد السلوك الجنسي للفرد بالقيم و العادات و الثقافات الموجودة في المجتمع. فإذا كان هذا السلوك في حدود الإطار الشرعي و هو الزواج، فإن الفرد يتجنب العديد من مخاطر الصحة الإنجابية كالأمراض المتنقلة جنسيا بما فيها مرض الإيدز.

التدخين وتعاطي المخدرات

تتأثر الصحة الإنجابية بتدخين المرأة الحامل لما له من أثر ضار على الجنين، كما أن تعاطي المخدرات له مضر وظيفية على جسم وعقل الإنسان. فالمرأة التي تتناول المخدرات تتأثر صحتها العامة وبالتالي صحة جنينها إذا كانت حاملا. كما أن المخدرات التي يتم تعاطيها عن طريق الحقن، إضافة إلى خطورتها، فإنها قد تسبب نقل الإصابة بمرض الإيدز إذا ما تم الحقن بحقنة واحدة لعدة أشخاص كان أحدهم مصابا بهذا المرض.

4.9.1.2. العوامل المتعلقة بالبيئة

تتأثر الصحة الإنجابية بالعوامل البيئية خاصة التلوث والذي قد يؤدي إلى الإصابة بالسرطان والعديد من المخاطر كتشوهات أو وفيات الأجنة و الإجهاض و العقم وغيرها. وأكثر أنواع التلوث خطورة هو التلوث الإشعاعي لما يسببه من وفيات و تشوهات للأجنة و المواليد.

10.1.2. أهمية الصحة الإنجابية بالنسبة للمرأة

إن الصحة الإنجابية لأي أم هي التي تشكل نوعية حياتها اليومية و حياة أسرتها المستقبلية. فسلامة المولود و تمتعه بصحة جيدة ليس مرهونا فقط بأم خالية من الأمراض المرتبطة بالإنجاب التي صاحبته خلال مرحلة الحمل و الولادة، و لكنه مرتبط أيضا بالقدرة على الاستجابة الفعالة من أم معافاة تتمتع بالثقة بالنفس و الصحة الجيدة و القدرة على فهم حاجاتها و حاجات أسرتها. كما أن تدني مستوى الصحة الإنجابية للأم لا يرتبط ويؤثر على قدرتها فقط، بل يقلل من قدرة أسرتها ومجتمعها أيضا، لأن شعورها بالقلق و عدم الاطمئنان يحرمانها من التمتع بحياتها و توفير الرعاية اللازمة لأطفالها و الاهتمام بصحة و سلامة أسرتها. فالصحة الإنجابية للمرأة ضرورية لها كي تأخذ دورها و تقوم بواجبها في المجتمع، وسلامتها في هذا المضمار تزيد من ثقتها بنفسها وتساعد على متابعة تحصيلها و تنقيف نفسها و الانصراف لعائلتها و عملها. وسوء صحتها و معاناتها سوف يؤديان حتما لإهمالها من المجتمع و تقليص خياراتها و مواجهتها بخيار واحد وهو الإنجاب، بالإضافة إلى الممارسات المجحفة في تغذيتها و إطعامها.

2.2. الحقوق الإنجابية للمرأة

يحق لكافة الأفراد التمتع بالحقوق الإنجابية التي تستند إلى مبادئ الكرامة الإنسانية والمساواة، و المرأة كونها تلعب دورا فريدا في تكاثر النوع البشري، فإنها تتأثر بشكل كبير بالسياسات الحكومية. و الحقوق الإنجابية للمرأة في إطار القانون الدولي لحقوق الإنسان هي مزيجا من عدة حقوق مستمدة من حقوق الإنسان. فإذا كان المنظور القائم على حقوق الإنسان لا يقتصر على مبادئ قانونية، فإن المطالب الداعية إلى حق الأشخاص في تقرير الإنجاب بأنفسهم يجب أن تقوم على أسس من القانون الدولي.

كانت سنوات التسعينات عقدا رئيسيا في صياغة الأواصر بين النصوص الواردة في معاهدات حقوق الإنسان و بين الحقوق الإنجابية للمرأة، و يعتبر الاعتراف بالأسس القانونية للحقوق الإنجابية خطوة حاسمة نحو تمتع كافة النساء بحقوق الإنسان.

شكلت الحقوق الإنجابية للمرأة محورا رئيسيا في المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994 و المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المنعقد في بيجين عام 1995. تطرق هذين المؤتمرين إلى المرأة كركيزة أساسية للتنمية، و أعطى لها الحق في التمتع بكافة حقوقها لا سيما في التعليم و الصحة و الرفاه. ونتج عنهما جدول أعمال حول التنمية المستدامة و العدالة الاجتماعية، و تعهدت فيهما الدول الأعضاء بتبني مفهوم الصحة الإنجابية و الجنسية.

2.2.1. مفهوم الحقوق الإنجابية

يعتبر برنامج المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 أول برنامج تطرق إلى تعريف " الحقوق الإنجابية "، و أكد على العلاقة بين أحكام معاهدات حقوق الإنسان و الحقوق الإنجابية و يتجلى ذلك في الفقرة 7- 3 منه التي نصت على ما يلي: "تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية و الوثائق الدولية لحقوق الإنسان و غيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقا دوليا في الآراء، و تستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج و الأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية و مسؤولية عدد أولادهم و فترة التباعد فيما بينهم و توقيت إنجابهم، و أن تكون لديهم المعلومات و الوسائل اللازمة لذلك. و الاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية و الإنجابية، كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان" [3] ص 39.

و هذا المؤتمر أعطى لكل الأفراد الحق في الصحة الإنجابية، بما في ذلك الحق في تحديد حجم الأسرة و المباحة بين الولادات، و أصبح هذا الحق جزءا من إطار حقوق الإنسان الذي تم إرساؤه منذ عام 1948. ففي مجال الحقوق الإنجابية للمراهقين، نصت الفقرة 7- 46 منه على ما يلي: "يتعين على البلدان بدعم من المجتمع الدولي، أن تحمي و تعزز حقوق المراهقين في التربية و المعلومات و الرعاية المتصلة بالصحة الجنسية و الإنجابية، و أن تخفض عدد حالات حمل المراهقات تخفيضا كبيرا" [3] ص 27.

و في سنة 1995 أكد المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المنعقد في بيكين على حقوق المرأة الإنجابية في الفقرة 96 التي نصت على ما يلي: " تشمل حقوق الإنسان للمرأة حقها في أن تتحكم و أن تبت بحرية و مسؤولية في المسائل المتصلة بحياتها الجنسية بما في ذلك صحتها الجنسية و الإنجابية، و ذلك دون إكراه أو تمييز أو عنف" [14] ص 6.

فمفهوم الحقوق الإنجابية جديد نسبيا ولا يستند إلى أساس أخلاقي فقط بل مفهوم له جدواه العملي. هذه الحقوق تشمل بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية و الوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقا دوليا في الآراء. و أهم المعاهدات التي أكدت على حقوق الصحة الإنجابية و المعرفة و حرية الاختيار انبثقت من:

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية و السياسية (1966).
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية (1966).
- المعاهدة الدولية حول إلغاء كافة أنواع التمييز ضد المرأة (1979).
- المعاهدة الدولية حول حقوق الطفل (1989).

2.2.2. الحقوق المتعلقة بالصحة الإنجابية

أثار المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) جدالا كبيرا حول الصحة الإنجابية التي تخطت تنظيم الأسرة، و أعاد التأكيد على الضرورة العلمية للنظر في الجوانب السلوكية و الاجتماعية المتعلقة بالصحة عامة و الصحة الجنسية خاصة. و نتج عن هذا المؤتمر خطة عمل أقرتها 178 دولة، و ارتكزت على أن مفهوم حماية و تفعيل حقوق الإنسان يجب أن يكون المبدأ الأساسي للسياسات السكانية و التنموية، و بذلك أصبح تعريف الصحة الإنجابية اشمل و أوضح.

أدخل هذا المؤتمر مفاهيم جديدة مازالت موضوع جدل في كثير من البلدان كالحقوق و الإنصاف و التمكين و تأكيد الذات و المسؤولية في العلاقات الشخصية و ليس فقط الاحتياجات

والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية. كما تم الاعتراف بالعواقب السلبية الناتجة عن النقص في التعليم و المعرفة، التبعية الاقتصادية و الاستغلال الجنسي، الحمل غير المرغوب فيه و انعكاساته على معدل المرض و الوفيات. و تم الإقرار بالضغط الذي قد يواجهه المراهقون لممارسة النشاط الجنسي في عمر مبكر مع ما ينتج من ذلك من ارتفاع خطر انتشار الأمراض المنقولة جنسياً.

2.2.2.1. الحق في المعلومات و المعرفة حول الصحة الإنجابية و الجنسية

تلعب المعرفة و المعلومات دوراً أساسياً في تأمين الخيارات الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى الأشخاص من خلال عائلاتهم و مجتمعاتهم و حكوماتهم. وفي هذا المجال أكدت مقررات و توصيات برنامج عمل مؤتمر السكان و التنمية (1994) على ضرورة جعل المعلومات حول الحياة الجنسية و الإنجابية و سبل الوقاية من الأمراض و الحمل في متناول الشباب، كما نصت الفقرة 3.7 منه على ما يلي: "يجب الاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات التثقيفية و الخدمات للمراهقين ليتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية و مسؤولة، و الصحة الإنجابية لا تصل إلى الكثير من السكان بسبب عوامل متعددة منها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة البشر، و عدم ملائمة المعلومات و الخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو ضعف نوعيتها" [3] ص 39.

و حث الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ضمن الخطة الاستراتيجية للصحة الإنجابية لعام 2000 الحكومات على ضرورة تقديم الحقوق الأساسية للأفراد في اتخاذ الخيارات الحرة المبنية على المعرفة فيما يخص صحتهم الجنسية و الإنجابية، و توفير سبل ممارسة هذه الحقوق. و ينبثق حق المعرفة كضرورة لاتخاذ الخيارات الملائمة لمواضيع الصحة الإنجابية من عدة حقوق أساسية للإنسان تم الاعتراف بها دولياً، ولضمان هذا الحق يجب جعل المعلومات المتعلقة بقضايا الصحة الإنجابية و السياسات و القوانين ذات الصلة، متاحة على نطاق واسع لجميع الأفراد لكي يتخذوا قرارات واعية بشأن الصحة الإنجابية، و يجب دعم التوعية بشأن الصحة الإنجابية و الحياة الأسرية.

2.2.2.2. الحق في خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية

تتسم إمكانية الحصول على خدمات صحية رفيعة المستوى بأهمية حاسمة للحد من وفيات الأمومة، وتشكل في حد ذاتها أحد حقوق الإنسان الدولية المتمتعة بالحماية. و حدد الخبراء في مجال الصحة عدد من تدخلات الرعاية الصحية التي تسهم في الحد من هذه الوفيات كتوفير سبل الحصول على الرعاية الصحية في فترة ما قبل الولادة و ما بعدها، الرعاية الخاصة بالولادة في حالات الطوارئ، القابلات المدربات على عملية التوليد و تنظيم الأسرة.

لقد تم الإقرار في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994)، أن الحق في اتخاذ القرار لا يصبح نافذاً و ملموساً إن لم تتوفر الشروط لتطبيقه و ممارسته. و تم التأكيد على أن توفير الخدمات الصحية الملائمة و جعلها في متناول الجميع، خاصة الفئات الأكثر عرضة للمشاكل كقوة الشباب و المراهقين، يعتبر هدف أساسي لتحسين الصحة الإنجابية و الجنسية. و حث الحكومات على العمل على تأمين مجموعة كاملة من خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية، بما فيها وسائل تنظيم الأسرة، و ذلك بجعلها متوفرة و سهلة المنال و مقبولة اجتماعياً و ثقافياً و ملائمة لجميع الأفراد. و هذا يشكل تحدياً مزدوجاً حيث يجب تحديد الخدمات الصحية الإنجابية و الأنشطة المتعلقة بها لتكون فعالة من الناحية البيولوجية و الطبية و أن توازي فعاليتها كلفتها.

و يعتبر الحق في تنظيم الأسرة أحد الحقوق الإنجابية الهامة، فهو يعني بالضرورة الحق في معرفة الآثار الإيجابية لتنظيم الأسرة على صحة الأم و الطفل و الأسرة بكاملها، و الحق في معرفة كافة وسائل تنظيم الأسرة المتاحة و منافذ تقديمها لطلبها عند الحاجة إليها.

2.2.2.3. الحق في التمتع بالصحة الجنسية و الإنجابية

نص برنامج عمل المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية (1994) في المبدأ الثامن منه على ما يلي: "لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية و العقلية، و على الدول أن تتخذ كل التدابير المناسبة لكي تكفل على أساس المساواة بين الرجل و المرأة حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة برعاية الصحة الإنجابية التي تشمل تنظيم الأسرة و الصحة الجنسية. و ينبغي أن توفر برامج رعاية الصحة الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر" [3] ص 11. و بين بأن الصحة الإنجابية لا تصل إلى الكثيرين من سكان العالم بسبب عوامل عديدة نذكر من أهمها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة البشر، عدم ملاءمة المعلومات و الخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو سوء نوعيتها، شيوع السلوك الجنسي المنطوي على مخاطر كبيرة، الممارسات الاجتماعية المتميزة، المواقف السلبية اتجاه المرأة و البنت و القدر المحدود من سيطرة الكثير من النساء على حياتهن الجنسية و الإنجابية.

يضمن القانون الدولي لجميع الأشخاص حق التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة الجسمية و العقلية، و في هذا المجال حثت لجنة الحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية التابعة للأمم المتحدة جميع الحكومات على توفير خدمات الرعاية الصحية، و أشارت إلى أن الوفاء بالحق في الرعاية الصحية، بجميع أشكاله و على جميع المستويات، يشتمل على أربعة عناصر مترابطة و أساسية وهي [15] ص 5:

- توافر خدمات الرعاية الصحية.

- قبول الخدمة المقدمة

- جودة الخدمة المقدمة.

- إمكانية الوصول إلى الخدمة و يتميز بأربعة أبعاد متداخلة وهي: عدم التمييز، إمكانية الوصول المادي، إمكانية الاقتصادية للحصول على الخدمة أي تحمل نفقاتها و إمكانية الوصول إلى المعلومات.

فعدم توفر الرعاية الصحية يعرض النساء إلى التأخر في تلقي العلاج اللازم بسبب نقص اللوازم و المعدات الضرورية أو عدم وجودها، كما أن عدم إمكانية الوصول إلى الرعاية بسبب تكلفة الخدمة المرتفعة، الخدمات الصحية غير الملائمة من حيث السن أو الثقافة و سوء نوعيتها بما في ذلك سوء تدريب الأفراد الطبيين أو اتجاهاتهم المتسمة بعدم الاحترام أو عدم الاكتراث و الافتقار إلى الخصوصية، تدهور المرافق و ساعات العمل غير الملائمة، كلها عوامل تحول دون حصول المرأة على الرعاية الصحية الإنجابية الرفيعة الجودة التي تحتاجها، وهذا ما يؤدي إلى رفع معدل وفيات الأمومة.

2.2.2.4. حق تقرير المصير في مجال الإنجاب

إن الحق في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن حياة المرأة الإنجابية، يحميه حق الإنسان في تحديد مصيره الإنجابي على النحو الذي يضمنه القانون الدولي. هذا الحق ضمني في حقوق التمتع بالسلامة الجسدية و الحرية و الخصوصية و الحياة الأسرية، وقد أعرب عن طرحه في وثائق المؤتمرات الدولية و اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة بوصفه الحق في تحديد عدد الأطفال والفواصل الزمنية بينهم. وفي هذا المجال حثت المادة 16 من الاتفاقية [16] ص193، جميع الدول الأطراف على إعطاء الحق للمرأة في أن تقرر بحرية و بشعور من المسؤولية عدد أطفالها و الفترة في إنجاب طفل و آخر، وفي الحصول على المعلومات و التثقيف و الوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق.

و نص برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) في المبدأ الثامن منه على ما يلي: "لكل الأزواج و الأفراد حق أساسي في أن يقرروا بحرية و مسؤولية عدد أطفالهم و التباعد بينهم وأن يحصلوا على المعلومات و التثقيف و الوسائل لبلوغ ذلك" [3] ص11. ودعا الحكومات على إقامة نظام لمراقبة و تقييم الخدمات المقدمة للزبائن، و ذلك بغية الكشف عن الإساءات من جانب منظمي و مقدمي خدمات تنظيم الأسرة و منعها و السيطرة عليها.

لتحقيق هذه الغاية ينبغي على الحكومات أن تكفل التوافق مع حقوق الإنسان و مع المعايير الأخلاقية و المهنية في توفير خدمات تنظيم الأسرة، و ما يتصل بها من الخدمات الصحية الإنجابية الرامية إلى كفالة الموافقة المسؤولة و الطوعية و الواعية، و تزويد الأفراد بمعلومات كاملة تمكنهم من أن يختاروا و يستخدموا وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة استخداما صحيحا.

إن عجز الحكومات عن كفالة الخيار الإنجابي يعرض المرأة للخطر أثناء الحمل و الولادة. وقد ينتج هذا العجز عن عوائق تنظيمية أو قانونية تقف دون سبل الحصول على وسائل منع الحمل أو التمويل غير الكافي لكفالة إتاحتها لمن لا يقدر على دفع تكاليفها، إضافة إلى ذلك قد تمنع الاتجاهات الثقافية السائدة حيال تنظيم الأسرة، بما فيها الرفض من جانب الأزواج، كثير من النساء من استعمال وسائل منع الحمل، وهذا يؤدي إلى رفع احتمال تعرضهن للحمل غير المرغوب فيه وبالتالي اللجوء إلى الإجهاض غير المأمون، وهذا ما يزيد من خطر تعرضهن للوفاة.

2.2.2.5. الحق في الحياة والحرية والأمن

إن الإنجاب هدف سام يحفظ الحياة و يعيد دورتها، ولكن من المفارقات أن الإنجاب يحظى بتقدير جيد ولكنه لا يحظى بما يكفي من الدعم و العون. فالمرأة لا تزال تتحمل عبئا ثقيلًا بسبب الإنجاب وما ينتج عنه من مضاعفات و أمراض مرتبطة بالحمل و الولادة.

إن حق المرأة في الحياة هو أبسط ضمانات حقوق الإنسان، و هذا الأخير تناقضه الوفيات التي تحدث نتيجة للحمل و الولادة و النفاس و التي يمكن إنقاصها بتوفر الخدمات الصحية. كما أن قدرة المرأة على البقاء على قيد الحياة بل ممارستها لهذا الحق في الحياة، مرهونة بحصولها على الرعاية الصحية الإنجابية الرفيعة المستوى من جهة، و عدم تعرضها للتمييز الاجتماعي و الثقافي والاقتصادي و القانوني و تمتعها بالاستقلال الذاتي في القرارات التي ترتبط بحياتها الإنجابية من جهة أخرى. و لتحقيق ذلك يجب على الحكومات اتخاذ عدة تدابير أهمها [17] ص26:

- الحيلولة دون حدوث وفيات الأمومة و وفيات الرضع التي يمكن تجنبها.
- الحد من التمييز ضد النساء الذي يمكن أن يؤدي إلى وفيات سابقة لأوانها.
- توفير المعلومات و الوسائل التي تحول دون الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا بما فيها الإيدز.
- القضاء على جميع أشكال العنف القائمة على أساس النوع الاجتماعي.
- تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات إنجابية بدون إكراه أو عنف أو تمييز.

و عدم كفالة الحكومة لهذه التدابير يشكل حرمانا من الضمانات الأساسية لحقوق الإنسان التي يحق لجميع النساء التمتع بها في ظل القانون الدولي.

2.2.2.6. الحق في الخصوصية

لكل شخص الحق في عدم تعرضه للتدخل التعسفي في خصوصيته، وهذا ما نصت عليه المعاهدة الدولية الخاصة بالحقوق المدنية و السياسية (1966) في الفقرة 17-1 التي تضمنت ما يلي: "لا يجوز تعريض أي شخص، على نحو تعسفي أو غير قانوني، للتدخل في خصوصياته أو شؤون أسرته أو بيئته أو مراسلاته، و لا لأي حملات غير قانونية تمس شرفه أو سمعته" [14] ص 13. كما نص برنامج المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) في الفقرة 7- 45 منه على ما يلي: "خدمات الصحة الإنجابية و الجنسية يجب أن تحافظ على حقوق الأفراد في الخصوصية و السرية و الاحترام و الرضا الواعي مع احترام القيم الثقافية و المعتقدات الدينية" [14] ص 13.

فلكل فرد الحق في التمتع بسرية بكل خدمات الرعاية الجنسية و الإنجابية، و التمتع بحقه في التعبير عن اتجاهه الجنسي للحصول على حياة جنسية آمنة، كما تتمتع المرأة بالحق في الخيارات الإنجابية.

2.2.2.7. حق جميع الأفراد في الحماية من الأمراض المنتقلة جنسيا

لكل فرد حق الحماية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب و غيره من الأمراض التي تنتقل جنسيا، وفي هذا المجال نصت الفقرة 8- 34 من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) على ما يلي: "ينبغي للحكومات أن تضع سياسات و مبادئ توجيهية لحماية حقوق الفرد و القضاء على التمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب و عائلاتهم" [14] ص 9. و دعا هذا المؤتمر الحكومات إلى تعزيز الخدمات الرامية إلى الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مع ضمان السرية التامة.

2.2.2.8. الحق في قيام الزواج على الرضا الحر لطرفيه

إن الزواج و تكوين أسرة هو حق من الحقوق الإنجابية، و الغرض منه هو تكوين أسرة قوية و متماسكة يتمتع أفرادها بأعلى المستويات الممكنة من الصحة، و يبدأ ذلك من الوالدين انتهاء بالأولاد. و يرتبط هذا الحق بالحرية في اختيار الأولاد المرغوب في إنجابهم، فمن حق الأزواج تكوين أسرهم الصغيرة التي تتلاءم مع متطلباتهم عن طريق الزواج الذي يحق لهم تقرير الوقت المناسب لهم ويشمل هذا الحق الزوج و الزوجة.

و في هذا المجال نصت المادة 16-1 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) على ما يلي: "للرجل و المرأة بعد بلوغ سن الزواج، حق الترويج و تأسيس أسرة دون أي قيد بسبب الجنس أو الدين، و لها حقوقها متساوية عند الزواج و أثناء قيامه و عند انحلاله" [14] ص 11. كما نص

المبدأ التاسع من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994) على ما يلي: "الأسرة هي وحدة المجتمع الأساسية ومن ثم ينبغي تعزيزها، و يجب أن يقوم الزواج على الرضا الحر لطرفيه، و أن يكون الزوج و الزوجة شريكين على قدم المساواة" [14] ص12.

إن الضغوط الاجتماعية قد تلزم أحد الزوجين أو كليهما بالزواج في وقت قد يجدانه غير مناسب، و هذا ينطبق على الفتاة التي قد تحرم من إكمال تعليمها أو على الشاب الذي قد لا يجد في نفسه القدرة على تحمل مسؤولية الزواج و الأبوة. وفي هذا الصدد نصت الفقرة 274هـ من منهاج عمل بيبكين (1995) على ما يلي: "يجب على الحكومات سن و تنفيذ القوانين الكفيلة بأن لا يتم الزواج بغير الرضى الحر و الكامل للمقدمين على الزواج، و يضاف إلى ذلك سن القوانين المتعلقة بالحد الأدنى لسن الرشد و الحد الأدنى لسن الزواج، و تنفيذ تلك القوانين بصرامة و رفع الحد الأدنى لسن الزواج عند الاقتضاء" [14] ص12.

فإذا كان توقيت الزواج غير المناسب أو غير المرغوب ذو أثر نفسي و اجتماعي سلبي، فإن زواج الأقارب له أثر صحي بالغ السوء على الأبناء حيث تكثر لديهم الأمراض الوراثية التي قد تكون مستترة لدى الأبوين القريبين.

2.2.2.9. الحق في عدم التعرض للتمييز

عرف مصطلح "التمييز ضد المرأة" في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (1979) بأنه "أي تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس الجنس و يكون من أثاره أو أغراضه، تهوين أو إحباط الاعتراف للمرأة بحقوق الإنسان و الحريات الأساسية في الميادين السياسية والاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و المدنية أو في أي ميدان آخر، أو تهوين أو إحباط تمتعها بهذه الحقوق أو ممارستها لها، بصرف النظر عن حالتها الزوجية و على أساس المساواة بينها و بين الرجل" [14] ص14.

تدعو هذه الاتفاقية الحكومات أن تمتنع عن الأفعال المتسمة بالتمييز ضد المرأة، و أن تعمل فعلياً على تعديل الأنماط الاجتماعية و الثقافية لسلوك الرجل و المرأة، وذلك بهدف القضاء على التحيز و العادات العرفية و الممارسات الأخرى القائمة على فكرة دونية أو تفوق أحد الجنسين، أو على أدوار نمطية للرجل و المرأة.

إضافة إلى حماية المرأة من التمييز القائم على أساس نوع الجنس، تسلم الوثائق القانونية و المتعلقة بالسياسات على الصعيد الدولي، بوجود التمييز على أساس المركز الاقتصادي أو الإقامة خارج المناطق الحضرية. و تدعو اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة الحكومات إلى

بذل جهود خاصة لكفالة عدم معاناة النساء من الحرمان في المجتمعات الريفية، و تحديدا فيما يتعلق بنيل تسهيلات العناية الصحية الملائمة، بما في ذلك المعلومات و الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

تعترف اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة بأن "ارتفاع رسوم خدمات الرعاية الصحية و بعد المسافة عن المرافق الصحية و عدم توفر وسائل نقل عام مريحة و ميسورة، تشكل حواجز تنقص من إمكانية حصول المرأة على هذه الخدمات كما تشكل في حد ذاتها أشكالا للتمييز" [18] ص9. و هذه الأشكال تستهدف على وجه التحديد النساء المعرضات لأشد الخطر في مسائل الصحة الجنسية و الإنجابية، و يتعلق الأمر بالشابات و النساء اللواتي يعانين من الفقر أو المقيمت في المناطق الريفية و النائية.

و الواقع أن الصحة الإنجابية لا تتحقق إلا بنيل الطرفين حقوقهما و عدم شعورهما بنقص هذا الحق، كما أن استقرار الأسرة و سعادتها هو الهدف الأكبر و الأسمى و يتحقق ذلك بداية من الاعتراف بحقوق الطرفين المشكلين لنواة هذه الأسرة، و كل ما يبني على أسس صحيحة يكون مصيره النجاح.

2.2.2.10. الحق في عدم التعرض للعنف الجنسي

إن العنف القائم على أساس الجنس و جميع أشكال المضايقة الجنسية و الاستغلال الجنسي، منافية لكرامة الإنسان و قدره وبالتالي يجب القضاء عليه. و في هذا المجال شدد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أهمية العمل من أجل القضاء على العنف ضد المرأة في الحياة العامة و الخاصة، و حث جميع الدول على مكافحته. و تضمن نص المبدأ الرابع من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) ما يلي: "تعزيز المساواة و الإنصاف بين الجنسين و تمكين المرأة و القضاء على العنف ضد المرأة بجميع أشكاله و كفالة قدرة المرأة على السيطرة على خصوبتها، أمور تمثل حجر الزاوية في البرامج المتصلة بالسكان و التنمية" [14] ص22.

العنف ضد النساء هو واحد من أكثر النتائج الوحشية لانعدام المساواة الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الثقافية بين الرجال و النساء، وهو ما تعمل على إدانته الأنظمة القانونية و السياسية. و في هذا المجال اعترف المجتمع الدولي بأن العنف الجنسي يمثل انتهاكا للحقوق الإنجابية للمرأة، و خاصة حقها في السلامة الجسدية و في التحكم في قدرتها الجنسية و الإنجابية.

و من عواقب و أخطار العنف ضد المرأة على صحتها الإنجابية نجد الإصابات البدنية، الحمل غير المرغوب، الإجهاض العفوي و غير المأمون و الوفاة في فترة النفاس، سقوط الأجنة أو ولادة ميتة، تأخير الرعاية في المرحلة المحيطة بالولادة، المخاض السابق لأوانه و الولادة المبكرة،

إصابة الأجنة و انخفاض وزن المواليد و الاضطرابات النفسية كالقلق و الاكتئاب. كما تواجه النساء اللواتي يتلقين معاملة سيئة أيضا مخاطر أعلى للإصابة بعدوى الأمراض المنتقلة جنسيا بما فيه فيروس نقص المناعة البشرية.

2.2.2. 11. الحق في التمتع بالتقدم العلمي

لكل شخص الحق في التمتع بمزايا التقدم العلمي و تطبيقاته. وفي هذا المجال حث مؤتمر بيجين (1995) في الفقرة 109 ح منه [14] ص23، جميع الحكومات على تقديم الدعم المالي و المؤسسي للبحوث بشأن الطرائق و التكنولوجيات المأمونة و الفعالة و المقبولة و ذات الأسعار المناسبة المتعلقة بالصحة الإنجابية و الجنسية للمرأة و الرجل، بما في ذلك الطرائق الأكثر أمانا و فعالية والأيسر و المقبولة أكثر لتنظيم الخصوبة، و وسائل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و الأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. ويتعين أن يسترشد هذا البحث في جميع مراحلها بالمستعملين و بمنظور يرتبط بنوع الجنس و بصورة خاصة بمنظور المرأة، و ينبغي الاضطلاع به في إطار التقيد الدقيق بمعايير البحث البيولوجي و الطبي القانونية و الأخلاقية و الطبية المقبولة دوليا.

هذه الحقوق تعتبر وسائل لتحقيق الصحة الإنجابية، فإذا كانت متاحة للفرد و استطاع ممارستها أدى ذلك إلى تحسين الصحة الإنجابية.

2.2.2. 3. التزامات الدول اتجاه الصحة الإنجابية

2.2.2. 1. 3. 1. التزامات الدول بتوفير خدمات الصحة الإنجابية

دعا برنامج المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) الحكومات على تحقيق ما يلي [3] ص39:
* اتخاذ تدابير متزايدة في ما يخص زيادة الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة العالية، و توفيرها بصورة مجانية و بأسعار معقولة في جميع مراكز الصحة العامة و ذلك بزيادة عدد أماكن توفير الخدمة و التجهيزات اللازمة.

* الإعلام و التثقيف و المشورة حسب الاقتضاء بشأن الحياة الجنسية و الصحة الإنجابية.
* تطوير نظام لا مركزي و إقامة الشراكة مع المؤسسات غير الحكومية و المؤسسات الدولية و مقدّمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص من أجل تأمين و توفير خدمات الصحة الإنجابية لجميع الأفراد في الأعمار المناسبة.

- * تقديم خدمات الصحة المتعلقة بالولادة للمجموعات الأكثر عرضة للأخطار وفي المناطق النائية، وتوفير خدمات تنظيم الأسرة و تشخيص و معالجة مضاعفات الحمل و الولادة و سرطان الثدي والجهاز التناسلي.
- * الوقاية وعلاج العقم و الإجهاض و عواقبه و الأمراض المنقولة جنسيا بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسب "الإيدز"
- * توسيع مساحة الاختيار الواعي بين مجموعة وسائل تنظيم الأسرة من خلال زيادة عدد نقاط تقديم الخدمة و تحسين عمليات الإمداد الخاصة بها.
- * وضع الخطط و البرامج و الاستراتيجيات للتصدي للعنف على أساس النوع الاجتماعي و إجراء الدراسات و البحوث في هذا المجال.
- * مواجهة مضاعفات الإجهاض غير الآمن، حيث اتخذت إجراءات متعددة مثل اعتماد قوانين أو تشريعات لجعل الإجهاض غير قانوني أو قانوني تحت ظروف صحية خاصة.
- * استحداث و مراجعة الخطط و البرامج و الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من العدوى بالأمراض المنقولة جنسيا و رسم سياسات وطنية تخص الوقاية و التحكم في هذه الأمراض.
- * القيام بحملات الإعلام و التثقيف و الاتصال حول سلوكيات الصحة الإنجابية.

2.2.3.2. التزامات الدول بتحقيق و حماية حقوق المرأة الإنجابية

2.2.3.1. التزامات الدول بتحقيق حقوق المرأة الإنجابية

- لتمكين المرأة من الحصول على حقوقها الإنجابية دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994 الحكومات العمل على:
- * التأكيد على حقوق المرأة الأساسية فيما يخص اتخاذ القرار حول الإنجاب كجزء لا يتجزأ من التنمية و حقوق الإنسان.
- * التأكيد على الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا و التهابات الجهاز التناسلي وتوفير المعلومات عنها.
- * إزالة العقبات التي تحول دون الحصول على المعلومات و خدمات الصحة الإنجابية كتخفيض نسبة الأمية بين النساء و توفير الخدمات الصحية بأقل تكلفة.
- * تلبية كل احتياجات الأزواج لوسائل منع الحمل المطلوبة، و رفع قدرتهم على الوصول إلى معلومات وخدمات عالية الجودة بشأن تنظيم الأسرة، و ذلك لبلوغ العدد المطلوب من الأطفال و المبادعة بين ولاداتهم على النحو المرغوب فيه.
- * ضمان التمتع بالخصوصية أثناء تقديم المشورة أو الحصول على الخدمات.
- * التأكد من الحفاظ على سرية أي معلومات شخصية.

- * ضمان المعاملة المتسمة بالود و المجاملة و مراعاة المشاعر و الرعاية الكاملة.
- * تشجيع الرجل على تحمل المسؤولية بشأن الصحة الإنجابية و التزاماته الأسرية لكي يتيح للمرأة إمكانية أن تصبح شريكة على قدم المساواة معه في الحياة العامة و الخاصة. فاتخاذ القرارات في نطاق الأسرة بصورة مشتركة و مساندة الرجال لاختيارات شريكاتهم فيما يتعلق بالصحة الإنجابية عنصران أساسيان للتوجيه المتمكن و القائم على المشاركة.
- * القضاء على جميع ممارسات التمييز ضد المرأة في مرافق الرعاية الصحية العامة، و مساعدتها على إقرار حقوقها و أعمالها بما فيها الحقوق المتصلة بالصحة الجنسية و الإنجابية.
- * القضاء على العنف و الإكراه الجنسي.
- * إعطاء الأولوية لتعزيز و حماية تمتع المرأة و الرجل الكامل على قدم المساواة بجميع حقوق الإنسان و الحريات الأساسية بدون أي نوع من أنواع التمييز (العرق، اللون، الجنس، الدين، الآراء السياسية، الأصل الوطني أو الاجتماعي، الممتلكات، المولد أو أي مركز آخر).
- * وضع سياسات ومبادئ توجيهية لحماية حقوق الفرد و القضاء على التمييز ضد الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية و عائلاتهم، والعمل على تعزيز الخدمات الرامية إلى الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية و ضمان السرية التامة.
- * كفالة حق المرأة في التمتع بأعلى مستويات الصحة طوال دورة حياتها على قدم المساواة مع الرجل.

2.2.3.2.2. التزامات الحكومات بحماية حقوق المرأة الإنجابية

- لحماية حقوق المرأة الإنجابية و جب على الحكومات منع الآخرين من انتهاكها من خلال قوانين صارمة تهدف إلى تأمين فرصة التمتع بهذه الحقوق و من واجبات الدول في هذا المجال نذكر:
- * إلغاء القوانين و الأعراف و الممارسات القائمة التي تشكل تمييزاً ضد المرأة، وتوفير الحماية القانونية الكافية لتساوي الرجل و المرأة في الحقوق.
- * عدم التمييز في توفير المعلومات و الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية بين فئات المجتمع.
- * العمل على تأمين فرص متساوية للجميع للتعبير عن الآراء المتفاوتة أو المتقاربة حول المواضيع المطروحة للنقاش العام.
- * اتخاذ التدابير اللازمة لمنع بعض الفئات أو الأفراد من التدخل الذي يمنع وصول المعلومات الصحيحة و الكاملة حول الصحة الإنجابية.
- * التأكد من أن المعلومات المتعلقة بصحة المستفيدين تعطى لهم كاملة.

- * كفالة تقيد جميع مقدمي الخدمات الصحية و العاملين في مجال الصحة بحقوق الإنسان و المعايير الأخلاقية و المهنية والتي تراعي نوع الجنس، وذلك عند تقديم الخدمات الصحية الموجهة إلى المرأة و الرامية إلى ضمان الموافقة المسؤولة و الطوعية و الواعية.
- * توفير الدعم الاجتماعي و القانوني لمنع العنف الجنسي وذلك بتطبيق القوانين المتعلقة بحماية المرأة و الأسرة من العنف.

خلاصة الفصل

الصحة الإنجابية تعني سلامة الجهاز التناسلي لجميع الأفراد في جميع مراحل العمر المختلفة و سلامة عمليات و وظائف الأعضاء التناسلية لكل الأزواج، و تتشكل من أربعة عناصر أساسية وهي: تنظيم الولادات و سلامة كل من الجهاز الإنجابي و العملية الجنسية و العملية الإنجابية. و كل عنصر يتحقق عن طريق الرعاية الصحية و يتحدد بمجموعة من العوامل منها ما يرجع إلى الفرد نفسه كالنوع و الجنس، ومنها ما يرتبط بالمجتمع كالعادات و التقاليد و وضع المرأة في المجتمع، ومنها ما يتعلق بسلوك الفرد كالسلوك الجنسي و الإنجابي أو بالبيئة التي تحيط به كالتلوث.

و تعتبر الصحة الإنجابية من أهم حقوق المرأة التي تتبع أصلا من حقوق الإنسان، و هي ضرورية لها كي تأخذ دورها و تقوم بواجبها في المجتمع. فحقها في الحياة و حصولها على المعلومات و الخدمات الخاصة بصحتها الإنجابية و الجنسية و عدم تعرضها للتمييز و تقرير المصير في مجال حياتها الإنجابية و غيرها من الحقوق الأخرى، يترتب عليها واجب حكومي يتمثل في تهيئة الأوضاع الضرورية و اللازمة لتحقيقها. كما يجب أن تفي الحكومات بالتزاماتها إزاء النساء اللواتي يقع عليهن التزام بتعزيز حقوقهن و حمايتهن، وأن تكفل سبل حصولهن على خدمات الصحة الإنجابية الملائمة، و أن تعمل على إلغاء القوانين أو السياسات أو الممارسات الاجتماعية التمييزية التي تضر بصحتهن و السماح لهن باستقلالية اتخاذ القرارات بشأن خصوبتهن و حياتهن الإنجابية.

الفصل 3

خدمات الصحة الإنجابية للمرأة

تمهيد

إن توفير خدمات الصحة الإنجابية تمكن الأزواج من تنظيم ولاداتهم و الارتقاء بالصحة الخاصة بالتناسل. و في هذا المجال نادت الخطة التنفيذية لمؤتمر السكان و التنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 بوجوب شمول الخدمات المقدمة للمرأة جميع عناصر خدمات الصحة الإنجابية، و تعني توفير خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأمهات و تضم الرعاية أثناء الحمل، الولادة الآمنة، الرعاية بعد الولادة (النفاس) و رعاية المولود بما في ذلك التثقيف و المشورة الملائمة و الاحتياجات الغذائية للأم و التشجيع على الرضاعة الطبيعية. كما تشمل تنظيم الولادات و الوقاية من العقم و التصدي للعواقب الصحية للإجهاض غير المأمون و الوقاية من الإصابة بالتهاب الجهاز التناسلي و الأمراض المنتقلة جنسيا بما فيها الإيدز.

1.3. الأمومة الآمنة

تشمل الأمومة الآمنة الرعاية الصحية للأم أثناء فترة الحمل و عند الوضع و في فترة النفاس. خلال هذه الفترة تقدم للأمهات خدمات صحية مختلفة تضمن لهن حملاً آمناً و ولادة سليمة، وتجنبهن من المضاعفات المتصلة بالحمل و الولادة و بفترة النفاس والتي تعد من أهم أسباب الاعتلال والوفيات.

1.1.3. الرعاية أثناء الحمل

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل من الأنشطة الهامة التي ترفع من المستوي الصحي للأم والجنين و المولود. فالحمل عملية فيزيولوجية إلا أنه قد تحدث أثناءه بعض المضاعفات يمكن الوقاية من حدوثها أو الإقلال منها بالرعاية الصحية المستمرة للحامل.

عرف كل من ولاس و مايلس رعاية الحامل بأنها "الإشراف الصحي الكامل على الأم خلال فترة الحمل و الحفاظ على صحتها و حمايتها، و حماية جنينها بواسطة الملاحظة المستمرة و الفحص الدقيق وإعطائها الإرشاد الصحي اللازم والذي يجب أن يبدأ مبكراً منذ ظهور أولى علامات الحمل" [19] ص32.

تهدف الرعاية الصحية أثناء الحمل إلى:

- * الكشف عن المرض في مراحله الأولى و تقديم العلاج المناسب له.
- * الدعم و الحماية و المحافظة على صحة الأم أثناء الحمل.
- * تعليم الأم جوانب العناية بالطفل مثل التغذية و الصحة الشخصية.
- * التعرف على العوامل المحاطة بالخطر كزلال الحمل و النزيف و فقر الدم و الحمل المصحوب بمرض السكر و ضغط الدم وغيرها.
- * تخفيض معدلات فقدان الأجنة و خاصة عند الأمهات الصغيرات اللواتي يدخلن تجربة الإنجاب في وقت مبكر (أقل من 20 سنة)، و الأمهات اللواتي يحملن في الأعمار المتأخرة (35 سنة و أكثر).
- يمتد الحمل الطبيعي إلى 40 أسبوعاً، و هي الفترة الزمنية التي تبدأ من اليوم الأول لآخر دورة شهرية وحتى بداية المخاض. فعلى الحامل مراجعة المركز الصحي أثناء هذه الفترة ثمانية زيارات و ذلك منذ بدأ تشخيص الحمل. و من أهم الخدمات التي تقدم خلال هذه الفترة نجد:
- * الكشف الطبي و المتابعة الصحية للحامل مع تقديم خدمات صحية كوزن الأم و قياس ضغط دمها.
- * إجراء الفحوصات الطبية المعملية اللازمة، و تشمل فحص البول للكشف عن السكر و البروتين و البكتيريا و فحص هيماغلوبين الدم و فصيلة الدم وغيرها. و هذه الفحوصات تسمح بالكشف عن

الحالات المرضية التي قد تصاحب الحمل و بالتالي يتم علاجها.

* إعطاء مستحضرات الحديد أثناء الحمل للتخفيف من فقر دم الحوامل.

* تطعيم الحامل ضد الكزاز بحيث تعطى الجرعة الأولى بين الأسبوع 16 و 20 و الجرعة الثانية بين الأسبوع 28 و 30 من فترة الحمل، وهناك جرعة معززة تعطى قبل الموعد المتوقع للولادة بأربع أسابيع.

* التوعية فيما يتعلق بالممارسات الصحية لإنجاب و تربية الأطفال.

* التثقيف الصحي و يشمل العناصر التالية:

- أهمية التغذية المتوازنة أثناء الحمل، وذلك حفاظا على صحة الأم و الجنين.
- الاهتمام بالنظافة العامة و الشخصية.
- أهمية الزيارات الدورية المنظمة لمراكز الرعاية الصحية.
- أهمية الولادة في مؤسسة صحية و على أيدي مدربة للوصول إلى ولادة آمنة.
- توضيح التغيرات الطبيعية التي تطرأ على الحامل أثناء فترة الحمل و الولادة و النفاس.
- توضيح الأعراض و العلامات الخطيرة التي تتطلب المراجعة الطبية الفورية.
- تقديم الإرشادات و النصائح التي تساعد الحوامل على تحقيق حمل سليم و ولادة آمنة و رعاية صحية جيدة.
- تقديم المشورة المتعلقة بتنظيم الولادات و أهميتها بالنسبة لصحة الأم و الطفل.
- أهمية تجنب تناول الأدوية أثناء الحمل إلا باستشارة الطبيب.
- أهمية الابتعاد عن الممارسات و المعتقدات الخاطئة المتعلقة برعاية الحامل، و توضيح مخاطر ذلك على صحة الأم و الجنين.

إضافة إلى هذه الخدمات، تقدم للحامل نصائح حول كيفية إعداد نفسها للرضاعة الطبيعية وتتضمن:

- * بدء الرضاعة فورا في خلال نصف ساعة من الولادة، و إرضاع الطفل بشكل متكرر ليلا ونهارا من الثديين كلما احتاج و ليس بجدول زمني.
- * التوعية بكيفية الوضع السليم للطفل على صدر أمه. فالوضع الخاطئ يتسبب في عدة مشاكل مثل حدوث التهابات أو تشققات بالحلمة و عدم إدرار كمية كافية من اللبن و إجهاد الطفل عن الرضاعة.
- * التأكيد على أن لبن الأم وحده هو أفضل طعام و شراب يمكن أن يحصل عليه الطفل خلال الأشهر الستة الأولى من عمره.
- * التأكيد على أن لبن الأم لا يكلف أي شيء، بينما تكاليف ألبان الماشية و الألبان المجففة تثقل كاهل الأسرة و تستنزف دخلها.

* التوعية بتزايد احتمالات إصابة الأطفال الرضع بسوء التغذية، وذلك بسبب تزايد احتمالات إصابتهم بالإسهال نتيجة عدم الالتزام بقواعد النظافة، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الأطفال.

و اقترح خبراء منظمة الصحة العالمية أخذ العوامل التالية بعين الاعتبار لتحديد إستراتيجيات الرعاية ما قبل الولادة و هي [20] ص158:

- الخصائص المتعلقة بصحة النساء اللواتي بلغن سن الإنجاب، وتشمل التعليم ونوع العمل والعادات المرتبطة بالزواج و الإنجاب و تربية الأطفال.
- العوامل البيولوجية، وتشمل متوسط العمر عند أول حمل و معدل الإنجاب و المباشرة بين الولادات و عدد مرات الحمل.
- الحالة الصحية، المستوى الصحي العام للفتيات المراهقات، النساء اللواتي بلغن سن الإنجاب، حالة التغذية، مستوى و مدى انتشار فقر الدم و الأمراض المعدية.
- انتشار الحالات المرضية المتعلقة بالحمل.
- إمكانية وصول الخدمات إلى النساء الحوامل.
- تسهيلات إحالة حالات الحمل الشديدة التعرض للخطر.

2.1.3. الولادة الآمنة

إن واقعة ولادة طفل عملية فيزيولوجية فطرية، قد تحتاج إلى تدخل علاجي أو جراحي نتيجة لبعض المشاكل الصحية الطارئة أو الواردة أثناء الولادة. و الرعاية الصحية أثناء الولادة تحددها الرعاية أثناء الحمل و الحالة الصحية للأم، إلا أنه يجب أن تتم الولادة على أيدي مدربة ومؤهلة. وذلك لأن المرأة الحامل عند الولادة، قد تعاني من عدة مشاكل قد تكون طارئة نذكر منها الاحتياج إلى التدخل الجراحي أي الولادة بالعملية القيصرية، الالتهابات المحتمل حدوثها نتيجة للتلوث بسبب عدم مراعاة التعقيم أو النظافة الجيدة أثناء الولادة، النزيف الذي قد يحدث فجأة، ألام الوضع الشديدة التي تحتاج فيها الزوجة لعلاج سريع، الوضع غير الطبيعي للجنين أثناء الولادة و هو يمثل بعض العقبات التي تتطلب خبرة و مهارة في مساعدة الأم لوضع طفلها.

هناك عدة حالات تتطلب الولادة في مؤسسة صحية و على أيدي مدربة و مؤهلة نذكر منها [21] ص33:

- 1- حالة الولادة الأولى و خصوصا الولادة المبكرة.
 - 2- حالة الولادة المتأخرة أي الحامل المتأخرة في السن.
 - 3- حالة الولادة التي تتطلب عناية طبية مشددة و تتمثل في:
- * النساء اللواتي كان حملهن السابق مترافقا مع مضاعفات خطيرة.

- * الحوامل المصابات بمرض السكري.
- * الحوامل المصابات بارتفاع الضغط الشرياني.
- * الحوامل المصابات بأمراض مختلفة مزمنة قد تؤدي إلى مضاعفات مؤثرة على الحامل أو جنينها.
- * النساء اللواتي أصبن في السابق بحدوث ولادة مبكرة أو إجهاض متكرر.

و هناك مشاكل أخرى مشتركة تزيد بدرجة كبيرة من المخاطر التي تواجهها النساء عند الولادة كالتأخر في إدراك نشوء المشكلة واتخاذ القرار بشأن كيفية التصرف و التأخر في ترتيب وسيلة النقل و الوصول إلى مكان تقديم الخدمات. فوجود نظام محلي لكفالة سرعة نقل النساء إلى مرفق طبي هو أمر بالغ الأهمية لإنقاذ حياة الأمهات.

الشخص الذي يقوم بالتوليد:

توجد تصنيفات متعددة للمسؤولين عن رعاية الحمل تبدأ من الطبيبة أو الممرضة ثم القابلة أو المولدة ثم مساعدي الولادة، أكثرهم يعمل مستقلا عن الآخر و بعضهم يعمل كفريق واحد مع أخصائي الولادة.

■ الطبيبة أو الممرضة: تقوم الطبيبة أو الممرضة بتقديم الرعاية الصحية للنساء طوال فترة الخصوبة و الإنجاب بعد تلقيهما التكوين و الدراسة اللازمة في هذا المجال. و تتمثل هذه الرعاية في خدمات متابعة الحمل، متابعة فترة المخاض و الولادة، الرعاية ما بعد الولادة، فحص أمراض النساء، العناية بالطفل حديثي الولادة، تقديم النصائح و المساعدات في قرارات تنظيم الأسرة و غيرها.

■ القابلات أو المولدات: تم تدريبهن فقط على الولادات و لكنهن غير حاصلات على شهادة و دراسة التمريض كدراسة علمية.

■ مساعد أو مساعدة الولادة: وهو الطبيب المعالج و الخبير بلحظات الولادة، ومن مهامه تقديم الدعم الطبي و النفسي و المعلومات اللازمة إلى السيدات و أزواجهن أثناء الحمل و المخاض و أثناء لحظات خروج الجنين. و يقوم كذلك بتقديم المساعدة و النصيحة و العمل على راحة المرأة أثناء الولادة مثل طريقة التنفس و الاسترخاء و الحركة و الوضع الذي تتخذه و غيرها.

ومن أهم الخدمات و النصائح المقدمة للأم في هذه المرحلة نذكر:

- حث الأم على إرضاع طفلها من ثديها و بالطريقة الصحيحة، و إبراز فوائد الرضاعة الطبيعية للأم و الطفل.
- إرشاد الأم بأهمية التغذية المتوازنة خلال فترة الإرضاع.
- توضيح العلامات المرضية التي قد تحدث للأم أثناء فترة النفاس، والتي يجب مراجعة الطبيب فوراً عند حدوثها.

- توضيح العلامات المرضية التي لو حدثت للطفل وجب على الأم عرضه على الطبيب مباشرة.
- إرشاد الأم بأهمية التغذية التكميلية للطفل، و التي يجب أن تبدأ من نهاية الشهر الثالث من عمره، وعن كيفية و نوعية الأغذية المستخدمة.
- توعية الأم بأهمية تحصين الطفل ضد أمراض الطفولة، و ضرورة الالتزام بالمواعيد المحددة لذلك و استكمال كافة اللقاحات.
- تقديم توضيحات للأم حول فوائد تنظيم الولادات بالنسبة لصحتها و صحة طفلها.

3.1.3. الرعاية الصحية بعد الولادة

تبدأ فترة النفاس بعد الولادة مباشرة و تستمر لمدة ستة أسابيع، و خلال هذه الفترة يعود الرحم و الأعضاء التناسلية إلى حالتها الطبيعية. وقد تتعرض الأم في هذه الفترة إلى عدة مخاطر كالنزيف المهبلي الغير طبيعي وحمى النفاس و التعفن و غيرها. لذا فإن المرأة في هذه الفترة تخضع إلى مراقبتين صحييتين، الأولى في اليوم الثامن الذي يلي عملية الوضع و الثانية بعد اليوم الأربعين، وذلك للحفاظ على صحتها و صحة وليدها.

3.1.3.1. المراقبة الصحية في اليوم الثامن الذي يلي الولادة

- الخدمات المقدمة للأم
 - إتمام علاج جرح الولادة و التأكد من خلوه من التعفن.
 - التأكد من حالة الرحم و بداية رجوعه إلى وضعه الطبيعي.
 - التأكد من عدم وجود بعض المضاعفات التي يمكن أن تحدث بعد الولادة كالنزيف و تورم بطانة الرحم و الثدي و التهابات المجاري البولية أو الأعضاء التناسلية.
 - حث المرأة على الرضاعة الطبيعية مع الحفاظ على سلامة الثدي و نوعية الحليب.
 - مراقبة الحالة الصحية العامة للأم نفسيا و بدنيا.

• الخدمات المقدمة للطفل

- فحص عام للجسم و مراقبة نمو الطفل من حيث الوزن و الطول.
- التأكد من إتمام اللقاح ضد السل و مراجعة الدفتر الصحي.
- مراقبة الجهاز العصبي كاختبار الإرتكاسات الأولية.

3.1.3.2. المراقبة الصحية بعد اليوم الأربعين من الولادة

- الخدمات المقدمة للأم
 - القيام بفحص طبي عام يشمل كل من الوزن و الدورة الدموية و القلب و التنفس و غيرها.

- فحص الجهاز التناسلي للتأكد من رجوع الرحم إلى حجمه الطبيعي.
- توعية المرأة بأهمية المباشرة بين الولادات و مساعدتها على اختيار وسيلة لمنع الحمل ملائمة لها في هذه الفترة.
- إعطاء الأم نصائح خاصة بالنمو السليم للطفل و مناعته كالتغذية و التلقيح و غيرها.
- تشجيع الأم على مواصلة الرضاعة الطبيعية.
- الخدمات المقدمة للطفل
- إعادة الفحوص بصفة مدققة للتأكد من عدم وجود تشوهات أو مشاكل صحية في القلب والأعضاء السفلية و الجهازين التنفسي و العصبي.
- التأكد من سلامة النمو الحركي و الحسي لدى الطفل، كاستجابته للصوت و متابعته للضوء.
- توجيه الأم في حالة وجود بعض الشكوك حول الحالة الطبيعية لصحة الطفل نحو عيادات خاصة للكشف المبكر عن أمراض أو تشوهات و معالجتها.

2.3. تنظيم الولادات

1.2.3. مفهوم تنظيم الولادات

تنظيم الولادات هو سلوك يوفر للزوجين خيار مناسب للتحكم بموعد البدء بإنجاب الأطفال و عددهم و الفترة الفاصلة بين الواحد و الآخر، و موعد التوقف عن الإنجاب كل حسب ظروفه و مقدرته و موافقة الزوجين، ضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم و الطفل.

إن تطور التقنيات الحديثة لمنع الحمل و تميزها كأداة فعالة للصحة العامة، مكن الأزواج من تجنب الحمل غير المرغوب فيه و الحمل الخطر على الحياة. و ساهمت خدمات تنظيم الولادات بفعالية في تحسين صحة الأسرة، و ذلك بتقديمها للأزواج فرصة تخطيط مستقبلهم العائلي و الاجتماعي، حيث أصبح تنظيم الولادات من أعمدة الطب الوقائي في كل المجتمعات. فهو لا يعني استعمال وسائل منع الحمل للحد من حجم الأسرة فقط، وإنما أصبح مفهوماً أوسع و أشمل يضم صحة الأم و الطفل.

2.2.3. الفوائد الصحية لتنظيم الولادات

- لتنظيم الولادات عدة فوائد صحية سواء للأم أو الطفل يمكن تلخيصها في ما يلي:
- تقليل الوفيات بين الأمهات و الأطفال.
 - يحمي صحة الأمهات عن طريق المباشرة بين الولادات.
 - الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه، و الذي قد يؤدي إلى عمليات إجهاض خطيرة.
 - منع حدوث الحمل في الفترات المبكرة أو المتأخرة من الحياة الإنجابية للسيدات حيث تكون

الأخطار أكبر.

- خفض معدل نمو الأسرة، و هذا يساعد على تحسين مستوى الحياة و الصحة.
- حماية الشابات أو النساء المريضات من أخطار الولادة.
- المحافظة على صحة الأطفال الجسمانية و النفسية.
- تحسين الحالة الغذائية بين الأمهات و الأطفال.
- خفض احتمال لجوء السيدات للإجهاض غير المشروع الذي يكون خطرا عليهن.
- منع الحمل في حالة وجود أمراض وراثية معروفة في العائلة.

لتحقيق هذه الأهداف يجب العمل على رفع مستوى استخدام الأزواج لوسائل تنظيم الولادات و ذلك عن طريق:

- حسن تدريب مقدمي الخدمات و حساسيتهم إزاء التقاليد الثقافية، و الاستماع إلى احتياجات المستفيدين و تمييزهم بالود و التعاطف.
- مساعدة الأزواج في تحقيق أهدافهم الإيجابية في إطار يساعد على توفير الصحة المثلى، التحلي بالمسؤولية و رفاه الأسرة، احترام كرامة جميع الأزواج وحقهم في اختيار عدد أطفالهم و المبادعة بين الولادات و توقيت إنجاب الأطفال.
- جعل خدمات تنظيم الولادات ذات النوعية الجيدة متوفرة و مقبولة، مع تيسير الحصول عليها لجميع من يحتاجونها و يريدونها مع المحافظة على السرية.
- تحسين نوعية خدمات إساءة المشورة و المعلومات و التثقيف و الاتصال و الإرشاد في مجال تنظيم الولادات.
- تشجيع الرضاعة الطبيعية من أجل تعزيز المبادعة بين الولادات.
- زيادة مشاركة الرجل في الممارسة الفعلية لتنظيم الولادات و اقتسام المسؤولية عنها.
- توفير الراحة و النظافة في منشآت تقديم الخدمات.

3.2.3. الخدمات المقدمة في مجال تنظيم الولادات

وضع الاتحاد الدولي لتنظيم الولادات مخطط في تقديم الخدمة و الذي يقوم على ما يلي [22] ص120:

- متردة جديدة ← كاتبة ← مقدمة مشورة ← قابلة ← طبية.
- متردة قديمة ← كاتبة ← قابلة ← طبية.
- متردة قديمة ← كاتبة ← مقدمة مشورة عند الرغبة في السؤال ← قابلة ← طبية.

تقوم الكاتبة باستقبال المترددة وملاً الاستمارة الخاصة و استيفاء الرسوم المقررة حسب

الخدمة ثم تدخلها إلى غرفة المشورة. تقوم مقدمة المشورة بمساعدتها في اتخاذ قرار حر وواع، مبني على المعرفة وحق الاختيار عبر تقديم شرح كاف عن وسائل منع الحمل المتوفرة، بما في ذلك مزاياها و عيوبها و كيفية استعمالها. إضافة إلى ذلك تقدم لها معلومات عن خدمات الصحة الإنجابية المتوفرة كالكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم عن طريق أخذ اللطاخة المهبليّة، المتابعة و الكشف المبكر عن سرطان الثدي، الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا وغيرها. وإذا كانت المترددة حاملا تعطى لها الإرشادات الضرورية عن رعايتها. و بعد ذلك تقوم مقدمة المشورة بإرشاد المترددة إلى القابلة، حيث تقوم بقياس ضغطها و وزنها و كتابته على الاستمارة، ثم تعطي لها الوسيلة المرغوبة إذا كانت قديمة ولا تشتكي من أي أعراض أو تحول للطبيية. وتتمثل مهام هذه الأخيرة في فحص المترددات الجديّدات، تركيب اللولب أو نزعها، مراقبة الحمل، الكشف عن الحمل خارج الرحم، مراقبة اللولب، فحص ضربات قلب الجنين وغيرها.

3.3. الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا

تعتبر الوقاية و الكشف المبكر و معالجة الأمراض المنقولة جنسيا، بما في ذلك متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز)، من أهم مكونات الصحة الإنجابية. فهذه الأمراض تؤثر بشكل كبير على الحياة الإنجابية لكلا الجنسين، فهي تسبب حالات العقم و تصيب أجهزة الجسم الأخرى بمضاعفات و أمراض مختلفة. وفي هذا المجال خطا صندوق الأمم المتحدة للسكان خطوات كبيرة في التصدي لهذه الأمراض، خاصة فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، وعمل على تحقيق الوقاية وإقامة الصلات بينها وبين برامج الصحة الإنجابية. وكان القوة الدافعة في حماية الحوامل من الإصابة بالفيروس، وذلك في إطار الجهود المبذولة لمنع انتقال المرض من الأم إلى الطفل. كما شدد على الدور الحيوي للشباب في بذل جهود الوقاية، وعلى ضرورة الوقوف على احتياجات الأفراد ووضع البرامج المخصصة لذلك [23] ص3.

يمكن تخفيض مستويات الأمراض المنقولة جنسيا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) عن طريق:

- التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسيا و علاجها.
- توفير الخدمات و المشورة في القضايا المتعلقة بالصحة الجنسية.
- القضاء على الاختلال في توازن القوة بين النساء و الرجال و العنف القائم على أساس الجنس.
- وضع استراتيجيات لتعقب الإصابات و إحالة الأشخاص المصابين بالمرض إلى مكان تلقي العلاج اللازم.
- توعية الأفراد بطرق انتشار المرض و الوقاية منه.

4.3. علاج حالات العقم و طرق الوقاية منه

يشكل العقم مشكلة صحية و اجتماعية هامة، ولا سيما أن المرأة في أغلب الأحيان هي التي تتحمل وصمته مما ينعكس سلبا على حياتها النفسية و الاجتماعية، رغم تحمل الزوج مسؤولية العقم في كثير من الحالات.

و إذا كانت هناك جهود تبذل في مجال تنظيم الولادات لجعل الإنجاب منظما حسب رغبة الزوجين، فلا بد من جهود تبذل للأسر التي تعاني من مشكلة عدم القدرة على الإنجاب. و يجب أن يكون التطور العلمي في مجال معالجة العقم أسهل منالا للزوج الذين يبحثون عن حل لهذه المشاكل.

1.4.3. تعريف العقم

يعرف نبيل يونس العقم بأنه "عجز الزوجين عن تحقيق الحمل بعد جماع منظم لمدة عام واحد، ويسمى العقم بالأولي إذا لم يحدث حمل مطلقا، في حين يسمى العقم ثانويا عندما يحقق الزوجان حملا واحدا على الأقل، حتى ولم انتهى ذلك إلى إجهاض" [24] ص8. و يعرفه البعض الآخر بأنه "عدم القدرة على الإنجاب أو عدم الخصوبة، و تشخص الحالة بالعقم عند مرور عام أو أكثر من تاريخ الزواج بدون إنجاب أو مرور عامان أو أكثر من تاريخ ولادة آخر طفل، و ذلك دون أن يستعمل الزوجان إحدى طرق منع الحمل و على شرط أن تكون المباشرة الزوجية طبيعية" [25] ص91.

فالعقم هو عدم قدرة الزوجين أو أحدهما على الإنجاب بعد مرور سنة من الزواج و المعاشرة الجنسية المنتظمة و المستمرة دون استعمال أية طريقة طبيعية أو طبية لمنع الحمل. و قد يكون كل من الرجل و المرأة قادرا على الإنجاب مع شريك مختلف، و لهذا السبب فإن عدم الخصوبة يعتبر عادة حالة شخصين بوصفهما زوجين أكثر من كونهما شخصين منفردين. ويسمى العقم أو عدم الخصوبة أوليا في حالة عدم الإنجاب كلية، ويسمى العقم ثانويا في حالة عدم القدرة على الإنجاب بعد ولادة طفل أو أكثر أو بعد حدوث حمل انتهى إلى إجهاض.

2.4.3. أسباب العقم

1. 2.4.3. أسباب العقم عند المرأة

يعود العقم عند المرأة إلى عدة أسباب أهمها:

- خلل في المبيضين و ينتج عن ذلك اضطراب في وظيفة المبيضين، أو خلل في إفراز الهرمونات النخامية و المبيضية التي تؤدي إلى انعدام التبويض، أو نتيجة لعيب خلقي في التكوين النسيجي للمبيضين أو لحدوث أكياس حوله.

- خلل في الأنابيب أو ما نسميه بقناتي فالوب أو البوقين، وذلك نتيجة تشوه خلقي بغياب الأنبوب مثلا أو وجود التهاب حوضي سابق أدى إلى انسداد كلي أو جزئي في الأنبوب. وهذا الانسداد يعيق سير البويضة الطبيعي و من ثم وصولها في الوقت المناسب إلى الرحم للتعشيش و التطور و النمو.
- خلل في عنق الرحم الذي يمثل الحاجز الأول التي يجب على الحيوانات المنوية اجتيازه أو اختراق إفرازاته للوصول إلى الرحم، وأي تغير في طبيعة هذه الإفرازات العنقية أو المخاط العنقي قد يعيق دخول الحيوانات المنوية أو يمنعها أو يقتلها. ويعود ذلك لوجود التهابات أو جروح سابقة على عنق الرحم أو نتيجة تأثير اضطرابات هرمونية أو تشوهات خلقية و هي قليلة و نادرة.
- التصاقات حول البوقين أو المبيض، ويحدث ذلك في حالة وجود سوابق جراحية في الحوض كاستئصال أكياس المبيض أو الأورام الليفية أو الزائدة الدودية، أو في حالة وجود انتان حوضي وهذا يعيق تعشيش البويضة الملقحة في غشاء باطن الرحم.
- تواجد أجسام مناعية ضد الحيوانات المنوية ذاتية في دم الرجل أو المرأة أو في مخاط عنق الرحم، مما يؤدي إلى قتل الحيوانات المنوية و هي حالات نادرة جدا.
- أسباب غير مفسرة، فقد يكون الزوجان سليمين بالفحص الطبي و مع ذلك لا يحدث الحمل.

2.2.4.3. أسباب العقم عند الرجل

- للعقم عند الرجال أسباب عديدة و متنوعة، منها ما يتعلق بالقدرة على الانتصاب و منها ما يتعلق بالقدرة على القذف و بنوعية السائل المنوي، و من هذه الأسباب نذكر:
- انسداد الحبل المنوي بسبب تشوه خلقي أو من جراء إصابة بالتهاب أو سيلان.
- عدم قدرة الرجل على إيصال الحيوانات المنوية إلى أعلى المهبل في حالات ضعف أو عدم الانتصاب أو القذف السريع.
- عجز الخصية عن إفراز الحيوانات المنوية.
- نقص في كمية الحيوانات المنوية.
- ضعف حركة الحيوانات المنوية، أي تكون غير قادرة على الصعود إلى عنق الرحم ثم الرحم ثم إلى أنبوبة المبيض لتلتقي بالبويضة، أو ضعف قدرة الحيوانات المنوية على اختراق جدار البويضة ليتم الإخصاب.

3.4.3. الفحوصات الضرورية لتشخيص العقم

1.3.4.3. الفحوص التي يجب إجراؤها في العقم عند المرأة

- * التأكد من عدم وجود أية حالات مرضية سواء بالكشف أو الفحص الطبي مع أخذ التاريخ المرضي.
- * التأكد من حدوث التبويض و انتظامه، وإفراز هرمونات الجسم الأصفر بكمية كافية ليهيئ الغشاء المبطن للرحم لاستقبال البويضة المخصبة و انغماسها فيه و استمرار الحمل حتى يتم تكوين المشيمة.
- * تحليل بعض الهرمونات كالبرولاكتين و ذلك في حالة وجود إفرازات ثديية أو عند انقطاع أو عدم انتظام الدورة الشهرية، وهرمونات الغدة الدرقية و البروجيسترون و هو مؤثر لحدوث التبويض.
- * تقييم وظائف المبيضين، ويكون ذلك بفحص الهرمونات بالدم أو فحص نتائج تأثير الهرمونات المعنية في الأعضاء التناسلية كقياس درجة حرارة الجسم، أخذ عينة من باطن الرحم، مسحة خلوية من المهبل، متابعة حجم و نمو البويضة في المبيضين بالأشعة ما فوق الصوتية، رؤية مكان خروج البويضة من المبيض بعد التبويض بالمنظار البطني و تنظير تجويف البطن و رؤية الأعضاء التناسلية الأنثوية الداخلية.
- * فحص المبيضين والرحم والأنابيب بواسطة إدخال منظار البطن من فتحة صغيرة بجدار البطن، وذلك للتأكد من انفتاح الأنابيب و يتم بحقن صبغة زرقاء عن طريق عنق الرحم.
- * تنظير الرحم قصد رؤية تجويفه و الأنابيب من الداخل و مسارها و مدى نفوذها و خلوها من التشوهات و الالتصاق و الانسداد أو وجود أمراض أخرى.
- * فحص عنق الرحم في منتصف الدورة الشهرية و دراسته تحت المجهر، وأخذ عينة من المخاط العنقي بعد ساعات قليلة من الجماع لدراسة حيوية و نشاط الحيوانات المنوية في إفرازات عنق الرحم تحت المجهر.

2.3.4.3. الفحوص التي يجب إجراؤها في العقم عند الرجل

- يتم تشخيص العقم عند الرجل عن طريق تحليل السائل المنوي للتأكد من وجود أعداد وفيرة و نشيطة من الحيوانات المنوية، فإذا كان التحليل مرضيا لا يحتاج الرجل لإجراء فحوصات أخرى.

4.4.3. كيفية علاج العقم

- بعد إجراء الفحوصات اللازمة يتم علاج العقم عن طريق:
- * إعطاء البروجيسترون في النصف الثاني للدورة الشهرية في حالة قصور الجسم الأصفر.
- * تحريض الإباضة و يتم ذلك بأدوية عديدة منها ما يعطى عن طريق الفم (حبوب) و منها ما يعطى حقن عضلية وذلك حسب الحالة. وتراقب الإباضة أثناء إعطاء الأدوية وقد يحتاج الأمر لتدخل

جراحي بالمبيضين في حالة تكييسهما.

* علاج انسداد الأنابيب بالجراحة الميكروسكوبية أو فك الالتصاقات حولها بمنظار البطن.

* التلقيح الاصطناعي بحقن الحيوانات المنوية داخل الرحم، ويتم ذلك في حالة عدم استطاعة الزوج توصيل الحيوانات المنوية إلى أعلى المهبل قريبا من عنق الرحم أو في حالة قلة أو ضعف الحيوانات المنوية أو حالة زيادة لزوجة مخاط عنق الرحم أو التنافر المناعي بين الحيوانات المنوية و مخاط عنق الرحم.

5.4.3. طرق الوقاية من العقم

الجهاز التناسلي للمرأة دقيق و يجب التعامل معه برفق حتى لا يحدث العقم نتيجة تدخل لم يكن له ما يبرره، علما أن قطر أنبوبة المبيض في أحد أجزائها هو مليمتر واحد مما يجعل أنابيب المبيض معرضة للانسداد نتيجة الالتهابات، وفي الأحوال الطبيعية يحدث الحمل خلال ستة أشهر من الزواج [26] ص44. و للوقاية من العقم يجب اتخاذ الاحتياطات التالية:

* ينصح بتكرار الجماع في الفترة التي تكون حول التبويض بمعدل مرة كل 48 ساعة ما بين اليوم العاشر و السابع عشر من الدورة.

* تجنب استعمال المواد الزلقة قبل أو بعد الجماع و الاستلقاء لمدة 15 دقيقة.

* إيقاف التدخين و الكحول و الابتعاد عن الحمامات البخارية و الثياب الداخلية الضيقة.

* عدم التسرع في الإنجاب أو اللجوء إلى الوصفات من غير الأطباء المتخصصين.

* يجب عدم اللجوء إلى كي عنق الرحم في حالات القرحة لتجنب ضيقه و لزوجة إفرازاته المخاطية.

* اتخاذ الاحتياطات اللازمة أثناء الولادة و الإجهاض، وذلك لتجنب حدوث حمى النفاس نتيجة التهاب الجهاز التناسلي الذي يؤدي إلى انسداد أنابيب المبيض و يسبب عقما ثانويا.

* علاج التهابات الجهاز التناسلي فور حدوثه حتى لا تتسبب في انسداد أنابيب المبيض.

* التعامل الفوري و الدقيق لأي التهاب بالحوض، وينصح باستئصال الزائدة الدودية فور التهابها حتى لا تسبب التصاقات حول أنابيب المبيض.

* لا ينصح استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية كالحبوب إلا بعد التأكد من سلامة الجهاز التناسلي وانتظام التبويض أثناء استخدامها، وذلك لتجنب حدوث مضاعفات في حالة اعتلال وظائف المبيض.

5.3. علاج الإجهاض

يشكل الإجهاض مشكلة كبيرة على المستوى العالمي، ويعتبر من أهم أسباب ارتفاع نسبة وفيات الأمهات، فهو مسؤول عن عدد يتراوح بين الثلث إلى النصف من وفيات الأمومة عندما يتم بظروف غير آمنة [27] ص 25.

يجري الإجهاض في ظروف مختلفة، منها ما هو طبي و لأسباب جوهريّة تتعلق بحياة المرأة الحامل، ومنها ما يجري في ظروف غير صحية و غير آمنة و من أسبابه التخلص من الحمل غير المرغوب فيه. ويحدث ذلك في غياب استعمال وسائل منع الحمل أو الفشل في استخدامها، لذلك فإن توفير التثقيف الصحي لوسائل تنظيم الأسرة التي تسمح بالخيارات المختلفة المناسبة لوضع المرأة وجعلها أقرب منا لا تسمح بتجنب حالات الإجهاض و إنقاص أعدادها.

1.5.3. مفهوم الإجهاض

يقصد بالإجهاض "إنهاء الحمل قبل أن يصبح الجنين قادرا على أن يحيا حياة مستقلة خارج الرحم، أي عندما يكون الجنين غير قابل للحياة" [4] ص 51. وقد يحدث الإجهاض بشكل عفوي أثناء الحمل وهو ما يعرف بحالات الإسقاط وبعبارة أكثر دقة الإجهاض العفوي، أو بواسطة تدخل خارجي مقصود وهو ما يشار إليه بالإجهاض العمدي.

2.5.3. التهديد بالإجهاض

إن اصطلاح التهديد بالإجهاض يستعمل عندما يختلط الحمل بنزف مهلي قبل الأسبوع العشرين، ولا يعد الألم عرضا بارزا للتهديد بالإجهاض على الرغم من ترافق النزف أحيانا بألم بطني سفلي مبهم. ويظهر الفحص المهلي في هذه المرحلة انغلاق عنق الرحم، ويحدث الإجهاض في 50% من حالات التهديد [28] ص 797.

3.5.3. أنماط الإجهاض

1.3.5.3. الإجهاض التلقائي

و هو الإجهاض الذي يحدث من تلقاء نفسه، و غالبا ما يكون في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، و قد لا يكون هناك سبب واضح لحدوثه. و تبدأ أعراضه بنزول دم من المهبل بسبب انفصال جزء من الجنين عن جدار الرحم، و قد يتوقف نزول الدم من تلقاء نفسه و يستمر الحمل طبيعيا و لا يكون هناك أي تأثير على الجنين أو تكوينه. و في حالات أخرى يستمر النزيف و يبدأ الرحم في الانقباض لطرده ما بداخله، و هنا تشعر المرأة بالآلام أسفل البطن شبيهة بالآلام الدورة. و قد يتم طرح

محصول الحمل بالكامل، فيتوقف النزيف و تختفي تقلصات الرحم وينغلق عنق الرحم و تزول أعراض الحمل، و هذا ما يسمى بالإجهاض الكامل و الذي لا يحتاج لأي علاج إلا إذا أشار الطبيب المعالج بذلك. و لكن أحيانا لا يستطيع الرحم إخراج كل محتوياته و يستمر النزيف، و هذه الحالة تسمى بالإجهاض غير الكامل و التي يجب التدخل الجراحي فيها فوراً بإجراء ما يسمى بعملية "التنظيف" لاستخراج ما تبقى داخل الرحم.

2.3.5.3. الإجهاض المتعمد

و هو الإجهاض الذي يكون متعمدا من المرأة الحامل سواء بنفسها أو بمساعدة الآخرين، فيتم التخلص من الحمل إما بطرق بدائية قد تؤدي إلى وفاة الأم، و إما عن طريق الجراحة و التي غالبا ما تجرى في الخفاء و في أماكن غير آمنة طبيا، و هذه الجراحة قد تكون لها مضاعفات قاتلة و قد تؤدي إلى العقم أو الإجهاض المتكرر. و قد يتم إجراء عملية الإجهاض في الحالات المرضية التي يشكل فيها الحمل خطورة على حياة الأم و يكون ذلك بموافقة و بواسطة أطباء استشاريون.

4.5.3. أسباب الإجهاض

1.4.5.3. أسباب الإجهاض التلقائي: يحدث الإجهاض التلقائي عن عدة أسباب نذكر منها:

- وجود عيب خلقي في البويضة أو الحيوان المنوي.
- وجود خلل في الهرمونات الجنسية و على الخصوص هرمون البروجيسترون الذي يفرزه المبيض و المشيمية، حيث أن هذا الهرمون يعمل على تثبيت الحمل.
- اختلاف فصيلة الدم بين الزوجين أو اختلاف عامل ريسوس في دم الزوجين.
- الصدمات العصبية أو النفسية التي تقابلها الزوجة مثل موت شخص عزيز عليها.
- وجود عيب في الجهاز التناسلي للمرأة.
- إصابة الرحم ببعض الأمراض أو يكون في حالة غير طبيعية (صغير الحجم) فيؤدي إلى تكرار الإجهاض و هو ما يعرف باسم الرحم الطفيلي.
- وجود أورام ليفية في الرحم و ضعف عضلة عنق الرحم (البوابة).

2.4.5.3. أسباب الإجهاض المتعمد

يحدث الإجهاض المتعمد بسبب الحمل غير المرغوب فيه، أو يكون بقرار من الطبيب لسبب صحي كأن تكون المرأة مصابة بمرض السرطان الذي يستدعي العلاج الكيميائي أو العلاج باستخدام الإشعاع.

5.5.3. مضاعفات الإجهاض

تنتج عن عملية الإجهاض عدة مضاعفات قد تشكل خطرا كبيرا على صحة الأم نذكر من أهمها [28] ص 81:

- النزف: يكون عادة خفيفا و قد يستمر إلى عدة أيام، و يكون أحيانا شديدا و في هذه الحالة تحتاج الحامل إلى نقل الدم، و قد يتطلب الأمر إجراء عملية جراحية لإيقاف النزيف.
- الالتهاب: قد تؤدي عملية الإجهاض إلى حدوث التهابات في الجهاز التناسلي، كالتهاب الجدار الداخلي للرحم و التهاب الأنابيب أو المبيضين، و هذه الحالات تتطلب العلاج بالمضادات الحيوية.
- ثقب في الرحم: ويحدث من خلال استعمال أية آلة خلال إتمام الإجهاض، فالرحم يكون طريا ويسهل إحداث الثقب فيه. فإذا حدث ذلك فإن الزوجة تكون في حاجة إلى رعاية مستمرة ترقبا لظهور أية علامة تدل على حدوث النزف أو الالتهاب، و إذا حدث الثقب نتيجة استعمال خاطئ لكحت حاد، فقد يؤدي ذلك إلى إصابة أعضاء أخرى كالمثانة مثلا و في هذه الحالة يكون النزف شديدا و يزداد احتمال حدوث الالتهاب، و علاج ذلك يستدعي الجراحة.
- تمزق عنق الرحم: يحدث ذلك نتيجة توسع عنق الرحم بعنف، وهذا يؤدي إلى ضعفه في أداء دوره حيث يصبح غير قادر على حمل الطفل حتى تنتهي فترة الحمل كاملة.
- الخصوبة: يؤثر حدوث الإجهاض على خصوبة الزوجة، فإذا حدث انسداد داخل الرحم بسبب الإصابة بالالتهاب، أو إذا أجري الكحت بعنف فإن الحمل قد يحدث بصعوبة بعد ذلك. كما أن الانسداد يمكن أن يغلق قناة فالوب أو تحرف مسارها، و ذلك يقلل من فرص حدوث الحمل و يزداد احتمال حدوث الحمل خارج الرحم.
- حساسية الدم: تحدث حساسية الدم إذا كان دم المرأة سلبيا و دم الزوج إيجابيا، و هنا يكون الجنين إيجابي الدم و يسبب ذلك تكوين الأجسام المضادة. وفي الحمل التالي و بعد حدوث الإجهاض تهاجم الأجسام المضادة، الموجودة أصلا من الحمل السابق، الجنين الجديد بحيث تهدد سلامته و حياته قبل أن يولد. و لذلك إذا كانت الحامل سلبية الدم و حدث لها إجهاض يجب حقنها بحقنة خاصة تمنع حدوث هذه الحساسية.
- متاعب نفسية: قد تحدث عملية الإجهاض متاعب نفسية لدى المرأة قد تستمر لعدة سنوات.

6.5.3. خدمات الإجهاض الآمن

إن توفير الإجهاض الآمن هو أهم الإجراءات للحد من وفيات الأمهات و الأمراض المتعلقة بالإنجاب عند المرأة، و رغم تقدم وسائل منع الحمل فإن المرأة تظل تحمل دون تخطيط و ذلك بسبب صعوبة الحصول على وسائل منع الحمل أو لفشل الوسيلة المستعملة. و هناك من تلجأ إلى

الإجهاض لتفادي إنجاب الأطفال غير المرغوب فيهم، و تتم أكثر عمليات الإجهاض المتعمد بين النساء المتزوجات اللواتي يفتقرن إلى سبل إعالة عدد أكثر من الأطفال.

يجيز الوضع القانوني في الجزائر الإجهاض إذا ما شكل الحمل تهديدا قويا لصحة الأم، وبغض النظر عما إذا كان متعمدا أو غير ذلك، فإن الأطباء ملزمون بتقديم الخدمات الصحية المناسبة، علما بأن الوسائل التقنية الرخيصة و الملائمة لعلاج المشكلات الناجمة عن مضاعفات الإجهاض بأسلوب آمن متوفرة، و يمكن استخدامها لإنقاذ حياة المرأة و تحسين حالتها الصحية.

و بالمقابل فإن الإجهاض غير الآمن هو إجراء عمل غير مرغوب، و يتم على يد أشخاص يفتقرون للمهارات اللازمة، أو في بيئة تفتقر إلى أدنى المعايير الطبية أو كلا الأمرين [29] ص 24. و يعتبر أحد الأسباب الرئيسية لالتماس النساء للرعاية الصحية بالحالات الطارئة، و تكاليف هذه العملية تفوق بكثير ثمن وسائل منع الحمل التي يمكن أن تحول دون هذه المعاناة.

و لتجنب الإجهاض غير الآمن الذي يحصد سنويا حوالي 70000 امرأة [22] ص 106، إضافة إلى الإصابات و العدوى و الصدمات التي يخلفها، يجب أن تتاح للمرأة فرصة الحصول على خدمات جيدة لمعالجة التعقيدات الناشئة عن الإجهاض، و ينبغي أن يتم توفير خدمات بعد الإجهاض في مجالات المشورة و التعليم و تنظيم الولادات و هو ما يساعد أيضا على تجنب تكرار حالات الإجهاض. و يجب على كل الدول أن تعمل على تيسير فرص الحصول على المعلومات الصحيحة والمشورة الخالصة في هذا المجال وفقا للتشريع الوطني المعمول به. و هذا ما نص عليه الفصل الثاني من مؤتمر القاهرة حول السكان و التنمية (1994) قائلا بأنه "لكل بلد الحق السيادي في أن ينفذ التوصيات الواردة في برنامج العمل بما يتماشى مع القوانين الوطنية و أولويات التنمية و مع الاحترام الكامل لمختلف القيم الدينية و الأخلاقية و الخلفيات الثقافية لشعبه، و وفقا لحقوق الإنسان المعترف بها دوليا" [27] ص 6.

6.3. الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي للمرأة

و يهدف إلى اكتشاف الإصابة بالسرطان أو التغيرات الخلوية في وقت مبكر. أدخل هذا النظام في الرعاية الطبية قديما و أدى إلى انخفاض كبير في نسبة الأضرار و الوفاة الناتجة عن المرض، و يطبق بصفة خاصة على النساء الأكثر عرضة للمرض نذكر منها [26] ص 169:

* النساء البالغات 40 سنة و أكثر.

* تكرار حدوث المرض في العائلة.

* ارتفاع ضغط الدم و السمنة و مرض السكر حيث أن سرطان الغشاء المبطن للرحم ترتفع نسبة حدوثه في هذه الحالات.

* تكرار الولادة و تعدد الأزواج و الزواج المبكر يزيد نسبة حدوث سرطان عنق الرحم.

• يتم احتياطا إذا كانت المرأة مستمرة في العلاج بالهرمونات الأنثوية التعويضية و لمدة طويلة.

1.6.3. أهم سرطانات الجهاز التناسلي للمرأة

■ سرطان عنق الرحم: يعد سرطان عنق الرحم من أكثر أنواع السرطان شيوعا، و أكثر من 60% من حالاته تكتشف مبكرا و تكون قابلة للشفاء [30] ص98.

■ سرطان الغشاء المبطن للرحم: معظم أنواع سرطان الرحم نفسه تنشأ في الغشاء المخاطي المبطن للرحم، و هي تظهر في السيدات ما بين سن الخمسين و الستين من العمر. و احتمال الإصابة بهذا النوع أكبر عند السيدات اللواتي لم يتزوجن أو لم ينجبن أطفال أو السيدات اللواتي يعانين من مرض السكر أو ارتفاع ضغط الدم.

■ سرطان المبيض: يعتبر سرطان المبيض من أخطر أنواع سرطان الجهاز التناسلي للمرأة، حيث أنه نادرا ما يعطي أية أعراض إلا بعد أن يكون قد وصل إلى درجة متقدمة. يحدث هذا النوع عند النساء اللواتي لم ينجبن أطفالا أو لديهن تاريخ مرضي باضطرابات الدورة الشهرية.

يكتشف سرطان المبيض عند فحص الغشاء المبطن للرحم أو فحص الحوض، وأعراض هذا النوع غالبا ما تكون من أعراض الجهاز الهضمي كانتفاخ البطن و الغثيان و القيء و عدم التحكم في البول و الألم مع التبول أو انحباس البول.

■ سرطان الثدي: يعتبر الثدي أكثر الأنسجة المعرضة للسرطان عند السيدات، و يمكن الكشف عنه مبكرا عن طريق قيام المرأة بفحص الثديها باستمرار، و هذا سيمكنها من اكتشاف أي ورم مهما كان صغيرا. لذلك لابد من تنقيف النساء بأهمية القيام بالفحص الذاتي للثدي في الأسبوع الذي يلي الدورة الشهرية بالنسبة للنساء في سن الإنجاب، و في مطلع كل شهر للنساء بعد سن الإنجاب. و لابد من تحري الكتل أو أي تغيير في شكل أو حجم الثدي أو تغيير بالحلمة، فقد تكون معظم التغيرات ناتجة عن أكياس أو كتل دهنية يمكن معالجتها بسهولة. و كذلك يتم الكشف عن المرض باستعمال الماموغراف و هي أشعة مخصصة للكشف عن أي أورام مهما كانت صغيرة داخل الثدي.

يصيب هذا النوع أكثر النساء بعد سن اليأس و السيدات اللواتي لهن أخوات أو أمهات مصابات بسرطان الثدي و النساء اللواتي لم يحملن أو كان حملهن الأول بعد سن الثلاثين.

2.6.3. وسائل الاكتشاف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي عند المرأة

1.2.6.3. الفحص الخلوي للمساحات المأخوذة من الجهاز التناسلي

تتجرد بعض الخلايا السطحية لأورام السرطانية بالمهبل و عنق الرحم و الغشاء المبطن للرحم ولأنبوبة المبيض و المبيضين و يمكن الحصول عليها من:

- مسحات مهبلية تؤخذ من الجزء العلوي الخلفي للمهبل.
- مسحات مهبلية تؤخذ من عنق الرحم.
- مسحات تؤخذ من الغشاء المبطن للرحم و يتم فحصها بعد تثبيتها و صبغها بالصبغات المناسبة.

يتم فحص هذه المسحات بالميكروسكوب للتعرف على التغيرات الخلوية غير الطبيعية، كتغير شكل نواة الخلية و ازدياد صبغتها و حجمها و عدم انتظام محيطها، و قد يوجد أكثر من نواة بالخلية وقد يتغير شكلها. وتعتبر المسحات التي تؤخذ من عنق الرحم من أنجح الطرق حيث يمكن عن طريقها اكتشاف سرطان عنق الرحم في 95% من الحالات، و سرطان الغشاء المبطن للرحم في 50% من الحالات، و سرطان المبيض في 20% من الحالات [26] ص180.

يجب أن يؤخذ المسحات الخلوية من عنق الرحم بصفة روتينية أثناء فحص الجهاز التناسلي، وتكرر العملية كل ثلاث سنوات، ويجب أخذ المسحات كل سنة بالنسبة للسيدات اللواتي يعالجن بالهرمونات.

2.2.6.3. صبغة عنق الرحم بمادة اليود: في هذه الحالة تأخذ الخلايا الطبيعية اللون البني بينما

الأجزاء غير الطبيعية لا تأخذ أي لون، و بذلك يسهل أخذ عينة من هذه الأجزاء.

3.2.6.3. الفحص بمنظار عنق الرحم: جهاز منظار عنق الرحم يكبر الخلايا من 10 إلى 40

مرة، مما يسمح بدراسة تغيرات الشعيرات الدموية السطحية و التي تعكس التغيرات الكيميائية و التمثيلية لأنسجة عنق الرحم. و تستخدم هذه الطريقة في حالة:

* وجود تغير خلوي غير طبيعي في المسحات الخلوية المأخوذة من عنق الرحم، حيث يمكن المنظار الطبيب من أخذ عينة من الأجزاء غير الطبيعية من عنق الرحم لتجهيزها و فحصها مجهرياً. و بذلك يمكن اكتشاف سرطان عنق الرحم مبكراً مما يسمح بجراحة بسيطة لاستئصال هذا الجزء.

* فحص عنق الرحم المشتبه فيه رغم عدم وجود خلايا غير طبيعية بالمسحات الخلوية.

* فحص الفرج و المهبل.

4.2.6.3. استخدام التصوير بالموجات الصوتية: يتم قياس سرعة انسياب الدم في أعضاء الجهاز التناسلي وهذا يساعد في اكتشاف السرطان المبكر للغشاء المبطن للرحم، حيث أن الغشاء المصاب بالمرض يكون سميكاً و ثقلاً فيه مقاومة مرور الدم.

5.2.6.3. قياس مستوى دلائل الأورام بالدم: لوحظ وجود مواد بالدم في حالات الإصابة بالسرطان، و يمكن عن طريقها الاستدلال على وجود أورام.

7.3. خدمات الإعلام و الاتصال بشأن الصحة الإيجابية

إن الهدف العام من الاتصال في مجال الصحة الإيجابية هو تحسين السلوك الإيجابي وممارسة تنظيم الولادات، و بذلك فإن وسائل الاتصال و الإعلام هي وسائل فعالة في توضيح المخاطر من السلوك الإيجابي الغير سليم.

1.7.3. الأشخاص القائمين بالاتصال

تشمل فئة الأشخاص القائمين بالاتصال في مجال الصحة الإيجابية ما يلي:

- الأطباء و العاملون في مجال الصحة بشكل عام و الصحة الإيجابية بشكل خاص.
- مقدمو الخدمات الصحية و الجمعيات و الوحدات الصحية.
- خطباء المساجد و الفقهاء في العلوم الشرعية و الصحفيون المختصون بالقضايا السكانية.
- الباحثون في الصحة و الديموغرافيا.
- قادة التوعية السكانية من الشباب و الكشافة و المرشدات.

2.7.3. أهداف الرسالة الإعلامية

تهدف الرسالة الإعلامية في مجال الصحة الإيجابية إلى تحقيق ما يلي:

- تحسين السلوك الإيجابي و ممارسة تنظيم الولادات من خلال توضيح المخاطر التي تنتج عن السلوك الإيجابي غير السليم.
- تحسين السلوك الحياتي و البيئي وذلك من خلال التأكيد على ترابط بيئة الإنسان و سلوكه المعيشي و صحته و صحة أسرته.
- التحفيز على استعمال خدمات الصحة الإيجابية و الاستفادة من توفرها.
- التوعية بطرق الاستفادة من خدمات الصحة الإيجابية و شرح ميزاتها و حالات اللجوء إليها.
- التعريف بمعاني الصحة الإيجابية و بأهدافها و برامجها.
- التوعية بأضرار بعض العادات و الممارسات السائدة في المجتمع أثناء الحمل و الولادة و الرضاعة و رعاية الأطفال.

- تعريف الجمهور بالمستجدات العلمية في مجال الوقاية من الأمراض و تجنبها.
 - التوعية بأهمية استخدام وسائل منع الحمل و بأخطار الأمراض المنتقلة جنسيا و كيفية الوقاية منها
 - نشر و تعزيز دور الثقافة الصحية المتعلقة بالقضايا السكانية و تنظيم الولادات.
- فتوعية و تحسيس الأفراد بقضايا الصحة الإنجابية يتم عن طريق الاتصال المباشر بالأفراد في الوحدات و المراكز الصحية و المستشفيات، و عن طريق الإعلام المكتوب كالصحف و المطبوعات و الإعلام السمعي و البصري كالإذاعة و التلفزيون.

خلاصة الفصل

تشمل خدمات الصحة الإنجابية خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأمهات أثناء وبعد فترة الحمل، خدمات تنظيم الولادات، الوقاية و الكشف المبكر و معالجة الأمراض المنتقلة جنسيا بما في ذلك متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز). كما تتضمن علاج حالات العقم و الوقاية من الإجهاض، الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي عند المرأة، خدمات الإعلام و الاتصال بشأن الصحة الإنجابية و الجنسية كتوعية الأمهات بأهمية الرعاية الصحية و تنظيم الولادات و توضيح المخاطر الناتجة عن السلوك الإنجابي الغير سليم.

الفصل 4

سياسات و برامج الصحة الإنجابية في الجزائر

تمهيد

أولت الجزائر عناية خاصة بقطاع الصحة قصد تحسين الأوضاع الصحية للسكان بصفة عامة و حماية الأمومة و الطفولة بصفة خاصة. فعملت على رفع الهياكل الصحية في جميع أنحاء القطر الوطني، وذلك لتوفير الخدمات الصحية للجميع كالفحص الطبي، التكفل بالحوامل اللواتي تعانين من مشاكل و توجيههن إلى مراكز العلاج المتخصصة، حماية الطفل و الأم بعد الوضع، التطعيم و المتابعة الطبية للأطفال و غيرها.

وعند دخول الجزائر في اقتصاد السوق، أعادت النظر في السياسة الصحية حيث قامت بإصلاح القطاع الصحي ليتمشى مع المتطلبات الجديدة، فقامت بتوسيع نطاق الخدمات الصحية الأساسية و تبنت الصحة الإنجابية الواسعة النطاق بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة، الأمومة الآمنة، الطفولة السليمة، حماية صحة الشباب و المراهقين من الأمراض المعدية بما في ذلك الأمراض المنقولة جنسيا و من بينها مرض الإيدز.

سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الصحة العمومية و وظائفها، مراحل النظام الصحي في الجزائر و أهدافه، تطور الهياكل الصحية القاعدية والإطارات الطبية، البرامج المخصصة في مجال الصحة الإنجابية والهيئات المكلفة بها.

1.4. تعريف ووظائف الصحة العمومية

1.1.4. تعريف الصحة

عرفت منظمة الصحة العالمية في مؤتمر ألما آتا (1977) الصحة بأنها "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد المرض أو العاهات" [31] 100.

يتضح من خلال هذا التعريف بأن الصحة لا تقتصر على انتفاء المرض أو العجز فقط، وإنما ينظر إليها على أنها حالة اكتمال اللياقة بمعنى سلامة الفرد الفيزيائية والعقلية والروحية والاجتماعية. وهذا التعريف أخذ في الاعتبار ثلاثة جوانب وهي:

* الجانب البدني أو الجسماني: تكون صحة البدن جزءاً هاماً من الصحة الكلية، ومن علامات صحة الجسم نجد قوة العضلات و سلامة النوم والشهية و سلامة حركات الجسم و اتزانها وغيرها.

و تتمثل الوسائل الرئيسية المتبعة لتقدير حالة البدن الصحية في دراسة مقاييس الجسم والفحص السريري و قياسات التغذية والاختبارات الكيميائية و المخبرية المختلفة.

* الجانب النفسي و العقلي: الصحة العقلية لا تعني مجرد الخلو من المرض العقلي، وإنما ترتبط بشكل قوي بالصحة البدنية، فتدهور الصحة العقلية يؤثر في الصحة البدنية و العكس صحيح.

و تتمثل ملكات الشخص السليم عقلياً في الخلو من التناقض الداخلي و القدرة على التأقلم التعامل مع الآخرين و القدرة على ضبط النفس و مواجهة المشاكل و حلها بحكمة.

* الجانب الاجتماعي: الإنسان بطبيعته يعيش في مجتمع محيط به يؤثر فيه و يتأثر به من ناحية الإصابة ببعض الأمراض أو اكتساب بعض العادات السليمة و العكس. وبالتالي لزم الاكتمال الصحي للإنسان الجانب الاجتماعي للاحتفاظ بمستوى مرتفع للحالة الصحية للفرد.

هناك عدة تعاريف أخرى للصحة نذكر منها تعريف بركينس الذي يرى الصحة بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم و أن حالة التوازن هذه تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها و أن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه" [32] ص48.

و يشير كل من إيربين فرانسكوايك ووينزال (1986) في مفهومهما للصحة إلى ثلاثة مبادئ وهي:

- الصحة هي حالة موضوعية قابلة للاختبار الطبي البيولوجي.
- الصحة هي التكيف الأمثل الممكن مع متطلبات المحيط.
- الصحة هي حدث سيرووري لتحقيق الذات على شكل التعديل الهادف و الفعال للبيئة.

و ينظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية، يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية و المتطلبات الخارجية للبيئة.

يعرف أودرس وآخرين (1992) الصحة بأنها ليست حالة ثابتة و إنما عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية و آليات الحماية و الدفاع للعضوية من جهة، و بين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي و البيولوجي و الاجتماعي من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائما ببناء و تحقيق صحته سواء كان الأمر بمعنى الدفاع المناعي أم بمعنى التكيف مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط.

فالصحة وفق هذا التعريف عبارة عن مفهوم منظومي و سيرووري، و هذه الرؤية تركز على مظهر الموارد أي على دور عوامل الحماية في الشخصية التي ينبغي تنميتها و تدعيمها، و على مهارات و قدرات النمو و الطبيعة الممكنة الكامنة للصحة.

يختلف هذا التعريف عن تعريف منظمة الصحة العالمية المذكور في أنه يستند إلى الكفاءة الفردية في تنمية الصحة و الحفاظ عليها بدلا من الاستناد إلى الحالة المثالية، حيث يتم قياس الصحة من خلال المدى الذي يقترب الفرد منه، كما هو الأمر في تعريف منظمة الصحة العالمية.

يمكننا تعريف الصحة بأنها الوقاية من المرض و علاجه، و تتحقق عن طريق الإصحاح البيئي و مكافحة الأمراض السارية و تثقيف الفرد حول حفظ صحته الشخصية. كما تتحقق عن طريق تنظيم خدمات طبية و تمريضية للتشخيص المبكر للمرض و معالجته و إيجاد آلية اجتماعية لضمان تمتع كل فرد بمستوى معيشي يكفي لصون صحته و بالتالي تمكينه من الحصول على حقه الطبيعي في التمتع بالصحة و طول العمر.

2.1.4. وظائف الصحة

للصحة عدة وظائف يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- رصد الوضع و تقييمه و تحليله.
- ترصد المخاطر التي تهدد الصحة العمومية و مكافحتها.
- تعزيز الصحة.
- المشاركة الاجتماعية في توفير الصحة.
- تطوير السياسات و القدرة المؤسسية على التخطيط و الإدارة في مجال الصحة العمومية.
- تقوية القدرة المؤسسية على التنظيم و التنفيذ في مجال الصحة العمومية.

- تمكين الأفراد من الحصول على الخدمات الصحية الضرورية على أساس العدل والإنصاف.
- تنمية قدرات الموارد البشرية و تدريبها في مجال الصحة العمومية.
- ضمان الجودة في الخدمات الصحية الشخصية و المجتمعية.
- البحث في مجال الصحة العمومية.
- تقليص أثر الطوارئ و الكوارث على الصحة.

2.4. المؤسسات الصحية و الطاقم الصحي

1.2.4. المؤسسات الصحية

1.1.2.4. تعريفها

تعرف المؤسسات الصحية بأنها "كل هيئة طبية صحية تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية الطبية، كتقديم الرعاية الصحية الأولية و الاجتماعية و العلاجية و الوقائية و الإنشائية لأفراد المجتمع. هذه الخدمات تكون عامة أو خاصة تقدم لأفراد المجتمع في بيئة جغرافية معينة أو يتبعون لقطاعات مهنية أو غيرها. ويدير هذه المؤسسات العاملون الصحيون المتفاوتون في تخصصاتهم و درجاتهم العلمية، كالأطباء و الممرضين و الممرضات و الفنيين و الأخصائيين في مختلف التخصصات" [20] ص68.

تنقسم المؤسسات الصحية إلى عدة أنواع و هي المستشفيات، المراكز الصحية المتخصصة، العيادات الصحية، المستوصفات، مراكز التنقيف الصحي، مراكز الأمومة و الطفولة، عيادات المدارس وغيرها.

تنظم الهياكل الصحية في الجزائر التابعة للقطاع العام ضمن شبكة متكونة من قطاعات صحية موزعة عبر سائر التراب الوطني، حيث يمثل كل قطاع صحي مؤسسة عمومية متكونة عادة من مستشفى عام و عيادات متعددة الخدمات و قاعات للتمريض و عيادات التوليد.

2.1.2.4. الخدمات المقدمة فيها

تقسم الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية الطبية إلى ثلاثة أقسام رئيسية وهي:

- * الخدمات الصحية الأولية: تقدم هذه الخدمات للأفراد بشكل علاجي أو وقائي، وذلك في المستوصفات و مراكز الخدمات الصحية الأولية و الوحدات الصحية.
- * الخدمات الصحية الثانوية: تتكون من خدمات خاصة تقدم للأفراد الذين يحولون من قبل الوحدات الصحية الأولية، وهذه الخدمات تقع ضمن منطقة سكانية واسعة في الوقت الذي تقع فيه الخدمات

الأولية في منطقة سكانية أقل، وتشمل جميع أنواع العلاج بالأقسام المختلفة من المستشفى للمحولين من مراكز أصغر بالإضافة إلى الاستشارات الطبية.

* الخدمات الصحية ذات الدرجة الثالثة: تتكون من خدمات عالية التخصص مثل الجراحات المستعصية و الدقيقة.

تقاس الخدمة الصحية طبقاً لرؤية منظمة الصحة العالمية بواسطة مؤشرات تركز إلى تنظيم يجمعها في ثمان مجموعات و هي:

* المجموعة الأولى: تتعلق بالتوجهات السياسية للنظام الصحي، و هي ترتبط بالأهداف القومية السكانية المتعلقة بالخصوبة و الزيادة السكانية.

* المجموعة الثانية: و تتعلق بالتوجهات الاقتصادية و الاجتماعية و السكانية و التغذية.

* المجموعة الثالثة: تتعلق بالصحة و البيئة.

* المجموعة الرابعة: تتعلق بالموارد الصحية سواء البشرية أو المالية أو البنية التحتية للمنظمات والوحدات و توفير قوائم الأدوية الأساسية.

* المجموعة الخامسة: تتعلق بنمو النظام الصحي، و ترتبط بالسياسات الإستراتيجية والتعاون بين القطاعات الصحية ونظم المعلومات الصحية و الاستعدادات للحالات الطارئة و الأبحاث الطبية والتكنولوجية.

* المجموعة السادسة: وتختص بقراءة الخدمات الصحية الناتجة من النظام المطبق فيما يتعلق بالتعليم والثقافة الصحية، رعاية الأمهات والحوامل والأطفال، برامج التطعيم و التحصين و الوقاية والتحكم في الأمراض المتوطنة، علاج الأمراض الشائعة و الحوادث.

* المجموعة السابعة: وتتمثل في مؤشرات تتعلق بالموقف الصحي القائم من ناحية معدل الإصابة بالأمراض و اتجاه الوفيات و مسبباتها و معدلاتها.

* المجموعة الثامنة: وتدور حول مؤشرات النظرة المستقبلية والاستراتيجيات الصحية المقترحة.

2.2.4. الطاقم الصحي

ويشمل جميع العاملين الصحيين في المؤسسات الصحية، ويتكون من الأطباء المختصين والأطباء العاميين والمرضات والممرضين والفنيين بكل تخصصاتهم والأخصائيين النفسانيين وغيرهم.

3.4. النظام الصحي في الجزائر

1.3.4. تعريفه

هو مجموع المنظمات و المؤسسات و الموارد المكرسة للتدخلات الصحية، و يتمثل غرضه الرئيسي في تحسين الصحة لبلوغ أفضل مستوى صحي، وذلك بالحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد و الجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية.

و يشمل هذا المفهوم رعاية الأفراد و البيئة من أجل تعزيز الصحة و حفظها و استعادتها، وتوفير ما يلزم لإنجاز ذلك من وسائل و موارد. كما يتضمن الإجراءات التي تؤثر في المحددات الصحية العامة و التي تتخذ لتحسين الصحة أو لتيسير الرعاية، بغض النظر عن طبيعة الأطراف التي تتخذ هذه الإجراءات سواء كانت عامة أو خاصة. والنظام الصحي أوسع نطاقا من نظام الرعاية الصحية أو خدمات الرعاية الصحية التي تشمل الرعاية الطبية.

2.3.4. أهدافه

للنظام الصحي عدة أهداف نذكر منها:

- إطالة متوسط العمر المتوقع و خفض الوفيات المبكرة.
- الإقلال من الابتعاد عن القيم و الأنماط الفيزيولوجية المسماة بعوامل الخطر المهيأة للمرض.
- التعامل الكفاء و الإقلال من حدوث المرض و العجز.
- الحث على السلامة الصحية.
- الحث على التوافق مع البيئة و الحفاظ على سلامتها.
- تقوية الأساليب والطرق والمعارف المتعلقة بالأمراض ومقاومتها وكيفية المحافظة على الاحتياطي الصحي لكل فرد.
- زيادة دور مستهلكي الخدمة الصحية و المواطنين في المشاركة في الصحة و نظمها و أنشطتها.

3.3.4. مراحلها

إن إعداد السياسات الصحية يتطلب تقييم الإمكانيات الموجودة و مدى التحسين في الأداء، الأمر الذي يعتمد بالضرورة على المعرفة العلمية الدقيقة للمعطيات و الواقع الفعلي. وفي هذا الإطار بادرت الجزائر، منذ عدة سنوات مضت، بإدخال نظام قومي للمعلومات الإحصائية، و التي ظهرت الحاجة إليه من خلال العديد من البرامج الصحية التي تخدم السكان كبرنامج صحة الأم و الطفل و برامج الصحة الإنجابية.

تهدف السياسة الصحية في الجزائر إلى تلبية حاجيات السكان الصحية، أي تغطية صحية قادرة على القيام بأعباء الحماية والوقاية الصحية للسكان. فمن خلال التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر يمكننا تمييز خمسة مراحل و هي:

1.3.3.4. المرحلة الأولى (1830-1962)

اعتمدت السياسة الصحية في المرحلة الاستعمارية على الجهاز الصحي العسكري، فالخدمات الصحية كانت تقدم من طرف مصالح الصحة العسكرية، كما أن مهمة الإسعاف كانت موكلة للجيش. فخلال هذه الفترة حاول المستعمر جلب أطباء مدنيين و إنشاء مراكز صحية و مستشفيات ذات طابع عسكري. ففي سنة 1850 تم بناء 13 مؤسسة صحية ثم ارتفع هذا العدد إلى 60 مؤسسة سنة 1853، كما أصبحت المستشفيات مختلطة أي عسكرية ومدنية في نفس الوقت، وفي سنة 1885 بلغ عدد الأطباء المدنيين 81 طبيبا. فرغم وجود المؤسسات الصحية فإنها لم تقم بالدور الكافي الموكل إليها بل خصت فئات اجتماعية معينة خاصة الأوروبيين، بينما التغطية الصحية للمواطنين الجزائريين كانت ضعيفة جدا خاصة في الأرياف.

وفي سنة 1906 تم إنشاء تنظيمات صحية سميت بنظام أطباء البلدية، وتتمثل مهمتها الأساسية في علاج الفقراء وذوي الدخل الضعيف، كما تم إنشاء عيادات الأهالي و يقصد بها وجود طب خاص بالمستعمر وطب خاص بالمعمر. وفي سنة 1908 طبق قانون 15 فيفري 1902 المتضمن حماية الصحة العمومية، و أنشئ معهد باستور سنة 1910 بالجزائر العاصمة. وفي سنة 1926 تم إقامة جمعية الممرضات المسؤولة على زيارة المرضى، و بعد سنة 1945 تطورت الأجهزة و المراكز الصحية و لكن لصالح الجيش الفرنسي و المعمر و الجزائري العامل عندهم. أما في يخص الإنتاج الصيدلاني، فتوزيع واستيراد الأدوية كان يتم عن طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA).

ما يمكن أن نستخلصه من هذه المرحلة أن المساعدات الطبية كانت تخص فئة من السكان فقط و العلاج كان يقتصر على العسكريين الفرنسيين و بعض الفرنسيين المدنيين.

2.3.3.4. المرحلة الثانية (1963-1973)

عرفت هذه المرحلة الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين، حيث غادر البلاد 2200 طبيب و 2700 ممرضة تاركين وراءهم 144 مستشفى بدون تسيير إداري أو تقني، و بقي أقل من 500 طبيب لتغطية احتياجات حوالي 10.5 مليون نسمة.

تميزت هذه المرحلة بارتفاع في معدل وفيات الأطفال، وذلك بسبب الإسهال و الالتهابات التنفسية الحادة و الأمراض المعدية الأخرى التي زاد في خطورتها سوء التغذية. كما أن معدل الحياة لم يتعدى 50 سنة نظرا لتدهور الحالة الصحية و الإمكانيات المحدودة. ولمواجهة هذه الظروف حاولت وزارة الصحة تحقيق هدفين رئيسيين وهما:

- العمل على خفض التباين الموجود في توزيع العاملين في القطاع الصحي بين مختلف مناطق البلاد بغية تسهيل و توفير الخدمات الصحية لكل السكان.
 - القضاء على الأمراض المعدية بهدف تقليص الوفيات.
- لتحقيق ذلك لجأ المسؤولون إلى إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث من الاستعمار الفرنسي ليتلاءم مع متطلبات الوضع الجديد، فاتخذت عدة إجراءات أهمها:
- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية و ذلك سنة 1963.
 - مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة و الطفولة.
 - مجانية التطعيم و تعميمه على مرض السل و التيتانوس و السعال الديكي و شلل الأطفال و الجدري سنة 1969.
 - الحملة الوطنية للتطعيم بـ BCG و شلل الأطفال سنتي 1969 و 1970.

وعملت الجزائر من خلال المخططات التنموية على تحسين الوضعية الصحية للسكان، فالمخطط الثلاثي الأول (1967-1969) تضمن مجموعة من الأهداف أهمها:

إنشاء 10 مستشفيات و 109 عيادة صحية متعددة الخدمات و 629 مركز صحي، وفي سنة 1972 تم إنجاز 7 مستشفيات من بين 10 المبرمجة.

شمل المخطط الرباعي الأول (1970-1973) على مشاريع لتجهيز المؤسسات الصحية، وذلك لسد العجز في عدد الأسرة الإستشفائية حيث برمج 600 سرير إضافي، منها 200 سرير خصص للمستشفيات الجامعية و 100 عيادة متعددة الخدمات و 100 مركز صحي و 10 مراكز للتوليد.

و بفضل هذه الجهود استطاع النظام الصحي في هذه الفترة القضاء على عدة مشاكل موروثه من الماضي.

3.3.3.4. المرحلة الثالثة (1974-1982)

تميزت هذه المرحلة بسياسة صحية تمحورت في عدة نقاط أهمها:

- سياسة الطب المجاني في كل المؤسسات الصحية العمومية سنة 1974، وذلك بهدف تحقيق العدالة في فرص العلاج و تحديد استراتيجية للتكفل بجميع المواطنين.

- رفع عدد المؤسسات الصحية و هذا ما تضمنه المخطط الرباعي الثاني (1974-1977)، حيث نص على بناء 50 مستشفى و 160 عيادة متعددة الخدمات و 300 مركز صحي و 25 عيادة للتوليد. كما تم برمجة 12 مدرسة للتكوين الطبي سعة كل واحدة 300 مقعد بيداغوجي، وإنشاء مركب باستور لإنتاج أمصال التطعيم و المضادات الحيوية.
- إعادة هيكلة النظام التربوي خاصة الدراسات و التكوين في المجال الطبي و ذلك بهدف تحسين نوعية التكوين و التأطير

4.3.3.4. المرحلة الرابعة (1983-1990)

- قامت الحكومة الجزائرية خلال سنة 1984 بحملتها الأولى لمكافحة أمراض الإسهال و السل و مرض الحصبة. ففي المؤتمر الاستثنائي الذي حمل عنوان "من أجل حياة أفضل"، تمت المصادقة على زيادة نسبة الاستهلاك و نسبة الاستثمار في الميزانية العامة للمخطط الخماسي الأول، وجاء هذا المؤتمر بعدة توصيات في المجال الصحي وهي:
- إعادة تنظيم النظام الصحي بحيث تم دمج و توحيد كل الهياكل الصحية للاستجابة لحاجيات السكان الأساسية.
 - إعادة الخريطة الوطنية للصحة سنة 1986.
 - إعطاء الخدمة الصحية الأولوية في التنمية الصحية.
 - إعداد سياسة موجهة لتحسين ظروف الحياة العائلية (السكن ، النظافة...)
- انتهجت الجزائر خلال هذه المرحلة سياسة الطب الوقائي بغية تحقيق الصحة للجميع، حيث تم إدخال برنامج الطب الوقائي ضمن مخططات التنمية بهدف مكافحة وفيات الأطفال و التحكم في النمو الديموغرافي، كما تم بناء عدة مؤسسات استشفائية لتكوين اكبر عدد من الأطارات الطبية.
- أما في مجال الإنتاج الصيدلاني و المعدات الطبية، تم إعادة تنظيم الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) سنة 1983 حيث تم فصل وحدات إنتاج الأدوية عن وحدات التوزيع، و ذلك بعد إنشاء عدة مؤسسات و هي:
- مؤسسات التمويل بالإنتاج الصيدلاني (PHARMS): تقوم هذه الأخيرة بتوزيع الإنتاج الصيدلاني على المؤسسات الصحية وهي: ENCOPHARM في الشرق و ENAPHARM في الوسط و ENOPHARM في الغرب.
 - مؤسسات خاصة بإنتاج الأدوية (SAIDAL).

● المؤسسة الوطنية للعتاد الصحي (ENEMEDI): وتتمثل مهمتها في استيراد وتسويق المواد المستهلكة والعتاد و التجهيزات الطبية الخاصة بالجراحة، ولأسباب مالية تم حل هذه المؤسسة سنة 1997.

5.3.3.4. المرحلة الخامسة (1991-2006)

اتجهت السياسة الصحية في هذه المرحلة نحو ليبرالية العلاج و تدعيم القطاع الخاص حيث تم انتهاج أربع أساليب رئيسية وهي: التكوين المكثف للكوادر الطبية، زيادة عدد المؤسسات والمراكز الصحية، الاستيراد المكثف للتكنولوجيا الطبية المتقدمة وإدخال برامج الطب الوقائي ضمن خطط التنمية الصحية. وتميزت هذه المرحلة بما يلي:

- إنشاء و وضع عدة مؤسسات صحية مدعمة نذكر منها:
 - المخبر الوطني لمراقبة الإنتاج الصيدلاني (LNCPP) سنة 1993.
 - الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) سنة 1994، وتتمثل مهمتها في تمويل المؤسسات الصحية العمومية بالإنتاج الصيدلاني.
 - الوكالة الوطنية للدم (ANS) سنة 1995.
 - المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي (INPFP) سنة 1996 وهو مكلف بالبحث في مجال التكوين شبه الطبي.
 - المركز الوطني للتسمم (CNT) سنة 1998 و هو مكلف بدراسة و تقييم كل ما يتعلق بأخطار التسمم.
- إعادة النظر في السياسة الخاصة باستيراد و مراقبة و توزيع الإنتاج الصيدلاني.
- إنشاء المجلس الوطني للأخلاقي للعلوم الطبية سنة 1990.
- إقامة خمسة مناطق صحية (الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي و الجنوب الغربي) تعمل بالتنسيق عن طريق تكوين مجالس جهوية للصحة و ذلك بهدف تطبيق لامركزية نشاطات القطاع الصحي سنة 1996.
- تبني نظام جديد للمعهد الوطني للصحة العامة (INSP)، و ذلك بإنشاء مراكز جهوية للصحة في كل من الجزائر و وهران و قسنطينة و ورقلة و بشار سنة 1997.
- خلق ملحقات لمعهد باستور في كل من وهران و قسنطينة سنة 1997.

رغم كل هذه المجهودات شهدت هذه المرحلة خصوصا في التسعينات مشاكل و صعوبات نذكر منها: - عدم تلبية كل طلبات السكان المتعلقة بالخدمات الصحية خاصة الأمراض المزمنة الكلوية وأمراض القلب و السرطان.

- عدم قدرة الهياكل الصحية على متابعة التطورات الطبية.
- لجوء الأطباء الممارسين و بالخصوص الأخصائيين ذو الكفاءات العالية إلى القطاع الخاص، وعدم استقرار المستخدمين المكلفين بالرقابة و العلاج و الصحة.
- ارتفاع نسبة العطل في العتاد الصحي و تكرار النقص في الأدوية الأكثر استهلاكاً.

هذه المشاكل دفعت المسؤولين إلى وضع سياسة صحية تمحورت حول نقطتين أساسيتين و هما:

* ضمان الحق الدستوري للمواطنين في حماية صحتهم، أي الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية و برامج الوقاية المنظم من طرف السلطات العمومية.

* ضمان الالتحاق العاجل بمراكز العلاج.

4.4. الهياكل الصحية القاعدية و الإطارات الطبية

1.4.4. الهياكل الصحية القاعدية

عرفت الجزائر تطورا ملحوظا في الارتقاء بالخدمات الصحية للمواطن، وذلك من خلال زيادة عدد المستشفيات و الوحدات و المراكز الصحية و عدد الأسرة و الكوادر الطبية، و الجدول رقم 8 يبين تطور البنية الصحية خلال الفترة 1972- 2002.

جدول رقم 08: تطور البنية الصحية خلال الفترة 1972- 2002 [33].

السنوات							الهياكل الصحية
2002	1997	1992	1987	1982	1977	1972	
372	223	263	261	196	183	-	عدد المستشفيات
513	462	451	412	228	153	16	عيادات متعددة الخدمات
1281	1110	1117	1205	820	620	307	المراكز الصحية
4228	3601	3848	2693	1660	1325	1266	قاعات العلاج
55233	52968	53068	55001	45830	45029	38828	عدد أسرة المستشفيات
403	389	506	-	-	-	-	مراكز الأمومة

يظهر من خلال معطيات الجدول رقم 8 بان عدد الهياكل الصحية عرف ارتفاعا كبيرا خلال الفترة 1972- 2002. فعدد المستشفيات ارتفع من 183 مستشفى سنة 1977 إلى 263 مستشفى سنة 1992 ثم إلى 372 مستشفى سنة 2002. كما ارتفع عدد العيادات المتعددة الخدمات من 16 عيادة سنة 1972 إلى 513 عيادة سنة 2002. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفترة عرفت إنشاء

العديد من المراكز الصحية، فعدد هذه المراكز ارتفع من 307 مركزا سنة 1972 إلى 1117 مركزا سنة 1992 ثم إلى 1281 مركزا سنة 2002، وبالتالي تزايد عدد قاعات العلاج من 1266 قاعة سنة 1972 إلى 4228 قاعة سنة 2002، وارتفعت عدد أسرة المستشفيات من 38828 سرير سنة 1972 إلى 55233 سريرا سنة 2002. وفي ما يخص مراكز الأمومة، فبعد أن كان عددها 506 مركزا سنة 1992 انخفض إلى 389 مركزا سنة 1997، وذلك بسبب غلق الكثير منها نتيجة المشاكل الأمنية التي مرت بها البلاد في سنوات التسعينات، ثم ارتفع من جديد ليصل إلى 403 مركزا سنة 2002. وصنفت هذه المراكز إلى مراكز الولادة الملحقة بعيادة متعددة الاختصاصات وبمركز صحي و مراكز الولادة المستقلة التي تتوفر على 20 إلى 30 سريرا.

وبشكل عام تشير هذه المعطيات إلى التحسن الملحوظ في عدد الهياكل الصحية خلال الفترة 1972-2002، وارتفاع عدد هذه الهياكل قد يكون إيجابيا في مجمله ولكن لا يمكن التكهن بأن هذه الزيادة يرافقها بالضرورة تحسن في نوعية الخدمات المقدمة.

ويتناول الجدول رقم 9 تطور عدد القطاعات الصحية والمراكز الصحية العامة والمنشآت الصحية المتخصصة خلال الفترة 1992-2002.

جدول رقم 09 : تطور عدد المستشفيات خلال الفترة 1992-2002 [33].

السنوات						المستشفيات
2002	2000	1998	1996	1994	1992	
227	224	201	185	202	191	القطاعات الصحية
13	13	13	26	53	53	المراكز الصحية الجامعية
32	31	31	21	19	19	المنشآت الصحية المتخصصة
372	268	245	232	274	263	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول بأن عدد القطاعات الصحية ارتفع من 191 قطاع سنة 1992 إلى 227 قطاع سنة 2002، وبلغ عدد المراكز الصحية الجامعية 13 قطاعا سنة 2002 بعد أن كان هذا العدد 53 قطاعا، وارتفع عدد المنشآت الصحية المتخصصة من 19 منشأة سنة 1992 إلى 32 منشأة سنة 2002.

وتوجد على مستوى المراكز الصحية الجامعية أو القطاعات الصحية مراكز حماية الأمومة والطفولة، وهذه المراكز تقوم بنشاط تنظيم الأسرة وكانت تعرف في السابق بمراكز صحة الإنجاب والتنظيم العائلي.

2.4.4. الإطارات الطبية

شهد عدد الإطارات الطبية هو الآخر ارتفاعا ملحوظا و ذلك بسبب زيادة عدد المنشآت الطبية و المرافق الصحية و توسع خدماتها. فعدد الأطباء ارتفع من 1985 طبيبا سنة 1972 إلى 25304 طبيب سنة 1992 ثم 35368 طبيبا سنة 2002. كما ارتفع عدد أطباء الأسنان من 308 طبيب سنة 1972 إلى 8618 طبيب سنة 2002، و تزايد عدد الصيداللة من 354 صيدليا سنة 1972 إلى 5198 صيدليا سنة 2002.

جدول رقم 10: تطور عدد الإطارات الطبية (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1962-2002 [33].

السنوات							الإطارات الطبية
2002	1997	1992	1987	1982	1977	1972	
35368	28344	25304	17760	9916	4321	1985	الأطباء
8618	7966	7833	5648	2144	933	308	أطباء الأسنان
5198	4022	2984	1752	1175	906	354	الصيداللة
49184	40332	36121	25160	13235	6160	2647	المجموع

هذه الأرقام تعكس دور الحكومة الجزائرية في توفير الخدمات الصحية العامة للمواطنين ومعطيات الجدول رقم 11 تبين نسبة التطور الحاصل في البنية الصحية و الإطارات الطبية خلال الفترة 1972-2002.

جدول رقم 11: نسبة التغير في البنية الصحية وعدد الإطارات الطبية خلال الفترة 1972-2002.

نسبة التغير (ب %)			البنية الصحية والإطارات الطبية
2002 - 1992	1992 - 1982	1982 - 1972	
41.4	34.2	-	عدد المستشفيات
13.7	97.8	1325	عيادات متعددة الخدمات
14.7	36.2	167.1	المراكز الصحية
39.8	155.2	399.5	الأطباء
10.0	265.3	596.1	أطباء الأسنان
74.2	153.9	231.9	الصيداللة

يتضح من خلال معطيات الجدول رقم 4-4 بأن الفترة الممتدة من 1972-1982 عرفت ارتفاعا كبيرا في عدد الهياكل الصحية و عدد الإطارات الطبية، و ذلك لأن الحكومة في هذه الفترة عملت على توفير و تحسين الخدمات الصحية عن طريق بناء هياكل صحية جديدة و تكوين الأطباء

والمستخدمين في مجال الصحة. كما عرفت الفترة 1982-1992 زيادة في عدد المنشآت والإطارات الطبية و لكن بنسبة أقل من تلك المسجلة في الفترة السابقة، وذلك نتيجة تغطية جزء كبير من النقص الذي كان يعاني منه القطاع الصحي في عدد الهياكل الصحية والأطباء في فترة السبعينات. وهذا الارتفاع واصل مسيرته خلال الفترة 1992-2002، فنسبة الزيادة في عدد المستشفيات بلغت 41.4% وارتفع عدد الأطباء بنسبة 39.8% وعدد الصيادلة بنسبة 74.2%، كما سجلنا ارتفاعا في عدد المراكز الصحية و العيادات المتعددة الخدمات.

وهذه المعطيات تبين العمل المتواصل من قبل الحكومة لتوفير وتحسين الخدمات الصحية، ويتضح ذلك أكثر من خلال تطور معدل التغطية الطبية خلال الفترة 1972-2002 كما هو مبين في الجدول رقم 12 .

جدول رقم 12: تطور معدل التغطية الطبية (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1972-2002.

السنوات							عدد السكان لكل:
2002	1997	1992	1987	1982	1977	1972	
887	1025	1038	1303	2005	3948	7139	طبيب
3639	3646	3354	4097	9274	18283	46010	طبيب أسنان
6033	7222	8804	13207	16922	18828	40031	صيدلي

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم 4-5 بأن معدل التغطية الطبية عرف تحسنا ملحوظا خلال الفترة 1972-2002. فعدد السكان لكل طبيب الذي بلغ 7139 سنة 1972 انخفض إلى 1038 ساكن لكل طبيب سنة 1992 وإلى 887 ساكن لكل طبيب سنة 2002. وانخفض كذلك عدد السكان لكل طبيب أسنان من 46010 سنة 1972 إلى 3639 ساكن لكل طبيب أسنان سنة 2002، وعدد السكان لكل صيدلي الذي بلغ 40031 سنة 1972 انخفض بدوره إلى 6033 ساكن لكل صيدلي سنة 2002. و بالنظر إلى معطيات الجدول رقم 2 في الملحق رقم 2، نلاحظ بأن مستوى التغطية الطبية يتفاوت من ولاية لأخرى، فمثلا عدد السكان لكل طبيب بلغ 220 في ولاية أدرار و311 في ولاية الجزائر مقابل 2732 ساكن لكل طبيب في ولاية الجلفة.

وأخيرا يمكننا القول بأنه رغم توجه الدولة نحو تطوير و تحسين قطاع الصحة و رفع مستوى الخدمات التي يقدمها هذا القطاع، إلا أنه لا زالت بعض المراكز تعاني من نقص في تجهيزاتها وكوادرها الفنية و الطبية المتخصصة.

5.4. الهيئات المكلفة بالصحة الإنجابية

1.5.4. المجلس الاقتصادي والاجتماعي

أسس المجلس الاقتصادي والاجتماعي سنة 1993، ويضم هيئة مكلفة بالسكان والاحتياجات الاجتماعية، ومن مهامها القيام بتقييم نتائج سياسة تغطية و تلبية الاحتياجات الاجتماعية بالنظر إلى السياسة السكانية.

2.5.4. اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية و التخطيط العائلي

اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية هي هيئة استشارية تم إنشاؤها بقرار وزارة الصحة و السكان رقم 121 سنة 1995. وتضم هذه اللجنة الأطباء من مختلف الاختصاصات و القابلات و ممثلي الجمعيات التي تنشط في مجال الصحة الإنجابية، وتعمل وفق استراتيجية تحسين العلاج و الخدمات الصحية المتعلقة بالإنجاب و تحسيس السكان في مجال التخطيط العائلي. إضافة إلى ذلك كلفت بعدة مهام نذكر منها [34] ص:34:

- إبداء الرأي في مكونات برنامج الصحة الإنجابية مع تعداد أهم العراقيل و الصعوبات.
- اقتراح كل إجراء يؤدي إلى تحسين التكفل و المساهمة في التوفيق بين خطة العمل والأهداف المنشودة.
- اقتراح نظام تقييمي و تجنيد موارد برنامج الصحة الإنجابية.

3.5.4. اللجنة الوطنية للسكان

نصبت اللجنة الوطنية للسكان من طرف وزير الصحة و السكان سنة 1996، وتم تأسيسها بالمرسوم التنفيذي رقم 98-157 المؤرخ في 16 ماي سنة 1998 بهدف إحياء البعد المتعدد القطاعات في القضايا المتعلقة بالسكان، وذلك بإشراك مختلف الهيئات الوزارية و المؤسسات الوطنية و ممثلي الحركات الجمعوية في وضع البرنامج الخاص بالسكان.

كلفت هذه اللجنة بـ [34]:

- اقتراح و إعداد كل الدراسات التي تساهم في وضع السياسة الوطنية للسكان، و تحديد أهدافها وإعادة ضبطها.
- المساهمة في إعداد برنامج عمل وطني في مجال السكان يهدف إلى التحكم في النمو الديموغرافي و تطوير التخطيط العائلي.
- المباشرة في تقييم برامج القطاعات المسطرة في مجال السكان.

• اقتراح كل إجراء من شأنه أن يساهم في التحكم في النمو الديموغرافي السريع، وذلك لخلق التوازن بينه وبين النمو الاقتصادي والاجتماعي.

• المساهمة في تكوين بنك المعطيات حول البرامج المتعلقة بالسكان.

ومن الأهداف المسطرة من قبل هذه اللجنة للفترة 2000-2010 نجد:

- تقوية الروابط بين السكان والتنمية.
- تحسين الصحة الإنجابية.
- تحسين نظام جمع المعطيات الديموغرافية و الدراسات و الأبحاث في مجال السكان.
- ترقية الإعلام و التعليم و الاتصال.
- توفير الموارد المالية.

4.5.4. اللجنة الولائية للسكان

تم إنشاء اللجنة الولائية للسكان بمرسوم رقم 02-312 المؤرخ في 2 أكتوبر 2002، وهي تمثل امتداد اللجنة الوطنية للسكان على المستوى المحلي و تعمل تحت سلطة الوالي. و هذه اللجنة مكلفة بتقييم البرامج السكانية الموجهة لاحتياجات الأفراد على مستوى الولاية، و تساعد على جمع المعلومات على المستوى المحلي الخاص باحتياجات الأفراد.

5.5.4. مديرية الصحة و السكان الولائية

انبثقت المديرية التنفيذية الولائية المكلفة ببرنامج الصحة من مديرية الصحة و السكان سنة 1994، و تم إعادة هيكلتها سنة 1997 حيث تم إدماج برامج التحكم في النمو الديموغرافي بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي. و هذه المديرية سمحت بتدعيم التكفل بالواجهة المتعلقة بالسكان من خلال تخصيص مصلحة أو مكتب للتكفل بالصحة الإنجابية.

4.6. برامج الصحة الإنجابية

شكلت حماية صحة الأم و الطفل منذ سنة 1962 أحد أهداف الصحة العمومية التي تم تنفيذها عن طريق سياسة الوقاية. وفي سنة 1969 أصبح اللقاح المضاد لأمراض السل و اللقاح المضاد للجذري إجباريين شأنهما شأن اللقاح ضد الدفتيريا و الكزاز و شلل الأطفال و السعال الديكي. وخلال هذه السنة أقيمت شبكة من مراكز حماية الأمومة و الطفولة عبر التراب الوطني، وذلك بهدف متابعة الحمل و الكشف عن مضاعفاته و مراقبة الأم و الرضيع بعد الولادة و متابعة الطفل حتى بلوغ سن السادسة.

وفي سنة 1967 فتح أول مركز لتنظيم الولادات أبوابه بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر، وكان يهدف إلى حماية صحة الأم و الطفل. وفي ديسمبر 1973 صدر الأمر رقم 65-73 الذي كرس مجانية العلاج، و سمح بإدماج نشاط منع الحمل في مراكز حماية الأمومة و الطفولة بتوحيد المكان و المستخدمين، وخاصة التكفل بالأم من طرف نفس الفريق الطبي في ميدان الإنجاب و تباعد الولادات.

تم إدماج سياسة منع الحمل في المصالح القاعدية سنة 1974، وأدت هذه السياسة إلى انطلاق البرنامج الوطني لحماية الأمومة و الطفولة و تباعد الولادات، و ذلك قصد تحسين صحة الأم و الطفل عن طريق الوقاية من الحمول المتعددة و المتقاربة.

وفي سنة 1980 تم وضع أول برنامج للتحكم في النمو الديموغرافي، و تم تطبيقه سنة 1983 بعد المصادقة عليه من قبل الحكومة. و يدخل هذا البرنامج في إطار رعاية الأمومة و الطفولة حيث ارتكز على ثلاثة محاور أساسية و هي [35] ص29:

- تطوير الهياكل القاعدية في المجال الصحي وتنظيمها لتشكيل إحدى الدعائم الأساسية لخدمات تنظيم الأسرة.
 - ترقية أنشطة الإعلام و التربية و التوعية الهادفة لجلب السكان للاستعمال الإرادي والمكثف لوسائل تنظيم الأسرة، والعمل على نشرها في الريف بغية التحكم في الخصوبة.
 - تحسين المعارف من خلال إقامة جهاز دراسات و بحوث حول محددات الخصوبة و النمو الديموغرافي، ومعرفة العلاقة الموجودة بين هذا الأخير و مستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي.
- وخلال الفترة 1974-1983 تم فتح 440 مركز خاص بحماية الأمومة و الطفولة و تباعد الولادات، و تم توظيف 400 فرد من أطباء و قابلات و مولدات ريفيات، أشرفوا على تقديم الخدمات المتعلقة بوسائل منع الحمل [35] ص28.

وعرفت سنوات التسعينات تعزيز نشاطات الصحة الإنجابية، بهدف تسهيل تقديم العلاج والخدمات الصحية ذات النوعية في مجال التخطيط العائلي و الميادين المرتبطة بها كالتكفل بالأمومة والأمراض المسببة لاعتلال و وفيات النساء في سن الإنجاب وتحسين المستويات التقنية للمستخدمين. فتعديل القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية و ترقية الصحة الصادر سنة 1990، أهل القابلات على وصف وسائل منح الحمل المستعملة و طرق حماية الأمومة. كما تم توسيع أنواع وسائل منع الحمل وتوفيرها بشكل يتماشى مع الطلب على هذه الوسائل من جهة، و توسيع شبكة الهياكل القاعدية العمومية التي تساهم في عرض وسائل منع الحمل من جهة أخرى. وذلك بإدماج هذا النشاط في مصالح التوليد و مصالح طب النساء الخاصة بالتوليد على مستوى المؤسسات الإستشفائية.

وبعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان و التنمية بالقاهرة عام 1994 قامت الحكومة بتدعيم مفهوم الصحة الإنجابية، وذلك من خلال إنشاء اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية و التخطيط العائلي، وإدخال مفهوم حقوق الإنجاب في نشاطات الإعلام و التحسيس التي تم تطويرها، و هذا باحترام القيم الاجتماعية و الثقافية الوطنية. ففي مجال الخدمات تم تدعيم إدماج التخطيط العائلي في العلاج الصحي الأولي، وهذا لصالح العلاج الصحي القاعدي التي امتد إلى التكفل بالأمراض الأخرى التي تخص الصحة الإنجابية كالعقم وسرطان الجهاز التناسلي و الأمراض المتنقلة جنسيا بما فيها الإيدز.

وفي سنة 1997 أصبح تنظيم الأسرة جزءا من السياسات الوطنية الداعية إلى حماية الأمومة و الطفولة، و السياسات الهادفة إلى الحد من معدلات النمو السكاني السريع. و في هذا المجال نص برنامج الحكومة الموافق عليه من طرف المجلس الشعبي الوطني في 17 أوت 1997 على ما يلي: "سيظل التخطيط العائلي مقياسا معتبرا لكل حركة تنموية وطنية، بما في ذلك في مجال الصحة العمومية، إذ أن منحى النمو الديموغرافي يعرض التكفل بالتنمية و تلبية الحاجات الاجتماعية لضغط شديد و متواصل، كما أن صحة الأم و الطفل مرهونة هي الأخرى بالتخطيط العائلي، ذلك هو السبب الذي يجعل البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي يظل موضوع عناية قصوى" [34] ص35 ومن أهداف هذا البرنامج:

- * دعم هياكل التوليد، لاسيما في المناطق الريفية لتقليص وفيات الأطفال.
- * تطوير شبكة مراكز التخطيط العائلي، بما في ذلك مصالح التوليد الريفية، وذلك بإرفاقها ببرنامج تحسين مستوى المستخدمين و السهر على توفير وسائل تنظيم الأسرة و سهولة الحصول عليها.
- * ترقية عمل الإعلام و التوعية في اتجاه المجتمع.

كما تمت خلال هذه السنة مراجعة القائمة الوطنية للأدوية حيث وسعت أنواع وسائل منع الحمل المعتمدة، وذلك بإضافة وسائل جديدة أخرى كالوسائل الهرمونية و إدماج حبوب منع الحمل الجديدة وأنواع أخرى من اللولب كاللولب المحرر للهرمونات الذي يعتبر أكثر ملاءمة لبعض الحالات. كما تم إدماج أطباء النساء الخواص للقطاع، و تم ضم القطاع المكلف بالحماية الاجتماعية و القطاع المكلف بالتضامن الوطني إلى قطاع الصحة.

وفي الفترة 1994-1999 تم توسيع شبكة تقديم الخدمات، وذلك من خلال دمج الصحة الإنجابية ضمن خدمات رعاية الأمومة و التوليد في مختلف المستشفيات (المراكز الصحية والمستشفيات الجامعية). و تم إنشاء 363 مركزا للتخطيط العائلي على مستوى مصالح التوليد للمراكز الإستشفائية الجامعية و القطاعات الصحية موزعة على 48 ولاية [35] ص31. وكان الغرض من ذلك تنصيب مراكز مرجعية مدعمة بأجهزة و معدات متخصصة و تضم موظفين طبيين

وشبه طبيين مناسبين، وكذلك توفير الخدمات المدمجة في مجال الإنجاب كتنظيم الولادات و التوليد و طب النساء من جهة، و إزالة الفجوة الموجودة بين التوليد و التنظيم العائلي من جهة أخرى.

وفي مجال الوقاية و علاج مرض السرطان، أولت الحكومة اهتماما كبيرا بالوقاية و علاج سرطان الرحم الذي احتل المرتبة الثانية بعد سرطان الثدي في اعتلال و وفيات النساء. فقامت بإنجاز دورات تكوينية لنشاطات الكشف المبكر عن هذه الأمراض، حيث تم إنشاء حوالي 100 مركز خاص بالكشف على المستوى الوطني بين 1999 و 2001.

ومن ضمن الأهداف و الأولويات المسطرة في مجال السكان للفترة 2000- 2010 من

طرف اللجنة الوطنية للسكان [35] ص 49 نجد:

- توطيد العلاقات ما بين السكان و النمو الاقتصادي.
- تحسين الصحة الإنجابية.
- تحسين نظام جمع البيانات الديموغرافية و الدراسات و الأبحاث المتعلقة بالسكان.
- ترويج المعلومات و التوعية.
- تسخير الموارد المالية في مجال الصحة الإنجابية.

أما في ما يخص التمويل بوسائل منع الحمل، فبعد أن كانت تمول على حساب ميزانية الضمان الاجتماعي خلال سنوات الثمانينات و على حساب قروض مخططة بصفة انتقائية خلال الفترة 1989- 1994، أصبحت تمول على حساب ميزانية التسيير لوزارة الصحة ابتداء من سنة 1994 موزعة على ميزانيات القطاعات الصحية. وفي سنة 1995 تم إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، الأمر الذي سمح بضبط دائرة البيع و التوزيع للهياكل العمومية. و تجدر الإشارة إلى أن خدمات وسائل منع الحمل تمنح مجانا في الهياكل العمومية للصحة، و تعوض بنسبة 100% من طرف الضمان الاجتماعي عندما تقدم من طرف الخواص، و ذلك لأحكام المرسوم رقم 88- 209 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988.

خلاصة الفصل

عرف القطاع الصحي في الجزائر تحسنا ملحوظا على مستوى تقديم و توفير الخدمات الصحية للأفراد، و ذلك نتيجة التطور في عدد المنشآت الطبية و المرافق الصحية و عدد الإطارات الطبية، و أدى ذلك إلى تحسن معدل التغطية الطبية.

وفي مجال الصحة الإنجابية، عملت الحكومة على توفير الخدمات الصحية ذات النوعية في مجال التخطيط العائلي و الميادين المرتبطة بها. و بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة عام 1994 قامت بتدعيم مفهوم الصحة الإنجابية، وذلك من خلال إنشاء اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية و التخطيط العائلي، وتوسيع شبكة تقديم الخدمات الصحية للأمهات عن طريق دمج الصحة الإنجابية ضمن خدمات رعاية الأمومة و التوليد في مختلف المستشفيات (المراكز الصحية والمستشفيات الجامعية).

الفصل 5

الأمراض المنتقلة جنسيا

تمهيد

شهدت الأمراض المنتقلة جنسيا تطورا كبيرا خلال العشريتين الماضيتين على مستوى انتشارها و تنوعها، وذلك نتيجة التحولات السلوكية و الثقافية التي يعيشها عالما، ونسق تقارب المجتمعات و الحضارات بفضل تطور وسائل الاتصال و التواصل. واستنادا إلى إحصائيات الأمم المتحدة، فإن معدل الإصابة بالأمراض الجنسية في دول العالم المختلفة وصل إلى 375 مليون إصابة سنة 2000. وفي الواقع لا توجد إحصائيات حقيقية عن انتشار هذه الأمراض خاصة في دول العالم الثالث، فإن العدد الحقيقي للإصابة قد يتجاوز هذا الرقم بخمسة إلى عشرة أضعاف [36] ص12.

ويوجد أكثر من 25 مرض جنسي تم اكتشافها في مختلف دول العالم [36] ص11، و تنتشر أكثر في إفريقيا بسبب الفقر و الجهل و بعض العادات الاجتماعية القديمة وتعدد الزوجات. وتشارك جميع هذه الأمراض في أنها تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي سواء عن طريق المهبل أو فتحة الشرج أو الفم.

سنتطرق في هذا الفصل إلى دراسة الأمراض الأكثر شيوعا كمرض السيلان و الكلاميديا والزهري و الهربس و الالتهاب الكبدي "ب" و مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وغيرها. كما نتطرق إلى دراسة مستوى المعرفة بهذه الأمراض و بطرق عدوى مرض الإيدز و الوقاية منه وانتشاره في الجزائر.

1.5. تعريف الأمراض المنتقلة جنسيا

هي مجموعة من الأمراض المعدية، تسببها فيروسات و بكتيريا وفطريات أو طفيليات تصيب الجهاز التناسلي وما جاوره، و قد تظهر لها أعراض و مضاعفات أخرى بعيدة عن المنطقة التناسلية. وتنتقل فيها العدوى من الشخص المصاب إلى الشخص السليم عن طريق الاتصال الجنسي بشكل أساسي، لذلك يطلق عليها اسم الأمراض المنتقلة جنسيا، و كانت تسمى قديما بالأمراض التناسلية.

تنتقل بعض الأمراض عن طريق الأنسجة و السوائل المصابة بالعدوى أو الاتصال بدم ملوث و المشاركة في الحقن عند تعاطي المخدرات. و بعضها ينتقل من الأم المصابة إلى الجنين في أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها، و قد تؤدي إلى وفاة الجنين أو إصابته بمضاعفات خطيرة أو إعاقة مزمنة. ولتجنب ذلك يجب الكشف عن هذه الأمراض مبكرا و علاجها و الوقاية منها باستخدام أسلوب الجنس الآمن.

2.5. الأعراض العامة للأمراض المنتقلة جنسيا

إن غالبية المرضى المصابين بعدوى الأمراض المنتقلة جنسيا تظهر عليهم بعض الأعراض يمكن تلخيصها في النقاط التالية [37] ص236:

- إفرازات مهبلية قد تكون غير واضحة، و تختلف عن الإفرازات المهبلية التي تفرز بصفة عادية.
- الإفراز الإحليلي خاصة عند الرجال المصابين بمرض السيلان أو الكلاميديا.
- الحكمة التناسلية و آلام الجماع خاصة عند النساء.
- الحرقة و الألم عند التبول خاصة عند الرجال.
- ظهور طفح جلدي على سطح اليدين و القدمين عند الشخص المصاب بمرض الزهري.
- ظهور قروح جلدية أو علامات غير عادية على الأعضاء التناسلية.
- آلام أسفل البطن و الظهر.
- الحمى دون وجود مرض ظاهر.
- الشعور بتعب غير عادي و فقدان الشهية.
- تضخم في العقد اللمفاوية.
- الآلام المفصالية في بعض الحالات التي يصيب فيها الجرثوم المفاصل.
- الألم و الوذمة بالصفن أي الجلد المحيط بالخصيتين.
- التهاب الملتحمة الخطير في العينين عند المولودين حديثا و تحصل العدوى بسبب الأم المصابة بالسيلان.

عند ظهور إحدى هذه العلامات يجب استشارة الطبيب، و في حالة ثبوت الإصابة فإن العلاج يجب أن يتوفر للطرفين لإيقاف العدوى و ضمان الشفاء التام.

3.5. مضاعفات الأمراض المنتقلة جنسيا

إن الفشل في تشخيص الأمراض المنتقلة جنسيا وعلاجها في مرحلة مبكرة، قد ينتج عنها مضاعفات صحية عديدة نذكر منها:

- آلام الحوض المزمنة.
- التهاب الحوض و انسداد قناتي فالوب مما يؤدي إلى العقم.
- الإصابة بالسرطان منها سرطان عنق الرحم و سرطان الكبد و الأورام الليفية.
- الإصابة بالشلل نتيجة لإصابة الجهاز العصبي.
- تليف الكبد نتيجة للإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي.
- التشوهات الخلقية و وفاة الأجنة.
- وفيات الأطفال حديثي الولادة حيث أن المواليد يصابون أثناء و ما بعد الولادة من الأم المصابة مما يؤدي إلى العمى و الالتهابات الرئوية.

4.5. عوامل انتشار الأمراض المنتقلة جنسيا

تصيب الأمراض المنتقلة جنسيا الذكور و الإناث على حد سواء، و لكن نسبة إصابة الإناث أكثر بسبب عدة عوامل نذكر منها:

- الأعضاء التناسلية الظاهرة و الباطنة للمرأة أسهل اختراقا من قبل العوامل الممرضة، بسبب طبيعتها التشريرية و وجود طبقة مخاطية واسعة هشة و سهلة التخديش.
- المخاطر الصحية المرتبطة بالإنجاب كأساليب التوليد و الإجهاض و خدمات تنظيم الولادات.
- انتشار الجهل عن الأمراض المنتقلة جنسيا بنسبة عالية بينهم.
- ضعف النفوذ الاجتماعي حيث أن مكانة المرأة في الأسرة و المجتمع مرتبط بقدرتها على الإنجاب، ولذا فكثره الإنجاب يعرضها باستمرار لخطر عدوى الجهاز التناسلي.
- الشعور بالحرج من التماس العلاج مما يقلل من احتمال حصولها على الرعاية الصحية المبكرة، وبذلك يزداد تعرضها إلى خطر الآثار الخطيرة و الدائمة للالتهابات.

5.5. أهم أنواع الأمراض المنتقلة جنسيا

- إن الأمراض المنتقلة جنسيا كثيرة و متنوعة، يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع رئيسية وهي:
- أمراض فيروسية كالهربس و الثآليل التناسلية و الالتهاب الكبدي "ب" و مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).
 - أمراض بكتيرية كالسيلان و الكلاميديا و الزهري.
 - أمراض طفيلية كالترايكومونس المهبليّة (المشعرات).
- إضافة إلى هذه الأنواع، هناك أيضا بعض الأمراض الجلدية التي قد تكون الممارسة الجنسية من أحد أسباب الإصابة بها، كمرض قمل العانة أو الجرب أو التينيا (فطريات الجلد).

1.5.5. الأمراض التي تسببها البكتريا و الطفيليات

يمكن علاج هذه الأمراض باستخدام المضادات الحيوية التي يحددها الطبيب، و نسبة نجاح العلاج تكون أكبر إذا ما تم في مرحلة مبكرة، و يراعى أيضا علاج مصدر العدوى و كل من يكون قد تعرض للإصابة بها.

1.1.5.5. مرض السيلان

1.1.1.5.5. تعريف المرض

هو أكثر الأمراض المنتقلة جنسيا انتشارا، يسببه مكروب يدعى الغونوكوك و هو عبارة عن جرثومة مجهرية وحيدة الخلية تظهر تحت المجهر أزواجا و بشكل حبات البن، اكتشفها الباحث "ألبرت نيسر" عام 1879. وهذا المكروب لا يستطيع الحياة إلا على أغشية مخاطية نحيفة جدا كالمجاري البولية و فتحة الشرج و العين و عنق الرحم و الحلق و ثنايا القلب و المفاصل، و لكن الأغشية المخاطية في الأجهزة البولية عند الذكر و الأنثى خير وسط لنموه. و من مميزاته أنه يغزو الكريات البيضاء في الدم و يتمركز في داخلها، علما أن الكريات البيضاء وجدت لكي تدافع عن الجسم عند تعرضه للعدوى بالميكروبات و الجراثيم. لذلك عند معالجة مرض السيلان تؤخذ بعين الاعتبار هذه الميزة، و لهذا السبب تستخدم في المعالجة جرعات قوية ضاربة من البنسلين لتحرير الكريات البيضاء من جراثيم الغونوكوك التي تعشش في داخلها [38] ص 41.

2.1.1.5.5. أعراض المرض

تظهر أعراض مرض السيلان في فترة تتراوح ما بين يومين إلى 14 يوما عند الرجال و بين 7 و 21 يوما عند النساء بعد العدوى. و يمكن الإصابة بهذا المرض دون ظهور أي أعراض، و من المرجح أن تظهر أعراضه عند الرجال أكثر من النساء.

أعراض المرض عند الرجل

- بمجرد مرور ثلاثة أيام على انتقال الجرثومة إلى الرجل بواسطة الجماع يحدث ما يلي:
- التهاب حاد في الغشاء الأمامي ثم الخلفي لمجرى البول، فيبدأ هذا الأخير بإفراز سائل أصفر اللون مائل إلى الخضرة تصحبه حرقة حادة و شديدة عند التبول.
- ترتفع حرارة الجسم إلى 39 أو 40 درجة و ترافقها أوجاع في الرأس و إرهاق عام.
- تضخم الغدد الليمفاوية المجاورة للأعضاء التناسلية و تصلبها، و تسبب ألما عند لمسها.
- حدوث التهاب في الخصيتين و في الغدة البروستاتية.

أعراض المرض عند النساء

- تكون أعراض المرض أقل وضوحا منها لدى الرجل و تتمثل في:
- التهاب الاحليل حيث تصبح المرأة بحاجة إلى التبول مرات عديدة في اليوم و إحساسها بحرقة عند خروج البول.
- التهاب المهبل و يكون مصحوبا بإفرازات يميل لونها إلى الأصفر أو الأخضر مع ظهور رائحة قوية بها، و هذا يدل على كمية الخلايا الصديدية التي يفرزها جسم الإنسان كرد فعل اتجاه الميكروب المسبب للمرض.
- التهاب الفرج و يتمثل في احمرار و آلام في الشفرتين الكبيرتين و الصغيرتين.
- و في معظم الحالات، لا تظهر على المرأة المصابة بالسيلان أية مضاعفات، و هذا ما يصعب من تشخيص المرض و يزيد من خطر العدوى و انتشاره في الجسم.

3.1.1.5.5. التعقيدات الناتجة عن المرض

إذا لم يتم علاج مرض السيلان بكفاءة قد يؤدي إلى عدة مضاعفات عند الرجل و المرأة.

مضاعفات المرض عند الرجال

إذا لم يسارع المريض إلى طلب المعالجة لمدة أسبوعين أو أكثر، ينتشر الالتهاب على طول مجرى البول و تصعد جرثومة الغونوكوك إلى غدة البروستات و الأنابيب المنوية. فينتبه المريض لذلك من خلال الضغط و الآلام التي تحدث له في جوار البروستات، و من الميل الكاذب إلى التبول، و من الإفرازات المخاطية المصحوبة بالدم و من أدوار الحمى الشديدة. وقد تتحدر هذه الجرثومة في الحبال المنوية إلى الغدد الواقعة وراء الخصيتين و تسبب التهابا فتولد ألما في غاية الشدة، و في ظرف عدة أيام يصاب المريض بحمى و أوجاع و ثقل في منطقة الصفن أي الكيس الجلدي للخصيتين، و يسبب ذلك انسداد القنوات الصغيرة و يصاب الرجل نتيجة ذلك بعقم دائم.

مضاعفات المرض عند النساء

- إذا لم تتلق المرأة المصابة العلاج اللازم، فإنها تتعرض لعدة مضاعفات نذكر من أهمها:
- التهاب و تضخم أنبوب الرحم، و يسبب ذلك حمى شديدة و آلام لا تطاق في أسفل البطن و صعوبة في ممارسة العملية الجنسية، وقد تصبح المرأة غير قابلة للإنجاب أو يحدث لها حمل خارج الرحم بسبب انسداد الأنابيب الرحمية.
 - التهابات حادة و تقرحات بالقرنية.
 - مضاعفات تعقبية و انتشار المكروب عن طريق الدم إلى القلب، حيث يصيب الصمامات و المفاصل و يؤدي إلى ما يسمى بالروماتيزم التعقبي.
 - حدوث صعوبة في التبول نتيجة ضيق في مجرى البول من جراء التهاب و تقرح المجاري البولية.
 - اضطرابات بالعادة الشهرية و فقر حاد بالدم (الأنيميا) و اعتلال الصحة.
 - تنتقل العدوى من المرأة الحامل المصابة بمرض السيلان إلى طفلها عند ولادته أو يولد و هو مصاب بالمرض، وقد يؤدي ذلك إلى إصابة الطفل بالعمى.

المضاعفات المشتركة بين الرجل و المرأة

تشمل هذه المضاعفات الالتهابات التالية:

- التهاب الملتحمة و ينتج عن لمس المصاب بالسيلان جفونه.
- التهاب و تورم مفاصل اليدين و الرجلين و المعصمين و الركبتين و يكون الورم مصحوبا بالآلام.
- التهاب الجلد و يصيب خاصة المرأة حيث تظهر بقع صغيرة حمراء بجوار مفاصلها تنتفخ و تتقيح.

4.1.1.5.5. تشخيص و علاج المرض

يتم تشخيص المرض عن طريق الفحص البكتيريولوجي، حيث يتم اختبار عينات بواسطة ماسحة من القطن أو الصوف أو الإسفنج من أي مكان يمكن أن يكون ملوثا كعنق الرحم و مجرى البول الخارجي و فتحة الشرج أو الحلق بحثا عن مرض السيلان.

وفي حالة ثبوت وجود المرض، يجب على المصاب بالسيلان الامتناع عن المعاشرة الجنسية حتى يشفى نهائيا من المرض، كما يجب علاج جميع شركاء المريض باستخدام المضادات الحيوية.

2.1.5.5. الكلاميديا (المتدثرات)

1.2.1.5.5. تعريفه

الكلاميديا هو أكثر الأمراض البكتيرية الشائعة المنتقلة جنسيا و القابلة للعلاج، و يوضع على راس قائمة الأمراض التناسلية التي تصيب كلا الجنسين و تسبب العديد من المضاعفات الصحية. والجرثومة المسببة لهذا المرض من فصيلة البكتيريا، وفي الوقت نفسه لها نفس خصائص الفيروسات الزهرية، و هذا ما يجعل مراقبتها و تمييزها عن غيرها أمرا صعبا. وهناك خاصية أخرى لهذه الجرثومة، و هي أنها لا تستطيع العيش و التكاثر إلا في داخل الخلية البشرية مما يجعلها قريبة جدا من جرثومة الغونوكوك التي تسبب مرض السيلان.

يصيب الكلاميديا الإحليل (مجرى البول الخارجي) و المستقيم و العينين عند الجنسين على السواء و عنق الرحم عند النساء. و في بعض الأحيان تعيش بكتيريا الكلاميديا في أجزاء أخرى من الجسم كالحلق و الرئتين و الكبد، و يسبب هذا المرض مشاكل حادة في سن متأخر إذا لم يتم علاجه.

2.2.1.5.5. أعراضه

تظهر أعراض المرض بين أسبوع و ثلاثة أسابيع بعد الإصابة، و لكن عادة ما يكون بلا أعراض لذلك يطلق عليه باسم المرض المعدي الصامت.

أعراض المرض عند الرجل

هي نفس أعراض مرض السيلان و لكنها أقل وطأة و حدة منها، ففي 65% من الحالات يحس الرجل بحرقة خفيفة عند التبول مع إفراز سائل بسيط زلالي أو مائل إلى الخضرة من فتحة مجرى البول. وفي 20% من الحالات لا تظهر فيها أعراض، و قد تدوم هذه الحالة سنوات [38] ص78.

أعراض المرض عند المرأة

تكون أعراض المرض عند النساء أقل حدة و هنا تكمن خطورته، إذ لا تشعر المريضة إلا بأوجاع خفيفة في أسفل بطنها تنتابها من وقت لآخر مع ظهور إفرازات خفيفة من المهبل مرفقة بحكة و انزعاج خلال الاتصال الجنسي، كما تشعر المصابة بحرقة خفيفة عند التبول و نزيف رحمي متقطع.

3.2.1.5.5. مضاعفاته

يسبب الكلاميديا التهاب العينين والمفاصل والقلب والجهاز الهضمي والشرج والمستقيم للجنسين معا، وهناك مضاعفات تخص الرجال وأخرى تخص النساء فقط.

مضاعفات المرض عند الرجال

إذا لم يعالج المريض مبكراً، ينتشر المرض في الجسم و يؤدي إلى التهاب غدة البروستات والمجاري البولية والتهاب مؤلم في الخصيتين، و ينتج عن ذلك العقم بسبب انسداد حبي المنى.

مضاعفات المرض عند النساء

يسبب مرض الكلاميديا عند المرأة التهاب الرحم و المبيضين و البوقين و آلام في الظهر واضطرابات في الدورة الشهرية و أوجاع خفيفة مستديمة في أسفل الظهر. كما يؤدي إلى التهاب الأنابيب الرحمية و تضخمها، و ينتج عن ذلك التصاق في الحوض و بالتالي انسداد الأنابيب الرحمية الذي ينتج عنه العقم الثانوي.

أما عن مضاعفات المرض عند المرأة الحامل، فإنه يؤدي إلى حدوث حمل خارج الرحم أو إلى ولادة مبكرة أو الإجهاض، و قد يصاب الطفل بالتهاب في العينين أو في الرئتين إذا كانت الأم مصابة بالمرض أثناء الحمل.

4.2.1.5.5. تشخيص و علاج المرض

يتم أخذ عينات بواسطة ماسحة من القطن من أي مكان يمكن أن يكون ملوثاً كعنق الرحم أو مجرى البول الخارجي أو فتحة الشرج أو الحلق. وقد يتم الكشف عن المرض عن طريق تحليل عينة من البول أو تحليل عينة من الدم للبحث عن الأجسام المضادة التي تنتجها الجرثومة كردة فعل تحصين ذاتية عندما تدخل مجرى الدم. وقد يقوم الطبيب أو الممرضة بفحص داخلي للمهبل عند النساء، وفحص خارجي للخصيتين عند الرجال للتأكد من سلامتهما.

وفي ما يخص علاج المرض، فيتم باستخدام المضادات الحيوية حيث يتلقى الشريكين العلاج في آن واحد بناء على ما يقرره الطبيب.

3.1.5.5. مرض الزهري

1.3.1.5.5. تعريف المرض

الزهري مرض تناسلي قديم معد يصيب جميع أجزاء الجسم حيث يحدث بها إصابات مختلفة ذات صور متعددة، تسببه اللوليبات الشاحبة وهي جراثيم متناهية في الصغر على شكل خطوط لولبية تشبه الحيوانات المنوية، و تدخل هذه الأخيرة جسم الإنسان عن طريق قرحة أو خدش في الأجزاء الرطبة من الأعضاء التناسلية.

تنتقل العدوى في 90% من الحالات عن طريق الاتصال الجنسي المباشر بين المريض والسليم، و تحصل 8% بسبب القبلة و 2% باستعمال بعض أدوات المريض كأدوات الحلاقة أو دورات المياه و غيرها [5] ص74. و قد تنتقل الأم المصابة المرض للجنين عن طريق الحبل السري.

2.3.1.5.5. أعراض المرض

تكون أعراضه واحدة لدى الرجال و النساء، وقد يطول ظهورها أكثر من شهرين بعد ممارسة الجنس مع شخص مصاب، علما أن التحاليل المخبرية الدالة على وجود العدوى تكون سلبية خلال هذه المرحلة. و يظهر مرض الزهري في ثلاثة أطوار و هي:

الطور الأول

بعد دخول اللولبيات الشاحبة إلى الجسم عبر خدش أو جرح صغير في الأعضاء التناسلية، تظل في فترة حضانة تتراوح بين أسبوعين إلى شهرين، و بعدها تظهر قرحة صلبة في نفس المكان الذي تغلغت فيه. وإذا انتقل المرض عن طريق القبلة نتيجة وجود جرح، تظهر القرحة على المكان الذي تم تقبيله كالشفيتين و الرقبة و سقف الحلق أو على أصابع اليد و الثدي عند المرأة. و تكون هذه القرحة نظيفة و غير مؤلمة و جد معدية، و يصحبها تضخم في الغدد الليمفاوية المتصلة بها دون ألم يشعر به المريض، و تختفي بعد فترة تتراوح بين أسبوع و أسبوعين. و لكن الجرثومة التي ولدت هذه القرحة تبقى في الدم و تتكاثر حتى تظهر أعراض المرحلة الثانية من المرض.

الطور الثاني

تبدأ المرحلة الثانية بعد فترة تتراوح بين شهر إلى شهرين من الإصابة بالمرض، حيث تغزو الميكروبات الدم و يدخل المرض طوره الثاني و من أعراضه نجد:

- حدوث طفح جلدية مختلفة الحجم و وردية اللون على معظم أعضاء الجسم تتحول إلى قروح، و تظهر بقع مسطحة شبيهة بالأورام على شفرة الفرج عند النساء و حول فتحة الشرج عند الجنسين على السواء. و قد يحدث تضخم في الغدد الليمفاوية و الطوخال و الكبد مع آلام في العظام و المفاصل.
- تقرحات الجهاز الهضمي، و قد يؤدي ذلك إلى القيء مع ألم شديد في البطن.
- ألم بالصدر و الظهر قد يكون مصحوبا بارتفاع درجة الحرارة، و تشتد وطأة الألم بالليل.
- التهاب بعظام الجمجمة يؤدي إلى صداع شديد خاصة بالليل.
- التهاب السحايا و ينتج عنه صداع شديد و تشنجات و دوران يفقد المصاب توازنه.
- التهاب العضلات يؤدي إلى عدم المقدرة على الحركة.
- التهاب بالقرنية و حدقة العين و القرحية.
- ألم و احمرار بالعين و كثرة الدمع مع صعوبة الرؤيا بالضوء و الخوف من التعرض له.

- ارتفاع درجة الحرارة و الشعور بالتعب مع فقدان الشهية.
- بقع بيضاء اللون على اللسان أو في تجويف الفم الأعلى.
- التهاب الكبد و أغشية المخ.

تكون إمكانية العدوى كبيرة في المرحلة الثانية من المرض، و يرجع ذلك إلى تعدد أماكن الإصابة بالجلد و الأغشية المخاطية، وتكون طريقة العدوى بالاتصال الجنسي مع الشخص المصاب.

الطور الثالث

إذا لم يعالج المرض أثناء طوريه الأول و الثاني، يسكن و يكمن لعدة سنوات ثم يتطور إلى مرض الزهري. و خلال هذه الفترة تهاجم الميكروبات أجهزة الجسم المختلفة وتصيبها بأضرار بالغة كالقلب و الكبد و العظام و الدماغ و العين و الجهاز العصبي و غيرها. وإذا حملت الأم المصابة بالزهري تنتقل العدوى إلى الجنين عن طريق حبل السرة و المشيمة، و قد يسبب الإجهاض أو وفاة الجنين. ومن أعراض هذه المرحلة نجد:

- ظهور طفح جلدي أو تقرحات على شكل قوس أو دائرة غير مصحوبة بألم أو حكة.
- ظهور درنات تحت الجلد دائرية الشكل و غير مؤلمة، تتقرح و تؤدي إلى تشوهات بالجسم و أكثر الأماكن إصابة هي الوجه و الرأس و الساقين.
- ظهور درنات في الأغشية المخاطية خاصة على سقف الحلق و الحاجز الأنفي من الداخل، و يؤدي ذلك إلى حدوث تشوه بالأنف مع تدمير الحاجز بين فتحتي الأنف.
- تضخم بالعظام خاصة عظمة الساق و الترقوة.
- إصابة الأحبال الصوتية و يؤدي ذلك إلى بحة بالصوت.
- التهاب مزمن باللسان مع حدوث شقوق به يتبعه ألم خاصة عند تناول الأطعمة الساخنة و الموالح، و قد يؤدي إلى إصابة اللسان بمرض السرطان.
- التهاب مزمن بالشبكية و القزحية و قد يؤدي ذلك إلى فقدان البصر و العمى الكلي.
- حدوث تضخم بالكبد ثم انكماشه نظرا لتليف الخلايا بسبب جرثومة الزهري.
- ضعف عام و نقص بالوزن و حدوث ضيق في التنفس.
- إصابات الجهاز العصبي و تؤدي إلى:
 - ارتعاش في الأيدي و اللسان و التلعثم عند الكلام.
 - شلل نصفي و عدم التحكم بالبول و البراز.
 - التهاب السحايا و تؤدي إلى صداع مع ارتفاع بدرجة حرارة المريض، و حدوث تشنجات قد تؤدي إلى الغيبوبة و فقدان الوعي كاملا.

- فقدان الإحساس خاصة بالأيدي و الأرجل.
- ضعف عام و شلل بعضلات الجسم حيث يصاب المريض بالوهن و عدم المقدرة على الحركة أو النهوض دون مساعدة الآخرين.
- تورم بمفصل الركبة أو مفصل القدم مع تقرحات بهما.

3.3.1.5.5. مضاعفات المرض

- قد تصيب الجراثيم الدماغ و القلب و النخاع الشوكي وأجزاء أخرى من الجسم وتحدث أضرارا بها.
- قد يصاب المريض بالعمى أو الشلل أو المرض العقلي.
- تنتقل جرثومة الزهري عن طريق الدورة الدموية إلى أماكن مختلفة من الجسم، و قد تهاجم الأوعية الدموية نفسها و تحدث بها مضاعفات قد تؤدي إلى الوفاة.
- تدمير جدار و عضلة الشريان الأبهر، و قد يحدث انسدادا فيه أو يتمزق و يؤدي ذلك إلى الوفاة.
- إصابة الشريان التاجي بجرثومة الزهري، و يؤدي ذلك إلى الذبحة الصدرية و الموت المفاجئ.
- قد يحدث إجهاض للمرأة الحامل بعد الشهر الثالث أو الرابع من الحمل أو يموت الجنين قبل أو بعد الولادة.

4.3.1.5.5. تشخيص و علاج المرض

- يتم تشخيص مرض الزهري عن طريق الفحص البكتيريولوجي حيث يتم تحليل عينة من الدم. فإذا كانت لدى الشخص المصاب قروحا يتم أخذ شريحة من السائل به و فحصها للكشف عن الأجسام المضادة، و يمكن معرفة نتيجة التحليل في ظرف أسبوع.
- يعالج المصاب بالزهري بواسطة البنسلين أو مشتقاته، و يمكن تعويض البنسلين في حالة وجود حساسية من قبل المريض ضده بمستحضر التيراميسين أو التيتراسيكلين [38] ص32. وفي بعض الحالات تأخذ المضادات الحيوية و ذلك في الطور الأول و الثاني، و بعد الانتهاء من المعالجة تجرى للمريض الفحوص المخبرية الدورية، و ذلك للتأكد من زوال أعراض المرض نهائيا في الدم.
- ويتطلب علاج المرض فترة طويلة و ذلك بسبب صعوبة القضاء على البكتيريا المسببة له، وقد يظهر المرض مرة أخرى بعد الشفاء منه، و ذلك عند التعرض لظروف مرضية أو نفسية تقلل من مناعة الجسم أو لعدم خضوع الطرف المتسبب في حدوث المرض للعلاج.

4.1.5.5. مرض الترايكومونس (المشعرات المهبلية)

1.4.1.5.5. تعريف المرض

هو أكثر الأمراض المنتقلة جنسيا شيوعا، تسببه طفيليات و هي عبارة عن خلية ذات طبيعة حيوانية تحتوي على هيكل و نواة تنتهي عند الرأس بأربع شعيرات، و حجمها كبيرا نسبيا لذلك يمكن رؤيتها بواسطة المجهر العادي. وتأخذ هذه الطفيليات شكل حبة إحص ذات خيوط عدة و حركة نشطة جدا، و يمكن أن تغير شكلها فتصبح أصغر حجما أو تجمد في مكانها، و هذا ما يصعب أحيانا من تمييزها عن كريات الدم البيضاء [38] ص 117.

2.4.1.5.5. أعراض و مضاعفات المرض

تظهر أعراض المرض بعد ثلاثة أيام إلى ثلاثة أسابيع من التعرض للعدوى، و قد يحمل الذكور المرض لفترة طويلة دون ظهور أي أعراض تلفت انتباه المصاب.

• أعراض و مضاعفات المرض عند الإناث

تظهر علامات المرض عند المرأة غالبا بعد مرور فترة تتراوح بين أسبوع و أربعة أسابيع من تاريخ العدوى. فتخرج من المهبل إفرازات بيضاء شبيهة بالحليب ذات رائحة كريهة، و تشعر المرأة برغبة متزايدة في التبول و الحك في منطقة الأعضاء التناسلية الخارجية، و إحساس بألم أسفل البطن و ألم أثناء الاتصال الجنسي.

وهذا المرض يؤدي إلى التهابات مهبلية عند المرأة، فإذا لم تعالج تنتسح و تمتد حتى عنق الرحم، و قد يسبب ذلك الإجهاض و سرطان عنق الرحم و العقم في بعض الحالات.

• أعراض و مضاعفات المرض عند الرجال

يعتبر الرجل المصاب بالمرض ناقلا خطيرا للعدوى، و ذلك بسبب عدم ظهور أية أعراض حادة عنده في كثير من الحالات. و عدم معالجة هذا المرض يؤدي إلى حدوث التهاب في مجرى البول، فيظهر سيلان أصفر خفيف مصحوب بحرقنة خفيفة. و أحيانا تسبب الطفيليات التهاب المثانة الذي يجعل التبول صعبا و مؤلما، و قد يصاب البروستات بالتهاب مزمن.

3.4.1.5.5. تشخيص و علاج المرض

يتم تشخيص المرض عن طريق فحص قطرة من السائل المهبلي عند المرأة و سائل فوهة مجرى البول عند الرجل، أو فحص عينة من البول الأول في الصباح. فإذا كان الشخص مصاب

بالمرض تظهر الطفيليات تضرب بأهدابها ذات اليمين و اليسار، و تتحرك بسرعة فائقة و متواصلة حول بعضها.

و يتم علاج المرض بواسطة مستحضرات الميترونيدازول، و هذه العملية تستغرق فترة تتراوح بين 24 و 48 ساعة [38] ص121، و ينصح المريض بالامتناع كلياً عن تناول المشروبات الكحولية و الأطعمة الدسمة و ممارسة الجنس طيلة فترة المعالجة. و تعالج المرأة الحامل باستخدام المغاطس الفاترة المطهرة المكونة من نقوع البابونج أو المراهم التي من شأنها التخفيف من حدة الحك.

2.5.5. الأمراض التي تسببها الفيروسات

1.2.5.5. مرض الهربس

عرف مرض الهربس في الأزمنة القديمة وكان يحمل أسماء مختلفة، و أول من وصف المرض بطريقة مبدئية هو رتشارد مورتون عام 1694م، و لكن لم توضح التفاصيل الدقيقة للمرض إلا في سنة 1940م، و أعطي له الاسم المعروف حالياً في المؤتمر الدولي عام 1953م من قبل الفيلسوف و الطبيب اليوناني ابقراط.

1.1.2.5.5. تعريف المرض

يعرف الفيروس المسبب للمرض باسم H.S.V و يوجد منه نوعان، القوباء العادية HSVI والقوباء التناسلية HSVII. فالنوع الأول يسبب يؤراً في الشفة فضلاً عن التهاب الدماغ في بعض الأحيان، و لا يتطلب علاج حيث يختفي خلال أسبوع دون أن يترك أثراً له. و النوع الثاني يصيب الجهاز التناسلي و يتواجد في عنق الرحم و المهبل و منطقة الشرج و العجان و الشفرين الصغيرين والكبيرين عند المرأة، و الصفن و القضيب عند الرجل.

2.1.2.5.5. أعراض المرض

تتم معظم حالات الإصابة بالفيروس دون ظهور أعراض واضحة، و في بعض الحالات تظهر على المرضى أعراض بعد فترة تتراوح بين يومين و سبعة أيام، ثم تظهر على فترات نتيجة نشاط الفيروس الكامن و من أهمها:

* ظهور فقائيع صغيرة أو حويصلات مائية على الفرج و المهبل و عنق الرحم، و هذه الفقاعات تنفجر و تترك قرحا سطحية مؤلمة للغاية.

* حرقة في المكان الذي سوف يظهر فيه المرض.

* حرقة و ألم شديد عند الجماع و التبول.

* وجود حكة مستمرة و آلام في مناطق الإصابة سواء الأعضاء الذكرية للرجال أو الأعضاء الجنسية الخارجية للسيدات في منطقة المهبل و قد يمتد إلى عنق الرحم.

* الشعور بالتعب و الإرهاق مع ارتفاع في درجة الحرارة يستمر إلى ثلاثة أسابيع.

تكون أعراض هذا المرض أكثر حدة أثناء الحمل، و بعد انتهاء فترة حدوث الأعراض المرضية يصبح المصاب حاملا للمرض.

3.1.2.5.5. طريقة العدوى

غالبا ما يصيب مرض الهربس الأفراد البالغين، و ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي بكل أنواعه. وقد يصاب الطفل أثناء الولادة الطبيعية إذا كانت الأم مصابة بالفيروس، وهذه الحالة تستدعي إجراء ولادة قيصرية إذا تم التأكد من إصابة الأم قبل الولادة، و يعتبر هذا المرض أحد المسببات الرئيسية لحدوث إجهاض متكرر عند الحوامل.

4.1.2.5.5. طرق الوقاية و علاج المرض

يعتبر الأفراد المصابون للمرة الأولى بمرض الهربس مصدرا خطيرا للعدوى، وخاصة في مرحلة ظهور الحبيبات و التقرحات الجلدية المليئة بالفيروسات. و للوقاية من هذا المرض يجب على الشخص المصاب أن يمتنع على ممارسة الجنس بجميع أنواعه و أشكاله إلى حين يتم شفاؤه نهائيا.

أما عن علاج المرض، فيتم ذلك بواسطة مستحضر يدعى زوفيراكس حيث أنه يعطي نتائج جيدة إذا استخدم في الساعات الأولى لبداية أعراض المرض، أي عند ظهور الحبيبات الجلدية حول المناطق التناسلية.

2.2.5.5. التهاب الكبد الفيروسي صنف "ب"

1.2.2.5.5. تعريف المرض

التهاب الكبد الوبائي و يسمى كذلك اليرقان التناسلي أو الصفراء، و يعني اصفرار لون الجلد والعينين عند الإنسان نتيجة تعطل وظيفة الكبد، بسبب الالتهاب الذي يحصل في أليافه و خلاياه على إثر دخول الفيروس المسبب للمرض في دم الإنسان. و لذلك يعتبر الاصفرار أو اليرقان علامة أو عارضا أساسيا من أعراض التهاب الكبد.

هنالك عدة أنواع مختلفة من التهابات الكبد و هي التهاب الكبد "أ" و "ب" و "ج"، و تعمل كل من هذه الفيروسات بطريقة مختلفة و أكثرها شيوعا هو التهاب الكبد "ب".

2.2.2.5.5. طرق العدوى

يتواجد فيروس المرض في الدم و سوائل الجسم الأخرى كالسائل المنوي و الإفرازات المهبلية و حليب الأم و اللعاب و غيرها. وتتم العدوى عند التعرض لهذه السوائل كالمعاشرة الجنسية و التعاطي بالدم و نقل جميع مشتقاته. وقد تتم العدوى باستخدام إبر ملوثة أو أدوات الحلاقة أو فرش الأسنان أو عن طريق الفم أو جرح أو خدش في الجلد، كما يمكن أن ينتقل المرض من الأم المصابة إلى جنينها.

تتميز الإصابة بهذا الفيروس بعدم ظهور أية علامات أو شعور بتغيير صحي في الفترة الأولى، أي فترة الحضانة التي تتراوح بين شهرين وستة أشهر، حيث يكون الشخص في هذه المرحلة حاملا للفيروس و معديا إلى درجة كبيرة.

3.2.2.5.5. أعراض المرض

تظهر أولى علامات المرض بعد انتهاء فترة الحضانة التي تختلف مدتها من شخص لآخر، وتتمثل غالبا في ارتفاع حرارة الجسم و أوجاع في المفاصل و الرأس و الشعور بتعب شديد و ضعف في الرؤية. وتتطور هذه الأمراض لتظهر أوجاع أخرى على مستوى البطن مصحوبة بإسهال، ويتغير لون البراز و البول فيصبح بنيا.

تتوقف هذه الأعراض فجأة و يصفر بياض العين و لون البشرة، وفي هذه المرحلة يتطور المرض و تتحدد خطورته. فقد يتم الشفاء و تتكون لدى المريض حصانة تامة ضد العدوى أو يصاب الشخص بالفيروس و يؤدي ذلك إلى سرطان الكبد.

4.2.2.5.5. الشخص الحامل للفيروس و الشخص المصاب بالمرض

إن الشخص الحامل للفيروس عادة لا تحدث له أية علامات أو أعراض للمرض، كما أن إنزيمات كبده تكون طبيعية و لكنه يظل مصابا لسنوات عديدة، و يكون قادرا على نقل الفيروس لغيره. و معظم حاملي الفيروس لا يعانون من أية مشكلة، لكنهم يكونون عرضة أكثر من غيرهم للإصابة بالالتهاب الكبدي المزمن و التليف الذي يؤدي إلى حدوث أورام الكبد.

و يجب عن الشخص حامل الفيروس أن:

* يمتنع عن المعاشرة الجنسية.

* لا يتبرع بالدم أو البلازما أو أي من أعضائه للآخرين أو أن يشارك غيره في استخدام أمواس الحلاقة أو فرش الأسنان أو مقصات الأظافر.

* مراجعة الطبيب المختص لعمل الفحوص اللازمة و التأكد من صحة الكبد.

* الابتعاد عن تناول المشروبات الكحولية.

* عدم استعمال الأدوية إلا بعد استشارة الطبيب و تحت إشرافه.

* تناول الغذاء الصحي المتوازن و المواظبة على ممارسة الرياضة.

أما الشخص المصاب بالمرض فهو مصاب بالفيروس بشكل مزمن، و يتم تأكيد ذلك عن طريق أخذ عينة من الكبد و فحص نشاط الفيروس في الدم. فالالتهاب المزمن يؤدي إلى ظهور أنسجة ليفية داخل الكبد، و هذا ما يسمى بالتليف الكبدي و ينتج عنه خشونة الكبد و تورمها و حدوث ضغط على الأوردة مما يعيق تدفق الدم فيها، وبالتالي حدوث مضاعفات في المريء و المعدة وغيرها.

5.2.2.5.5. التشخيص و العلاج

يشخص هذا المرض عادة في مراحله الأولى بواسطة فحص الدم، و يعالج عن طريق الدواء المسمى بالإنترفيرون أو دواء لاموفيدين، ولا تزال الأبحاث مستمرة لإيجاد أدوية أخرى ذات فاعلية كبيرة و أقل مضاعفات.

6.2.2.5.5. الوقاية من العدوى

إن التلقيح ضد المرض هو الوسيلة الوقائية الوحيدة و الفعالة المتوفرة، وهذا يعني حقن الإنسان السليم بفيروسات من نوع "ب" مخففة أو مقتولة، بهدف إكساب الجسم المناعة المطلوبة و تجنب دفاعاته ضد العدوى المحتمل حدوثها. فإذا حدثت العدوى عند أحد أفراد العائلة و يجب تلقيح بقية أفراد العائلة، و هناك طرق وقائية أخرى نذكر من أهمها:

- امتناع الشخص المصاب عن ممارسة الجنس كلياً بجميع أشكاله.
- غسل يدي الشخص المصاب بعناية بعد استخدامه للمرحاض بسبب تلوث البراز.
- الامتناع عن التقبيل بالفم تجنباً لانتقال العدوى بواسطة اللعاب.
- عدم تبادل الأشياء الشخصية مثل أدوات الحلاقة و فرشاة الأسنان و المناشف الخاصة.
- عدم التبرع بالدم أو بعضو من أعضاء الجسم تقادياً لنقل العدوى إلى الآخرين.
- العناية بالجروح و الخدوش المحدثه في الجلد أو الفم أو الأغشية المخاطية.

3.2.5.5. مرض فقدان المناعة المكتسب (الإيدز)

اكتشف مرض الإيدز في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1981م بين الشاذين جنسياً، وأخذ الوباء بعد ذلك في الانتشار حيث ظهرت حالات أخرى في أوروبا و بريطانيا مما أدى إلى حالة من الذهول بين الدوائر الصحية.

يقضي مرض الإيدز على المناعة داخل الجسم، وبذلك يفقده القدرة على المقاومة و بالتالي يكون الجسم فريسة سهلة تغزوه الفيروسات المختلفة، و غالبا ما يصاب المريض بالسرطان الخبيث.

1.3.2.5.5. تعريف المرض

• فيروس فقدان المناعة البشري (HIV)

تم اكتشافه في بداية الثمانينات من قبل العالم الفرنسي لوك مونتانييه و العالم الأمريكي جالو في خلايا الدم البيضاء، و بشكل خاص في الخلايا اللمفاوية عند أوائل المصابين بهذا الوباء [38] ص188.

يتميز هذا الفيروس عن غيره بأنه يهاجم خلايا الجهاز المناعي (الخلايا الليمفاوية T4) المسؤولة عن الدفاع عن الجسم ضد أنواع العدوى المختلفة، مخلفا تلفا بنظام المناعة بالجسم و بالتالي يفقد الإنسان قدرته على مقاومة الجراثيم المعدية و السرطان، و يصبح عرضة لبعض الأمراض المعدية. و يسمى هذا الفيروس "فيروس نقص المناعة البشري" أو باختصار (HIV)، و الاسم العلمي لمرض الإيدز هو "متلازمة نقص المناعة المكتسب" أو باختصار "AIDS".

إن إصابة الشخص بفيروس فقدان المناعة البشري لا تعني أنه مصابا بمرض فقدان المناعة المكتسب، بل يحتاج هذا الفيروس إلى عدة سنوات حتى يستطيع إتلاف نظام المناعة بالجسم تم يصبح الشخص مريضا. و خلال هذه الفترة تكون صحة الشخص المصاب بالفيروس عادية.

• مرض فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز)

هو مرض يسببه فيروس العوز المناعي البشري (HIV)، و يسمى متلازمة العوز المناعي المكتسب. وكلمة متلازمة تعني عدد من الأعراض المرضية التي تصاحب وجود مرض ما، و المكتسب تعني أن المرض طرأ على الجسم بسبب عوامل اكتسبها من البيئة وليس مرضا موروثا أو تلقائيا [19] ص36.

إذا أصيب شخص يحمل هذا الفيروس بمرض ما، يمكن القول أنه مصاب بمرض فقدان المناعة المكتسب. فالأجسام التي تسبب الأمراض شائعة وتكون غير ضارة لشخص لديه جهاز مناعة سليم، و لكن يمكنها أن تسبب مرضا حادا و موتا أليما لشخص لديه نظام مناعة مصاب بالتلف.

2.3.2.5.5. فترة الحضانة لمرض الإيدز

يمر المريض بفترة حضانة و هي المدة الفاصلة بين حدوث العدوى و بين ظهور الأعراض المؤكدة للمرض. و هذه المدة غير معروفة على وجه الدقة، إذ تتراوح بين 6 شهور و عدة سنوات، و تكون في المتوسط سنة عند الأطفال و 5 سنوات عند البالغين.

3.3.2.5.5. مراحل تطور عدوى الإيدز و أعراضه

. مرحلة المرض الحاد

تبدأ هذه المرحلة بعد أسبوع من العدوى، و من أعراضها ارتفاع درجة حرارة الجسم والصداع و حدوث نوبات الصرع و تضخم الغدد اللمفاوية و شلل مؤقت و ظهور طفح بقعي على الجلد. و تبقى هذه الأعراض لمدة تتراوح بين أسبوع و أسبوعين، ثم تختفي وتعود الحالة إلى طبيعتها.

. مرحلة الحضانة و حمل المرض

تعقب هذه المرحلة فترة المرض الحاد، و يحدث خلالها تكاثر الفيروس حيث يصيب أكبر كمية ممكنة من خلايا الجهاز المناعي. وتستمر هذه المرحلة لمدة تتراوح بين 6 أشهر و 10 سنوات، و فيها يكون الشخص قادرا على نقل العدوى للآخرين.

. الاعتلال الغددي اللمفاوي المنتشر و المستديم

تدوم هذه المرحلة ثلاثة أشهر على الأقل، و يحدث فيها تضخم شامل و مستديم في العقد اللمفاوية دون وجود سبب لهذا الاعتلال.

. المتلازمة المرتبطة بالإيدز

المتلازمة هي مجموع الأمراض و المظاهر التي يتعرض لها مريض الإيدز كنقص الوزن والصداع و فقدان الشهية و الخمول و الإسهال و الحمى و العرق الليلي و انقطاع الطمث و تضخم الطحال. و كثيرا ما تكون هذه الأعراض منقطعة، و يصاب الكثير ممن لديهم هذه المتلازمة بأمراض مخاطية جلدية لها أهمية في التشخيص المبكر للإيدز.

يمثل آخر مراحل العدوى بالفيروس وأخطرها، ولها نفس أعراض المرحلة السابقة لكنها أكثر وضوحا و أشد تأثيرا. فتظهر الأعراض على 25% من المرضى بعد مرور 5 سنوات وعلى 50% من المرضى بعد 10 سنوات، وبعض المرضى لا تظهر عليهم الأعراض أبدا [19] ص 40. ومن أعراض هذه المرحلة نجد:

- العدوى الانتهازية و تسببها كائنات ضعيفة تنتهز فترة تحطم مناعة المريض فتقوم بغزو جسمه.
- سرطان الغدد اللمفاوية و أغشية الجهاز الهضمي و سرطان الجلد.
- إصابة الجهاز العصبي، و يؤدي ذلك إلى التهاب الدماغ و بالتالي حدوث الصرع و الشلل.
- تتعرض السيدات الحوامل المصابات بالإيدز إلى الولادة المبكرة.

4.3.2.5.5. طرق انتقال المرض

يمكن لفيروس فقدان المناعة البشرية الانتقال من شخص مصاب إلى شخص آخر بالطرق التالية:

* الاتصال الجنسي

تنتقل عدوى الإيدز بين أفراد الجنس الواحد أو الجنسين على السواء عن طريق الاتصال الجنسي إذا كان أحد الطرفين مصاب بالمرض. و هناك ممارسات و عوامل جنسية معينة تزيد من خطر العدوى كالجماع في الشرج و تعدد القراء الجنسيين و وجود أمراض أخرى منتقلة جنسيا والمخالطة الجنسية. فالجماع في الشرج أخطر من الجماع في المهبل، لا سيما بالنسبة للقرين المتلقي، لأنه كثيرا ما يؤدي إلى حدوث تمزقات طفيفة في الغشاء المخاطي للمستقيم، يمكن من خلالها لفيروس العوز المناعي أن يدخل في أنسجة هذا القرين و مجرى دمه. أما الجماع في المهبل فيمكن أن يؤدي إلى انتقال الفيروس من رجل مصاب إلى امرأة أو من امرأة مصابة إلى رجل.

* نقل الدم و مشتقاته

بما أن الإيدز يتواجد في دم الشخص المصاب، فإن عدوى المرض قد تنتقل عبر أية عملية نقل دم أو مشتقاته (مصل الدم، الكريات الحمراء، الكريات البيضاء و الصفائح) قد تجري من شخص مصاب إلى شخص سليم. لذلك يجب فحص جميع وحدات الدم الجاهزة للتأكد من عدم وجود فيروس الإيدز. وقد تحدث العدوى بملامسة دم موبوء بواسطة أيد تعاني من تشقق وجروح مفتوحة، أو زراعة الأعضاء (كلية، كبد، قلب و غيرها) من متبرع مصاب إلى شخص سليم.

* استخدام الحقن و الإبر و سائر الأدوات الملوثة بفيروس الإيدز

يعتبر تعاطي المخدرات بواسطة الحقن الملوثة من أهم العوامل الخطيرة التي تؤدي إلى انتقال فيروس الإيدز بسهولة من شخص إلى آخر. كما أن عدوى المرض قد يتم عن طريق تبادل الإبر و الحقن و استعمال الأدوات الأخرى الملوثة بفيروس الإيدز التي تخترق الجلد كأدوات الحلاقة أو أدوات الوشم.

* من الأم إلى طفلها

إذا كانت الأم الحامل مصابة بفيروس فقدان المناعة البشرية، فمن الممكن أن تنتقل العدوى إلى طفلها أثناء الحمل عن طريق المشيمة (الخلاص)، أو خلال الولادة عن طريق بعض الخدوش التي تسمح باختلاط الدم، أو بعدها عن طريق الإرضاع من الثدي.

و من أهم النشاطات التي لا تسبب الإيدز رغم تخوف الناس منها هي:

- الجلوس بقرب المصاب في المدرسة أو المعمل أو المكتب أو السيارة و غيرها.
- المصافحة باليد و اللمس و المعانقة أو التقبيل على الخدين.
- مشاركة مصابين بالعدوى في استعمال الطعام و الماء و المراحيض العامة و حمامات السباحة.
- تبادل أواني الأكل و الشرب و غيرها كالملابس المستعملة أو أجهزة الهاتف.

ومنه فإن فيروس العوز المناعي البشري لا ينتشر بشكل عارض، و إنما نتيجة لنشاط مرتبط بالإنسان. فيمكن الحد من العدوى عن طريق ضبط الممارسات الجنسية و تحرى الدم قبل نقله واجتناب إعادة استعمال الإبر الملوثة أو الاشتراك في استعمالها.

5.3.2.5.5. تشخيص المرض

يعتمد تشخيص مرض الإيدز على الأعراض السريرية و النتائج المخبرية:

* الأعراض السريرية: و هي تتناول العناصر التالية:

- الأعراض التي يشكو منها المريض أو يشعر بها أو يشاهدها على جسمه.
 - الفحص السريري، و يرتكز فحص الفم و الشرج و الأعضاء التناسلية و الجلد و الصدر.
 - نتائج الصور الشعاعية و الفحص المفصل للدم و التصوير الطبقي و الصوتي و زرع الخزع المأخوذة من الغدد اللمفاوية.
 - زرع خزع مأخوذة من الأورام الجلدية أو أية آفات ظاهرة على أي مكان من الجسم.
 - دراسة مفصلة للدم و كرياتة البيضاء و الصفائح الدموية و الخلايا اللمفاوية.
- تساعد هذه الوسائل على الوصول إلى التشخيص الصحيح للإصابة و التخطيط السليم للعلاج.

* النتائج المخبرية

و يقصد بها الاختبارات التي تتعلق بمرض الإيدز، فإذا وجد فيروس الإيدز في دم المصاب تكون النتائج المحصل عليها إيجابية و العكس صحيح. و من هذه الاختبارات نجد:

● يعتبر وجود الأجسام المضادة في الدم علامة على وجود فيروس الإيدز في جسم المصاب أو تعرضه له. و هناك اختباران هاما لاكتشاف الأجسام المضادة في الجسم وهما:
 اختبار "إيزا" و يعتمد على تغيرات اللون لتوضيح وجود الأجسام، و اختبار "وسترن بلوت" و يعمل على كشف الأجسام المصابة ببروتين الفيروس. فإذا كانت نتيجة اختبار "إيزا" إيجابية يتم اللجوء إلى اختبار "وسترن بلوت" للتأكد. و إذا أجريت هذه الاختبارات (قبل ستة شهور من الإصابة) و كانت النتيجة سلبية، يجب أن تعاد ثانية حيث أن الأجسام المصابة تحتاج إلى مدة تتراوح بين شهر و ستة أشهر للظهور بعد الإصابة، و تسمى هذه المدة بفترة الترقب أو بالفترة التحويلية للمصل [39].

تكون نتيجة الفحص إيجابية إذا وجدت الأجسام المضادة، و هذا يعني أن الشخص مصاب بفيروس فقدان المناعة البشرية. و تكون نتيجة الفحص سلبية في غياب الأجسام المضادة، و ذلك يعني أن الشخص غير مصاب بفيروس فقدان المناعة البشرية، وهذا إذا تم الفحص بعد فترة الترقب التي قد تمتد إلى ستة أشهر.

● إن نتائج هذا الاختبار بطيئة و تتطلب وقتا طويلا، و تهدف إلى اكتشاف الفيروس نفسه وعزله و التعرف إليه بعد زرعه، و لذلك سميت هذه الطريقة بالاختبار المباشر لكشف مرض الإيدز. و هذه العملية تتطلب أجهزة و معدات و مختبرات متطورة جدا، و نظرا لكلفة هذا الاختبار فإنه غير عملي و يطبق لتحقيق غايات علمية بحتة، و يتم في مختبرات و مراكز طبية متطورة.

6.3.2.5.5 طرق الوقاية و علاج الإيدز

* طرق الوقاية: و يمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- توعية الأفراد بطرق العدوى لتجنب الإصابة بالمرض.
- يجب أن تكون العلاقة بين الآباء و الأبناء صريحة فيما إذا تعلق الأمر بمرض الإيدز.
- اختبار الدم قبل نقله للمحتاج و عدم التبرع بالدم عند الشك في الإصابة.
- منع الحمل و الولادة لمن ثبت إصابتها بالإيدز.
- استعمال الواقي الذكري أو الأنتوي في حالة الشك في الإصابة.

* طرق العلاج

يتم العلاج المضاد لفيروس فقدان المناعة البشرية بالأدوية التي تهاجم الفيروس نفسه، و لكن هذه الأدوية لا تستطيع التخلص منه كلياً. وكل معالجة لمرض الإيدز تتوجه نحو ثلاثة أهداف رئيسية و هي [38] ص 231:

- إبطال فعالية الفيروس الذي يسبب فقدان المناعة المكتسبة.
- محاولة دعم و ترميم جهاز المناعة عند المصاب بشتى الوسائل المتاحة.
- معالجة كل مرض من الأمراض الانتهازية التي تهاجم جسم المصاب و تسبب عنده التهابات ومضاعفات فتاكة.

7.3.2.5.5. تعقيدات المرض

* مرض الإيدز ينقص المناعة و يدمر الخلايا الأساسية و يسبب التهابات مختلفة تؤثر على الجسم و تنتهكه، و بذلك يكون فريسة للجراثيم و الفيروسات و الفطريات. و يكون الجسم في هذه الحالة عاجزا عن مقاومتها و بالتالي تنتهي بوفاة المصاب.

* تأثير الإيدز على المرأة الحامل يكون اكثر حدة، و ذلك لأن الحمل يضعف جهاز المناعة، و قد تنتقل العدوى إلى الجنين.

* يؤدي إلى سرطان الدم.

6.5. طرق الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا

حث برنامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان و التنمية (1994) بالوقاية و العلاج من الأمراض المنتقلة جنسيا، و اعتبارها عنصرا هاما في جميع خدمات الصحة الإنجابية ضمن نظم الرعاية الصحية الأولية. و ذلك بهدف خفض معدل انتشار الإصابة و التقليل من مدة المرض و آثاره الصحية الذي تنتج عنه مضاعفات خطيرة على الأفراد، و يمكن تحقيق ذلك عن طريق:

- التشخيص و العلاج المبكر.
- التعرف على الأعراض و مضاعفاتها و طرق انتقال العدوى و كيفية تجنب الإصابة بها.
- تجنب الاتصالات الجنسية العارضة أو المتعددة القراء.
- الامتناع عن تعاطي المخدرات لأنها تقلل من قدرة جهاز المناعة في الجسم.
- اجتناب استعمال الأدوات التي تلمس دم الآخرين مثل شفرة الحلاقة.
- الحرص على استعمال الحقن المعقمة أو الحقن البلاستيكية ذات الاستعمال الواحد.

- المراقبة الدقيقة للمتبرعين بالدم و بنوك الدم للتأكد من خلو العينات من فيروس الإيدز أو من جرثومة الزهري أو الأمراض التناسلية الأخرى.
 - التوعية خاصة بين الشباب عن مخاطر الأمراض الجنسية، و ذلك دوريا في المجالات و الجرائد والمدارس و البرامج الموجهة بالتلفاز و الراديو و الوسائل الإعلامية الأخرى.
 - إنشاء مراكز متخصصة للأمراض التناسلية و دعمها بالأخصائيين و المشرفين الصحيين، و ذلك بهدف الكشف عن الإصابات و معالجتها، و متابعة الحالات التي يمكن أن تتأثر بالعدوى كعائلة المصاب و غيرهم.
 - الاعتناء بنظافة الجهاز التناسلي و إعطائه نفس الأهمية التي نوليها لمظهرنا الخارجي.
 - عدم تبادل الملابس الداخلية و المناشف.
 - الاهتمام بالصحة الشخصية و اتباع العادات الصحية السليمة، كالحفاظ على النظافة و الراحة الجسدية و الابتعاد عن القلق النفسي و العاطفي و الابتعاد عن استهلاك الكحول و المنبهات والسجائر. و كل هذا يقوي جهاز المناعة و يوفر له القوة و الاستعداد لمقاومة شتى الأمراض.
- إذا كانت خطورة الأمراض المنتقلة جنسيا تكمن أساسا في تطورها الصامت دون أعراض تلفت الاهتمام، فإن الاستشارة الطبية في مرحلة مبكرة ضرورية عند ظهور علامات و لو بسيطة كالشعور بأوجاع أو حروق عند التبول و غيرها.

7.5. تطور مرض الإيدز في الجزائر

إن انتشار مرض الإيدز يرتبط بمستوى وعي الأفراد بهذا المرض و بطرق انتقاله و الوقاية منه. سنتطرق إلى هذه العناصر من خلال المعطيات الواردة في مسح صحة الأسرة لسنة 2002 حول هذا المرض.

1.7.5. مستوى المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا في الجزائر

تبين معطيات الجدول رقم 13 مدى معرفة السيدات بأهم الأمراض المنتقلة جنسيا التي تناولها مسح صحة الأسرة عام 2002 وهي السيلان و الزهري و الفطريات و الإيدز حسب مكان الإقامة و المستوى التعليمي للمرأة.

جدول رقم 13: نسب السيدات (ب%) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن مرض الزهري و السيلان و الإيدز و الفطريات حسب خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002).

مستوى المعرفة					خلفية المبحوثة
أخرى	الإيدز	الفطريات	السيلان	الزهري	
مكان الإقامة					
0.9	77.6	29.3	20.2	28.9	حضر
0.6	56.3	16.3	11.7	13.5	ريف
المستوى التعليمي					
0.6	47.5	12.3	8.1	9.9	أمية
0.3	76.7	24.7	17.8	20.6	تعرف القراءة و الكتابة
0.6	86.4	31.8	21.0	27.0	ابتدائي
1.4	94.7	42.0	31.9	47.0	إعدادي أو متوسط
3.7	100.0	62.9	46.1	80.0	ثانوي و أعلى
0.8	68.7	23.9	16.7	22.4	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

يظهر من خلال معطيات الجدول بأن مستويات المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا تتفاوت حسب نوع المرض. فنسبة النساء اللواتي يعرفن مرض الإيدز بلغت 68.7% من مجموع النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة)، و هي نسبة أعلى من تلك المسجلة على مرض السيلان و الزهري و الفطريات حيث أن مستوى المعرفة بهذه الأمراض بلغ 16.7% و 22.4%

و 23.9% على التوالي. وذلك لما أعطته وسائل الإعلام من زيادة الوعي لجميع أفراد المجتمع، وإحساسا بأن مرض الإيدز هو أخطر الأمراض المنتقلة جنسيا.

يتباين مستوى المعرفة بهذه الأمراض باختلاف مكان الإقامة، فنسبة المعرفة بمرض الإيدز بلغت 77.6% بين النساء المقيمت في الحضر و 56.3% بين النساء المقيمت في الريف. ونسب المعرفة بمرض الزهري و السيلان و الفطريات بين النساء المقيمت في الريف ضعيفة حيث بلغت 13.5% و 11.7% و 16.3% على التوالي مقابل 28.9% و 20.2% و 29.3% على التوالي بين النساء المقيمت في الحضر.

ويتأثر كذلك مستوى المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا بالمستوى التعليمي للمرأة، فالنساء المتعلقات أكثر معرفة بهذه الأمراض، فمثلا كل النساء (100%) اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى يعرفن مرض الإيدز مقابل 47.5% بين النساء الأميات. وبلغت نسب المعرفة بمرض الزهري و السيلان و الفطريات 9.9% و 8.1% و 12.3% على التوالي بين النساء الأميات، مقابل 80% و 46.1% و 62.9% على التوالي بين النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى. وبشكل عام ترتفع نسبة المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة.

و بالنظر إلى معطيات الجدول رقم 3 في الملحق رقم 2 الذي يتناول مستوى المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا حسب المناطق، نلاحظ بأن نسبة المعرفة بهذه الأمراض مرتفعة أكثر بين نساء ولايات الغرب الجزائري مقارنة مع النسبة المسجلة على المستوى الوطني (68.7%). فأكبر نسبة بلغت 91.6% و سجلت في كل من ولاية سيدي بلعباس و تلمسان ثم تليها ولاية وهران و عين تموشنت بـ 89% ثم ولاية الجزائر بـ 87.6%. و سجلت أضعف نسبة في ولاية الجلفة وبلغت 43.1%، وتجدر الإشارة إلى أن هذه النسبة لم تتجاوز 15.1% في أرياف هذه الولاية.

وهذه النسب تدعو إلى زيادة في حملات التوعية بأخطار هذه الأمراض و طرق العدوى بها والوقاية منها خصوصا في الولايات والمناطق الريفية التي تميزت بنسبة و عي ضعيفة عن الأمراض المنتقلة جنسيا.

2.7.5. مصادر المعرفة بالإيدز في الجزائر

لعبت وسائل الإعلام المرئية (التلفزيون) دورا رئيسيا في توعية الأفراد بمرض الإيدز. فمعطيات الجدول رقم 14 بينت بأن 94.2% من النساء عرفن مرض الإيدز عن طريق التلفزيون (لا تختلف هذه النسبة كثيرا مع اختلاف مكان الإقامة و المستوى التعليمي للمرأة). احتل الراديو المرتبة الثانية بنسبة 40.4%، وترتفع هذه النسبة بين النساء المقيمات في الحضر (43.5%) و عند النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى (57.7%). وفي المرتبة الثالثة نجد دور الصحف والمجلات بنسبة 27.1%، وترتفع هذه النسبة بين النساء المقيمات في الريف (33.4%) والنساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى (75.6%). وفي المرتبة الرابعة نجد دور الأقارب أو الأصدقاء بنسبة 25.3% مع عدم تسجيل اختلافات كبيرة بين الأوساط الحضرية و الريفية و بين الأميات و المتعلّقات، لأن هذه الوسيلة لا تتطلب مستوى تعليمي معين.

جدول رقم 14: نسب السيدات (ب%) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن مرض الإيدز حسب مصدر المعرفة و خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة 2002).

مصدر المعرفة*										خلفية المبحوثة
آخر	اجتماعات المنطقة	مكان العمل	مؤسسات تعليمية	مؤسسات/ ملصقات	مرشدين	أقارب/ أصدقاء	صحف/ مجلات	راديو	تلفزة	
مكان الإقامة										
1.4	4.9	5.0	8.3	9.3	8.3	25.8	33.4	43.5	94.8	حضر
2.9	3.9	1.4	5.0	3.8	5.0	24.3	15.2	34.5	93.1	ريف
المستوى التعليمي										
3.3	4.6	0.8	1.2	2.2	3.5	27.9	4.2	31.5	90.6	أمية
1.9	2.7	1.2	3.6	3.6	7.1	21.9	19.3	40.7	65.9	تقرأ و تكتب
0.9	3.7	1.4	6.2	6.7	6.9	24.1	30.0	43.9	95.5	ابتدائي
0.6	4.0	9.2	6.1	15.1	10.3	24.9	58.5	46.6	96.7	إعدادي أو متوسط
2.9	11.9	25.7	31.8	31.7	21.9	28.3	75.6	57.7	95.8	ثانوي و أعلى
1.9	4.2	3.7	7.1	7.4	7.1	25.3	27.1	40.4	94.2	المجموع
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002. * سمح بتعدد الإجابات										

و يظهر من خلال هذه المعطيات بأن دور المرشدين و المدرسة و المؤسسات التعليمية في توعية الأفراد بمرض الإيدز ضعيفا، حيث أن نسبة النساء اللواتي عرفن المرض عن طريق هذه المصادر بلغت 7.1% فقط. و قد يرجع ذلك إلى ضعف التثقيف الصحي و غياب التربية السكانية عن البرامج التعليمية.

3.7.5. مستوى الوعي بطرق العدوى بمرض الإيدز

يعرض الجدول رقم 15 مصادر العدوى بمرض الإيدز التي صرحت بها النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب مكان إقامتهن و مستواهن التعليمي.

بلغت نسبة النساء اللواتي صرحن بأن مرض الإيدز ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي غير المشروع من شخص مصاب إلى آخر 88.8%، وارتفعت هذه النسبة إلى 96.5% بين النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى مقابل 80.4% بين النساء الأميات، في حين لم يسجل فارق كبير في مستوى المعرفة بهذا المصدر بين النساء المقيمت في الحضر و المقيمت في الريف. وتجدر الإشارة إلى أن مستوى المعرفة بمصادر العدوى الأخرى ضعيفا، فنسبة النساء اللواتي صرحن بأن الحقن غير المعقمة تؤدي إلى انتقال المرض قدرت بـ 39.3%، كما ذكرت 36% من النساء بأن المرض ينتقل عن طريق نقل الدم الملوث، و لم تتعدى نسبة النساء اللواتي ذكرن أن عدم استخدام الواقي الذكري يسبب انتقال المرض 17.4% من مجموع المستجوبات.

جدول رقم 15: نسب السيدات (ب%) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي

تعرفن مصادر العدوى بمرض الإيدز حسب خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة 2002).

مصادر العدوى بمرض الإيدز						خلفية المبحوثة
لا تعرف	أخرى	الحقن غير المعقمة	نقل الدم الملوث	عدم استخدام الواقي الذكري	الاتصال الجنسي غير المشروع	
مكان الإقامة						
6.0	8.7	43.9	42.1	21.4	90.9	حضر
13.2	7.2	30.1	24.3	9.8	84.7	ريف
المستوى التعليمي						
16.7	5.0	23.3	19.1	8.3	80.4	أمية
7.6	7.0	35.7	34.1	13.7	89.1	تعرف القراءة و الكتابة
5.3	10.0	43.7	36.3	20.9	92.4	ابتدائي
1.1	11.6	56.7	57.0	26.3	96.4	إعدادي أو متوسط
0.4	11.6	69.0	75.9	40.9	96.1	ثانوي و أعلى
8.5	8.2	39.2	36.0	17.4	88.8	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

يظهر من خلال هذه المعطيات بأن مستوى المعرفة بمصادر العدوى المذكورة، يرتفع أكثر بين النساء المقيمت في الحضر و النساء المتعلقات خاصة اللواتي حصلن على مستوى ثانوي وأعلى.

4.7.5. مستوى الوعي بطرق الوقاية من مرض الإيدز

تبين معطيات الجدول رقم 16 بأن الامتناع عن العلاقات الجنسية غير المشروعة واستخدام الواقي الذكري و التأكد من عدم تلوث الدم المنقول، أكثر طرق الوقاية من مرض الإيدز معرفة. بينما الطرق الوقائية الأخرى كالحقن و الامتناع عن المخدرات غير معروفة أو نسبة معرفتها محدودة.

صرحت 78% من السيدات بأن الامتناع عن العلاقات الجنسية غير المشروعة هي طريقة من طرق الوقاية من مرض الإيدز، و ذكرت 31.4% بأن تحليل الدم المنقول من شخص إلى آخر يؤدي إلى تجنب انتقال المرض، و أدلت 25.1% بأهمية استخدام الواقي الذكري كطريقة للوقاية من المرض في حالة إصابة أحد الشخصين.

جدول رقم 16: نسب السيدات (ب%) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي

تعرفن طرق الوقاية من مرض الإيدز حسب خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة 2002).

مستوى المعرفة بطرق الوقاية من مرض الإيدز					خلفية المبحوثة
لا تعرف	أخرى	تجنب نقل الدم	استخدام الواقي	الممارسة الجنسية الآمنة	
مكان الإقامة					
8.6	6.4	36.7	30.4	79.8	حضر
16.0	5.6	21.3	14.9	74.3	ريف
المستوى التعليمي					
20.9	4.9	18.0	10.0	70.7	أمية
10.9	6.3	29.5	20.3	76.8	تعرف القراءة والكتابة
7.5	6.0	32.3	28.9	80.6	ابتدائي
1.8	7.8	47.5	40.9	85.7	إعدادي أو متوسط
0.0	7.7	63.7	65.0	87.0	ثانوي و أعلى
12.0	5.8	31.4	25.1	77.9	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

يتباين مستوى المعرفة بطرق الوقاية من الإيدز باختلاف مكان الإقامة، فمستوى المعرفة بضرورة الامتناع عن العلاقات الجنسية غير المشروعة بلغ 79.8% بين النساء المقيمت في حضر مقابل 74.3% بين النساء المقيمت في الريف. ونسبة المعرفة بالطرق الوقائية الأخرى كتجنب نقل الدم الملوث و أهمية استخدام الواقي الذكري للوقاية من المرض ضعيفة خاصة بين النساء المقيمت في المناطق الريفية. فنسبة النساء اللواتي ذكرن طريقة تجنب نقل الدم الملوث بلغت 36.7% بين النساء المقيمت في حضر و 21.3% بين المقيمت في الريف، و بلغت نسبة

النساء اللواتي ذكرن أهمية استخدام الواقي الذكري للوقاية من المرض 30.4% بين النساء المقيمت في الحضر و 14.9% بين النساء المقيمت في الريف.

وترتفع مستويات المعرفة بطرق الوقاية من مرض الإيدز بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، فنسبة النساء اللواتي صرحن بأن الامتناع عن العلاقات الجنسية غير المشروعة هي طريقة من طرق الوقاية من المرض بلغت 70.7% بين الأميات و 87% بين السيدات اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى. فالفجوة في مستوى المعرفة بين هاتين الفئتين من النساء تظهر جليا في معرفة طرق الوقاية الأخرى كتجنب نقل الدم الملوث و استخدام الواقي الذكري. فنسبة السيدات الأميات اللواتي تعرفن الطريقة الأولى قدرت بـ 18% و الطريقة الثانية بـ 10%، و بلغت هاتين النسبتين 63.7% و 65% على التوالي بين النساء المتعلقات اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى. فهذه النسب تبين ضعف مستوى المعرفة بطرق الوقاية من مرض الإيدز خاصة بين النساء غير المتعلقات حيث أن 20.9% من النساء الأميات لا تعرفن أية طريقة للوقاية من هذا المرض.

و للحد من انتشار هذه الأمراض لابد من توعية الأفراد و تعريفهم بالأمراض المنتقلة جنسيا و طرق العدوى و الوقاية منها. كما أن التباين المسجل بين الريف و الحضر يدعو إلى إزالة الفجوة بين الوسطين عن طريق تضييق الفجوة بين النساء المقيمت في الريف و النساء المقيمت في الحضر في فرص التعرض لوسائل الإعلام و التعليم و الاتصال، و اكتساب المعرفة التي تعتبر الخطوة الأولى للانتفاع بالخدمات الصحية و تجنب المشاكل الصحية و الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا.

7.5.5. انتشار مرض الإيدز و طرق انتقاله في الجزائر

يجب الإشارة في البداية إلى أن بيانات الإصابة بمرض الإيدز تمثل الحالات التي تم اكتشافها أو الإبلاغ عنها، فهي لا تعبر عن الواقع الفعلي للإصابة بهذا المرض، و خاصة أن من سماته أن الأعراض قد لا تظهر فور الإصابة و قد يستغرق ظهورها وقتا يطول إلى عدة سنوات. و لكن على أي حال فإن بيانات الإصابة بالإيدز المنشورة تعطي مؤشرا عن وضع الإصابة بهذا المرض.

سجلت أول حالة لمرض الإيدز في الجزائر سنة 1985 ثم بدأ المرض في الانتشار. ففي نهاية سنة 2001 تم تسجيل 527 حالة في حين بلغ عدد حاملي الفيروس 1067 حالة، و الجدول رقم 17 يبين توزيع حالات الإصابة بالمرض حسب السن و الجنس.

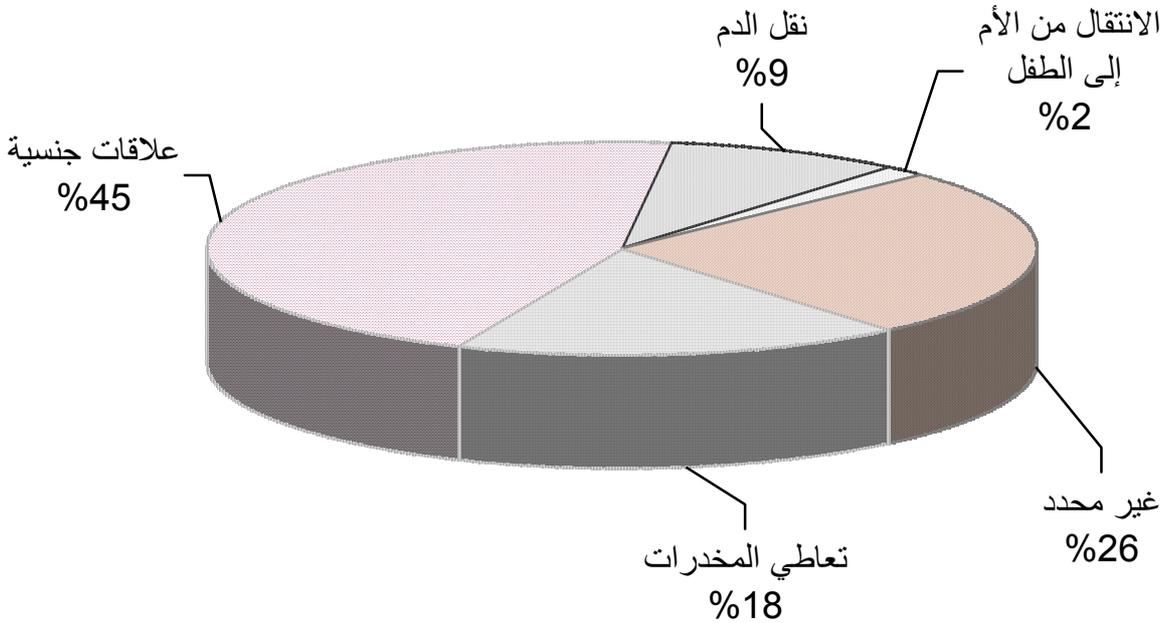
تشير معطيات الجدول إلى أن 71.5% من مجموع المصابين من جنس الذكور (377 حالة من بين 527 حالة) و 28.5% من جنس النساء (150 حالة من بين 527 حالة). و يفسر ذلك بانتقال العدوى من الأنثى إلى عدد كبير من الذكور في حالة ممارسة الجنس مع أكثر من شخص.

أما عن توزيع حالات الإصابة حسب السن، نلاحظ بأن 79.1% من مجموع المصابين ينتمون إلى فئة السن 20- 49 سنة و 4.6% من المصابين لم تبلغ أعمارهم 20 سنة و 9.1% بلغت أعمارهم 50 سنة و أكثر.

جدول رقم 17: توزيع حالات الإيدز في الجزائر حسب السن والجنس سنة 2001 (بـ%) [40].

المجموع		نساء		رجال		فئات السن
التكرار	النسبة (%)	التكرار	النسبة (%)	التكرار	النسبة (%)	
20	3.8	7	4.7	13	3.4	14 - 0
4	0.8	1	0.7	3	0.8	19 - 15
417	79.1	111	74.0	306	81.2	49 - 20
48	9.1	14	9.3	34	9.0	50 و أكثر
38	7.2	17	11.3	21	5.6	غير محدد
527	100.0	150	100.0	377	100.0	المجموع

و بالنسبة لطرق انتقال المرض، يشير الشكل رقم 4 إلى أن 45% من حالات المرض انتقلت عن طريق العلاقات الجنسية غير المشروعة و 18% عن طريق تعاطي المخدرات و 9% عن طريق نقل الدم و مشتقاته و 2% من الحالات انتقلت من الأم إلى الجنين، أما الحالات الباقية ونسبتها 26% لم تحدد فيها طرق العدوى.



شكل رقم 4: توزيع حالات السيدا حسب طرق العدوى سنة 2001.

تبين من خلال هذه المعطيات بأن معظم المصابين بمرض الإيدز ينتمون إلى فئة السن 20- 49 سنة أي سن الإنجاب، كما أن معظم الطرق انتقلت عن طريق العلاقات الجنسية غير

المشروعة و تعاطي المخدرات. و بذلك فإن تقليل نسبة انتشار المرض يستوجب توعية الشباب بطرق الوقاية من المرض حيث أن الشباب هم النشطين جنسيا و الأكثر ميلا لتعاطي المخدرات.

6.7.5. الإجراءات المتخذة لمكافحة مرض الإيدز

لمكافحة مرض الإيدز اتخذت الحكومة عدة إجراءات نذكر من أهمها:

- ضمان سلامة عملية نقل الدم و فحص دم المتبرعين بالأعضاء.
- التوعية الإعلامية حول طرق انتقال المرض.
- التكفل بحاملي الفيروس و المرضى من قبل اللجنة الوطنية لمكافحة السيدا التي أنشأت سنة 1994.
- الفحص المجاني لكل شخص يريد الكشف و إنشاء مصلحة مكافحة السيدا على مستوى مديرية الوقاية.
- إنشاء مراكز الإعلام و تنشيط الشباب على مستوى الولايات و من مهامها توعية المجتمع صحيا.
- تخصيص ميزانية لعلاج مرض السيدا بمستشفى الهادي فليسي و فتح أجنحة لمعالجة المرض في كل من قسنطينة و عنابة و وهران.
- انضمام الجزائر إلى برنامج الأمم المتحدة و فتح مكتب لها بحيدرة.
- تنظيم أيام إعلامية تحسيسية.
- منح الاعتماد إلى العديد من الجمعيات التي تنشط في مجال الأمراض المنتقلة جنسيا منها جمعية الحياة لمكافحة السيدا بالعاصمة و جمعية النجمة الثقافية ببجاية و جمعية تطوير الشباب بتقرت و جمعية حماية الشباب بسكيكدة و غيرها.

خلاصة الفصل

خلاصة فإن الأمراض المنتقلة عبر الجنس تشكل خطرا كبيرا على الصحة الإنجابية، فقد تؤدي إلى العقم عند المرأة و الرجل، وذلك بسبب تأثير عواقب هذه الأمراض على قناة فالوب و بطانة الرحم و عنق الرحم عند المرأة وعلى إنتاج الحيوانات المنوية عند الرجل، وفي حالة حدوث حمل يتعرض الجنين لمخاطر مختلفة. ولتجنب هذه الأمراض يجب انتهاج السلوك السليم و التقيد بالمبادئ الأخلاقية التي تعتمد على العفة و الحذر و حصر العلاقات الجنسية في إطار الزواج. و يرتبط انتشار هذه الأمراض بمستوى معرفة الأفراد بها و بطرق العدوى و الوقاية منها.

الفصل 6

رعاية الأمهات صحيا في الجزائر

تمهيد

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل، عند و بعد الوضع من أهم مرتكزات الصحة الإنجابية، حيث تشكل مضاعفات الحمل و الولادة السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في سن الإنجاب في البلدان النامية و إحدى أشد مشكلات العالم الصحية إلحاحا واستقصاء على الحل. فحسب معطيات منظمة الصحة العالمية تموت كل سنة أكثر من نصف مليون امرأة في العالم لأسباب متصلة بالحمل والولادة [17] ص34، ومعظم هذه الوفيات يمكن تخفيضها من خلال تحسين إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل و الولادة و ما بعدها. ولتحقيق ذلك لابد من زيادة إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية و الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية وتعميمها، وهذا ما نص عليه المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994.

نحاول من خلال هذا الفصل الكشف عن واقع الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل و عند الوضع و بعد الولادة، والبحث عن أسباب عدم الإقبال عليها و تحديد المشاكل التي تعاني منها الأمهات من بداية فترة الحمل إلى فترة ما بعد الوضع، و إبراز أهم العوامل الأساسية المؤثرة على صحتهن، وذلك قصد الوصول إلى وضع السياسات و البرامج اللازمة لرفع مستوى الانتفاع من خدمات الرعاية الصحية و تحسين نوعيتها و جودتها.

1.6. مستوى الرعاية الصحية

أولت الجزائر أهمية كبيرة في مجال الرعاية الصحية للأمهات، و ذلك من خلال البرامج المتخصصة لا سيما التكوين المتواصل لمقدمي الخدمات و العناية الكاملة بالتوليد الفوري بهدف تجنب وفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل و الولادة و فترة النفاس.

تشمل الرعاية الصحية للأمهات ثلاثة عناصر أساسية وهي:

1.1.6. الرعاية أثناء الحمل

و تعتبر من الأنشطة الهامة التي ترفع من المستوى الصحي للأم و المولود، فعلى الرغم من أن الحمل عملية فيزيولوجية، إلا أنه قد تحدث أثناءه بعض المضاعفات، والتي يمكن الوقاية من حدوثها أو الإقلال منها بالرعاية الصحية المستمرة للحامل.

2.1.6. الرعاية الصحية عند الوضع

توجه الأمهات الحوامل في نهاية حملهن نحو مراكز الولادة لتلقي الرعاية الصحية عند الوضع، بهدف تحقيق ولادة آمنة أي توفير الظروف الملائمة للأم لتلد طفلا سليما بدون أي مضاعفات، وتتحدد هذه الرعاية بمستوى المتابعة الصحية أثناء الحمل و الحالة الصحية للأم. ففي الحالات العادية توجه الأم إلى مراكز التوليد العمومية أو الخاصة و توجه في الحالات الخطيرة إلى المصالح المتخصصة المتوفرة على الأجهزة اللازمة و الضرورية للتوليد وكذلك الأيدي المدربة و المؤهلة.

3.1.6. الرعاية الصحية بعد الوضع

يجرى الفحص الطبي بعد الولادة في مراكز حماية الأمومة و الطفولة و في مصالح الفحص بالمستشفيات أو في القطاع الخاص، و يقوم به الطبيب أو القابلة، ويتمثل في الكشف عن وجود مضاعفات بعد عملية الوضع كما يتم فحص المولود الجديد و يضبط له الجدول الزمني للتلقيح. كما تقدم للأمهات معلومات عن فوائد الرضاعة الطبيعية و الغذاء المتوازن و الراحة و النظافة و حثهن على استعمال وسائل منع الحمل، فتواجد الرعاية خلال هذه المرحلة الحرجة يضمن الصحة للأم و الطفل.

والجدول رقم 18 يتناول هذه العناصر من خلال معطيات مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992 ومسح صحة الأسرة لسنة 2002.

جدول رقم 18: نسبة النساء (بـ%) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل، عند و بعد الوضع.

نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002	مسح 2002	مسح 1992	الصحية
38.2	80.7	58.4	تلقين رعاية أثناء الحمل
27.0	90.2	71.0	وضعن في مؤسسة صحية
48.3	30.1	20.3	تلقين رعاية بعد الوضع
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.			

أظهرت بيانات الجدول البيانات الآتية:

- نسبة الولادات التي تلقت الأمهات فيها رعاية صحية أثناء الحمل حيث بلغت 58.4% من جملة ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح سنة 1992، و ارتفعت هذه النسبة إلى 80.7% سنة 2002 مسجلة زيادة قدرها 38.2% خلال الفترة 1992-2002.

- حصول المرأة على خدمات الرعاية الصحية عند الوضع، فنسبة السيدات اللواتي وضعن في مؤسسة صحية بلغت 71% سنة 1992 و ارتفعت إلى 90.2% سنة 2002.

- الرعاية الصحية بعد الوضع، فالإقبال عليها بقي ضعيفا رغم أهميتها القصوى، فهي تقي الأم من مضاعفات الوضع كالنزيف الدموي و حمى النفاس و غيرها، حيث أن نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية بعد الوضع بلغت 20.3% فقط سنة 1992، وفي سنة 2002 ارتفعت قليلا حيث بلغت 30.1% مسجلة زيادة قدرها 48.3% خلال الفترة 1992-2002. و قد يعود سبب عدم المتابعة بعد الولادة إلى اطمئنان الأمهات بعد إنجابهن أطفال أصحاء، وعدم تقديرهن للمشاكل الصحية التي يمكن أن تتعرض لها الحامل بعد الولادة و الناجمة عن تحول اهتمام الأم بشكل أساسي إلى مولدها الجديد و إلى كيفية العناية به و رعايته بشكل صحيح بحيث لا يسمح لها الوقت بمتابعة حالتها الصحية خلال هذه الفترة.

2.6. عناصر الرعاية الصحية أثناء الحمل

تتمثل الرعاية الصحية أثناء الحمل في تقديم الفحوصات الطبية اللازمة كقياس ضغط الدم، قياس الوزن، تحليل الدم و البول، الفحص الباطني و غيرها، وكذلك تقديم خدمات التنقيف الصحي كنظام الأكل، أعراض الحمل الخطيرة، تنظيم الأسرة، أهمية الرضاعة الطبيعية و الرعاية بعد الولادة و تطعيم السيدات ضد التيتانوس.

2.6.1. الفحوصات الطبية

تكشف معطيات الجدول رقم 19 عن أهم الفحوصات و الخدمات الصحية المقدمة للسيدات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في آخر زيارة لهن لمركز تقديم الخدمة.

قدرت نسبة السيدات الحوامل اللواتي تم قياس ضغط دمهن بـ 95.6% و نسبة اللواتي تم قياس وزنهن بـ 78.1%، وتلقت 81.7% فحصا باطنيا و 77% خدمات صور الصدى (إيكوغرافي)، و 73.6% كشفا عن وضعية جنينهن، و قدمت خدمات تحليل البول و خدمات تحليل الدم بنسبة 63.1% و 54.8% على التوالي.

جدول رقم 19: نسبة السيدات (ب%) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين فحوصا طبية أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال خمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف (معطيات صحة الأسرة 2002).

مكان آخر كشف*					الخدمات المقدمة
المجموع	طبيب خاص	مصحة خاصة	م م خ/مركز صحي**	مستشفى/ مركز أمومة	
78.1	63.7	67.5	81.0	73.1	قياس الوزن
58.8	37.5	40.4	56.9	51.6	قياس الطول
95.6	94.2	93.9	94.4	94.5	قياس ضغط الدم
63.1	64.4	68.4	76.7	75.8	تحليل الدم
54.8	58.5	59.8	71.4	64.4	تحليل البول
71.3	70.7	74.1	84.9	84.7	قياس البطن
71.3	77.9	85.8	85.2	89.3	الإصغاء إلى الجنين
77.0	86.8	86.9	60.0	73.2	إيكوغرافي
81.7	67.2	74.2	70.7	78.3	الفحص الباطني
73.6	79.9	83.6	73.2	81.8	وضع الجنين

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002. * تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات. ** م م خ: مصحة متعددة الخدمات.

تتباين نسب الخدمات المقدمة باختلاف مكان تلقي الخدمة، فالخدمات المتعلقة بقياس وزن السيدات و طولهن و القيام بتحليل الدم و البول و قياس البطن ظهرت بنسب مرتفعة أكثر عند السيدات اللواتي تلقين هذه الخدمات في المستشفيات و مراكز الأمومة و المصحات المتعددة الخدمات

و المراكز الصحية العامة، بينما لم تسجل اختلافات كبيرة في نسب الخدمات المتعلقة بقياس ضغط الدم و الإصغاء إلى نبضات الجنين و الكشف عن وضع الجنين و تلقي الفحوص الباطنية باختلاف مكان تلقي هذه الخدمات.

أما عن خدمات صور الصدى (إيكوغرافي) المقدمة للسيدات فكانت بنسب أكبر عند السيدات اللواتي تابعن حملهن الأخير في المصحات الخاصة أو عند الطبيب الخاص بنسبة تقارب 87%، بينما حصلت 60% فقط من السيدات اللواتي تابعن حملهن في المصحات المتعددة الخدمات و المراكز الصحية على هذه الخدمة. وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر الأجهزة المخصصة لهذه الخدمات بعدد يغطي كل طلبات السيدات على الخدمة.

2.2.6. التثقيف الصحي

تتمثل خدمات التثقيف الصحي في تقديم المعلومات الضرورية التي تتبعها النساء أثناء الحمل و بعد الوضع، و تشمل نظام الأكل، أهمية تنظيم الأسرة و الرضاعة الطبيعية على صحتها و صحة طفلها، وتوعيتها بأعراض الحمل الخطيرة و أهمية الرعاية الصحية بعد الوضع، وهذا ما يتناوله الجدول رقم 20.

جدول رقم 20: نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين تثقيفا صحيا أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف (معطيات صحة الأسرة 2002).

مكان آخر كشف*					الخدمات المقدمة
المجموع	طبيب خاص	مصحة خاصة	م م خ/مركز صحي**	مستشفى/ مركز أمومة	
14.8	34.1	36.3	36.6	39.3	نظام الأكل
37.9	32.7	36.0	36.3	41.8	أعراض الحمل الخطيرة
45.0	34.3	39.4	42.6	46.5	الرضاعة الطبيعية
21.9	28.4	29.6	39.5	44.0	تنظيم الأسرة
24.4	22.5	28.9	30.2	34.5	الرعاية بعد الولادة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002. * تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات. ** م م خ: مصحة متعددة الخدمات.

يتضح من خلال بيانات الجدول أن خدمات التثقيف الصحي المقدمة للسيدات كانت بنسب ضعيفة في المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة. فنسبة السيدات اللواتي قدمت لهن معلومات عن أهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأم و الطفل بلغت 45% و تلقت 37.9% من الحوامل معلومات

عن أعراض الحمل الخطيرة و 24.4% معلومات عن أهمية الرعاية الصحية بعد الولادة. وقدمت نصائح و معلومات عن أهمية تنظيم الأسرة لنسبة 21.9% من السيدات وتلقت 14.8% منهن معلومات عن نوعية و نظام الأكل المتبع أثناء فترة الحمل.

أما عن مكان تلقي الخدمة المقدمة، نلاحظ بأن دور المرافق الصحية العامة في مجال خدمات التعقيم الصحي أكبر من دور المصحات الخاصة و الطبيب الخاص في هذا المجال. و لرفع نسبة تلقي الرعاية الصحية من قبل الأمهات يجب على هذه المؤسسات سواء كانت عامة أو خاصة أن تعمل على توفير وتحسين نوعية هذه الخدمات خاصة تلك المتعلقة بالرعاية الصحية بعد الولادة وخدمات تنظيم الأسرة بهدف رفع معدل استخدام وسائل منع الحمل.

3.2.6. التطعيم ضد التيتانوس

يتم تطعيم السيدات ضد التيتانوس خلال فترة الحمل و ذلك لمنع حدوث الوفيات الناتجة عن مرض التيتانوس الوليدي الذي يحدث نتيجة عدم إجراء التعقيم اللازم عند قطع الحبل السري بعد الولادة، و هو من الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال الرضع.

تحسب نسبة تغطية التطعيم ضد التيتانوس بقسمة عدد المواليد التي تلقت أمهاتهم جرعة واحدة أو أكثر من حقن التيتانوس في فترة الحمل خلال مدة زمنية معينة إلى إجمالي عدد المواليد خلال الفترة. والجدول رقم 21 يعرض لنا نسب الحوامل اللواتي تلقين تطعيما ضد التيتانوس.

يشير الجدول رقم 21 إلى أن نسبة السيدات اللواتي تلقين تطعيما ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير، ارتفعت من 23.7% إلى 43.9% خلال الفترة 1992-2002 مسجلة زيادة قدرها 60.8%.

تتباين نسب التطعيم ضد التيتانوس باختلاف المستوى التعليمي للسيدات و مكان إقامتهن، فهي ترتفع بين:

- السيدات المتعلّقات، فعلى سبيل المثال بلغت نسبة النساء الأميات المطعمات ضد التيتانوس 16.9% مقابل 39.2% بين النساء اللواتي على مستوى ثانوي و أعلى سنة 1992 و 32.6% مقابل 55.8% على التوالي سنة 2002. أما نسبة الزيادة المسجلة في نسب التطعيم خلال الفترة 1992-2002 لدى هاتين الفئتين بلغت 92.9% عند النساء الأميات و 42.3% عند ذوات المستوى الثانوي و أعلى.

- السيدات المقيّمات في المناطق الحضرية، فنسبة النساء المقيّمات في هذه المناطق واطعمات ضد التيتانوس قدرت بـ 36.1% مقابل 14% بين النساء المقيّمات في المناطق الريفية سنة 1992

وبلغت هذه النسب 50.6% مقابل 35.8% على التوالي سنة 2002. بينما الزيادة في نسب التطعيم خلال الفترة المذكورة المسجلة في الأوساط الريفية أكبر من تلك المسجلة في الأوساط الحضرية، حيث بلغت 155.7% في الريف مقابل 40.2% في الحضر.

جدول رقم 21: نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين على الأقل جرعة واحدة من الحقن ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.

خلفية المبحوثة	مسح 1992	مسح 2002	نسبة التغير (بـ %) خلال الفترة 1992- 2002
المستوى التعليمي			
أمية	16.9	32.6	92.9
تعرف القراءة والكتابة	27.6	46.2	67.4
ابتدائي	39.9	54.2	35.8
إعدادي أو متوسط	37.9	56.3	48.5
ثانوي و أعلى	39.2	55.8	42.3
مكان الإقامة			
حضر	36.1	50.6	40.2
ريف	14.0	35.8	155.7
	27.3	43.9	60.8
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.			

إن نسب التطعيم ضد التيتانوس المبينة في الجدول غير مرضية بالرغم من ارتفاعها خلال الفترة المذكورة، فهذا يستدعي توعية أكثر للنساء الحوامل بضرورة و أهمية هذا التطعيم وذلك لتجنب حدوث الوفيات الناتجة عن مرض التيتانوس الوليدي.

3.6. تباين مستوى الرعاية الصحية

إن الرعاية الصحية من حيث نوعها و جودتها و مدى حصول المرأة عليها ترتبط بمحددات ثقافية و اجتماعية و اقتصادية، فمكان إقامة المرأة و مستوى تعليمها و سنها عوامل تؤثر في سلوكها و اهتمامها اتجاه الرعاية الصحية.

3.6.1. الرعاية الصحية أثناء الحمل

3.6.1.1. الحمل التي لم تنتهي بولادة حية

يقصد بالحمول التي لم تنتهي بولادة حية الحمل التي انتهت بإسقاط أو إجهاض أو مولود ميت. و هذه الأحداث تعكس الحالة الصحية للأمهات، و ترجع إلى عوامل بيولوجية متعلقة بخصوبة المرأة و عوامل تتعلق بخصائص المرأة كالمستوى التعليمي و السن و الرعاية الصحية و غيرها. والجدول رقم 22 يوضح التباين المسجل في هذه الحمل حسب السن و المستوى التعليمي للمرأة.

جدول رقم 22: نسبة النساء غير العازبات (بـ %) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بولادة حية حسب خلفية المبحوثة سنة

2002.

نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن	نوع الحدث			نسبة النساء اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير بولادة حية	خلفية المبحوثة	
	المجموع	ولادة ميمة	إجهاض متعمد			إسقاط
فئات السن						
71.8	100	14.6	9.8	75.6	7.0	أقل من 25 سنة
62.9	100	16.4	11.2	72.4	10.6	29 -25
62.8	100	8.4	11.3	80.3	10.3	34 -30
59.3	100	16.0	14.0	70.0	9.0	39 -35
57.0	100	17.3	14.4	68.3	7.4	44 -40
44.4	100	12.5	12.5	75.0	4.4	49 -45
المستوى التعليمي						
45.3	100	14.8	17.8	67.4	3.9	أمية
37.5	100	16.0	28.0	56.0	2.2	تقرأ وتكتب
65.7	100	15.1	11.0	73.8	11.4	ابتدائي
57.9	100	13.6	6.8	79.5	13.0	متوسط
72.2	100	12.4	11.7	75.9	63.5	ثانوي و أعلى
59.8	100	14.1	12.5	73.4	8.2	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

تظهر معطيات الجدول رقم 22 أن 8.2% من النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) انتهى حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح سنة 2002 بإسقاط أو إجهاض أو ولادة ميمة. و هذه النسبة تتباين باختلاف السن و المستوى التعليمي للمرأة، فهي ترتفع

بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 25 و 35 سنة حيث بلغت 10.6% بين النساء في فئة السن 25- 29 سنة و 10.3% في فئة السن 30- 34 سنة. و تجدر الإشارة إلى أن 63.5% من النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى تعرضن إلى إسقاط أو إجهاض أو ولادة ميتة، في حين لم تتجاوز هذه النسبة 2.2% بين النساء اللواتي تعرفن القراءة و الكتابة و 3.9% بين النساء [الأميات. في حين لم نسجل اختلافا كبيرا في هذه النسب بين النساء المقيمات في الريف و النساء المقيمات في الحضر (أنظر معطيات الجدول رقم 4 في الملحق رقم 2).

و تشير بيانات نفس الجدول بأن 73.4% من النساء اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير بولادة حية تعرضن إلى إسقاط و 12.5% إلى إجهاض متعمد و 14.1% إلى ولادة ميتة. و هذه النسب عرفت تذبذبا بين فئات السن و مستويات التعليم المختلفة.

أما عن تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، نلاحظ بأن 59.8% من النساء تابعن حملهن، و ترتفع هذه النسبة إلى 71.8% بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 25 سنة، و تقل كلما ارتفع عمر المرأة حيث بلغت 44.4% فقط بين النساء في فئة السن 45- 49 سنة. كما أن أغلبية النساء اللواتي لهن مستوى ابتدائي أو أكثر كُشفن عن حملهن، و أكبر نسبة سجلت بين النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى حيث بلغت 72.2%.

و بالنظر إلى معطيات الجدول رقم 5 في الملحق رقم 2 نلاحظ أن 67.2% من النساء اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير بولادة حية (إسقاط أو إجهاض أو ولادة ميتة) حدث لهن ذلك في الثلث الأول من الحمل و 18.6% في الثلث الثاني و 13.6% في الثلث الثالث من الحمل.

2.1.3.6. الحمل التي انتهت بولادة حية

يتناول الجدول رقم 23 نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل حسب بعض المتغيرات كالمستوى التعليمي للمرأة و سنّها و مكان إقامتها.

جدول رقم 23 : نسبة النساء (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.

نسبة الزيادة (بـ%) خلال الفترة 1992- 2002	مسح 2002	مسح 1992	خلفية المبحوثة
المستوى التعليمي للمرأة			
44.3	69.4	48.1	أمية
26.3	82.5	65.3	تعرف القراءة و الكتابة
15.6	90.3	78.1	ابتدائي
21.2	93.3	77.0	متوسط أو إعدادي
14.7	99.1	86.4	ثانوي و أعلى
مكان الإقامة			
50.8	72.4	48.0	ريف
22.1	87.6	71.6	حضر
عمر المرأة			
39.1	87.2	62.7	أقل من 30 سنة
40.4	77.5	55.2	30- 49 سنة
38.2	80.7	58.4	المجموع
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.			

يتضح من خلال معطيات الجدول رقم 23 بأن:

- مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل يتباين باختلاف المستوى التعليمي للمرأة، فنسبة النساء الأميات اللواتي تابعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح قدرت بـ 48.1% مقابل 86.4% عند ذوات المستوى الثانوي و أعلى. فالفجوة في نسبة الرعاية بين هاتين الفئتين من النساء بلغت 38.3 نقاط سنة 1992 ثم تقلصت إلى 29.7 نقاط سنة 2002، وهذا راجع إلى ارتفاع مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل للنساء الأميات خلال الفترة 1992- 2002 مسجلة زيادة قدرها 44.3%، و هي أكبر نسبة مقارنة مع نسبة الزيادة المسجلة عند النساء في باقي المستويات التعليمية الأخرى، فبعد أن كانت نسبة الرعاية الصحية عند هذه الفئة من النساء 48.1% سنة 1992 ارتفعت إلى 69.4% سنة 2002. و تجدر الإشارة إلى أن أصغر زيادة سجلت عند النساء

ذوات المستوى الثانوي و أعلى وقدرت بـ 14.7% فقط خلال الفترة المذكورة، فبعد أن كانت نسبة الرعاية 86.4% سنة 1992 ارتفعت إلى 99.1% سنة 2002.

- النساء المقيمات في الحضر هن الأكثر ترددا على المراكز الصحية لتلقي الرعاية أثناء الحمل، فالفرق في مستوى تلقي الرعاية الصحية بين هذه الفئة من النساء و المقيمات في الريف بلغ 23.6 نقاط سنة 1992 تم انخفاض إلى 15.2 نقاط سنة 2002. و يرجع هذا الانخفاض إلى الارتفاع المسجل في مستوى تلقي الرعاية الصحية في المناطق الريفية خلال الفترة 1992-2002، فبعد أن كان مستوى الرعاية 48% سنة 1992 ارتفع إلى 72.4% سنة 2002 مسجلا زيادة قدرها 50.8%. و بالمقابل عرفت المناطق الحضرية هي الأخرى ارتفاعا في مستوى تلقي الرعاية لكن بنسبة أقل حيث بلغت 22.1% خلال نفس الفترة، فبعد أن كانت نسبة الرعاية الصحية أثناء الحمل 71.6% سنة 1992 ارتفعت إلى 87.6% سنة 2002.

- الأمهات الأكبر سنا أقل إقبالا على متابعة حملهن مقارنة بالنساء الصغيرات في السن. ففي سنة 1992 بلغت نسبة المتابعة 55.2% لدى النساء في فئة السن 30-49 سنة و 62.7% لدى النساء اللواتي يقل سنهن عن 30 سنة. وفي سنة 2002 قدر مستوى الرعاية بـ 77.5% عند الفئة الأولى و 87.2% عند الفئة الثانية. فرغم الارتفاع المسجل في مستوى تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل بين هاتين الفئتين خلال الفترة 1992-2002، و الذي بلغ 39.1% عند النساء الأقل من 30 سنة و 40.4% عند النساء في فئة السن 30-49 سنة، إلا أن الفارق في مستوى الرعاية بينهما ارتفع من 7.5 نقاط سنة 1992 إلى 9.7 نقاط سنة 2002. و قد يرجع هذا الفارق إلى الخبرة التي تتمتع بها النساء الكبيرات في السن الناتجة عن تجارب الحمل المتكرر لديها.

وتشير معطيات الجدول رقم 6 في الملحق رقم 2 إلى أن نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل سنة 2002 تتباين من منطقة لأخرى. فأكبر نسبة سجلت في ولاية الجزائر حيث بلغت 97.2% ثم تليها كل من ولاية البليدة و تيبازة بنسبة 92.6% ثم ولاية عنابة و قسنطينة بـ 91%، وسجلت أقل نسبة في كل من ولاية جيجل و سطيف و سكيكدة و ميله حيث بلغت 65.5%. وتجدر الإشارة إلى أن نسبة الرعاية الصحية أثناء الحمل في أرياف الولايات الأخيرة لم تتجاوز 46.7% مقابل 86.6% في المناطق الحضرية. و قد يرجع ذلك إلى عدم وعي سكان أرياف هذه الولايات بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل و إلى نقص الخدمات الصحية أو ارتفاع تكلفتها.

و تكشف معطيات الجدولين رقم 7 و 8 في الملحق رقم 2 عن أسباب تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل حسب مكان الإقامة و المستوى التعليمي. فخلال سنة 1992، لجأت 50% من النساء

اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل إلى متابعة حملهن بسبب تعرضهن إلى مشاكل أو مضاعفات صحية. و ترتفع هذه النسبة إلى 58.1% بين النساء المقيمت في الريف و إلى 57.6% بين النساء الأميات. وفي سنة 2002، صرحت 38.2% من مجموع النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل بأن سبب هذه الرعاية هو التأكد من الحمل و 16.1% بسبب المضاعفات الصحية، و قامت 38.9% بهذه الرعاية بهدف ضمان صحة جيدة للطفل أو ضمان حمل سليم.

يظهر من خلال هذه البيانات بأن التأكد من الحمل و المضاعفات الصحية يعتبران من الأسباب الرئيسية التي جعلت النساء الحوامل يلجأن إلى المؤسسات الطبية لتلقي الرعاية الصحية.

2.3.6. الرعاية الصحية عند الوضع

يتوقف تحقيق الولادة الآمنة على نوعية الرعاية التي تتلقاها الحامل عند الولادة سواء بالنسبة للشخص المختص أو المكان، والتي من أهم شروطها توافر الإمكانيات والتجهيزات الضرورية التي تسمح بمعالجة جميع الحالات لا سيما الصعبة منها. واختيار مكان الولادة يتحدد بمدى جودة الرعاية الصحية التي تتوقع المرأة الحامل أن تتلقاها، و بوفرتها و مدى توقع صعوبات أو مشاكل صحية تصاحب عملية الولادة و بتكلفة الخدمات المقدمة.

تشير معطيات الجدول رقم 24 إلى أن 76% من ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح تمت في مؤسسة صحية سنة 1992، وارتفعت هذه النسبة إلى 86.6% سنة 2002. وبالمقابل انخفضت نسبة الولادات التي تمت في المنزل من 22.5% سنة 1992 إلى 8.8% سنة 2002.

تتباين نسبة الوضع في مؤسسة صحية باختلاف المستوى التعليمي للمرأة و مكان إقامتها، فالنساء المتعلقات و النساء المقيمت في المناطق الحضرية أكثر إقبالا على المراكز الصحية لطلب الرعاية الصحية عند الوضع. فسبة الولادات التي تمت في مؤسسة صحية بلغت 96.3% بين النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى مقابل 65.2% بين النساء الأميات سنة 1992 و 97.9% مقابل 82.9% على الترتيب سنة 2002. وقدرت هذه النسبة بـ 86.1% بين النساء المقيمت في الحضر مقابل 68% بين النساء المقيمت في الريف سنة 1992 و 95.2% مقابل 84% على الترتيب سنة 2002.

و يظهر من خلال معطيات الجدول رقم 9 في الملحق رقم 2 بأن نسبة الوضع في المؤسسات الصحية سنة 2002 تتباين من منطقة سكنية إلى أخرى و من ولاية لأخرى. فالنسبة المسجلة في كل ولايات منطقة الشرق الجزائري فاقت النسبة المسجلة على المستوى الوطني (90.9%)، وبالمقابل سجلت كل ولايات منطقة الجنوب نسب أقل من النسبة الوطنية، في حين سجلت بعض

ولايات الوسط و الغرب نسب مرتفعة مقارنة مع النسبة الوطنية كالبليدة و تيبازة (97.8%)، وهران و عين تموشنت (98.9%). فأكبر نسبة سجلت في ولاية الجزائر حيث بلغت 99.5%، بينما سجلت أضعف نسبة في كل من ولاية أدرار و تامنراست و إليزي و تندوف حيث بلغت 54.9%، وهنا يجب الإشارة إلى أن هذه النسبة لم تتجاوز 45.3% في أرياف هذه الولايات. وقد يرجع ذلك إلى نقص الخدمات الصحية الخاصة بالتوليد، و ذلك بسبب نقص التغطية الطبية و بعد المراكز الصحية المتخصصة في هذا المجال.

جدول رقم 24: التوزيع النسبي لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الوضع والمستوى التعليمي للمرأة (ب %).

مسح 2002				مسح 1992				خلفية المبحوثة
أخرى	البيت	مصحة خاصة	مصحة عامة	أخرى	البيت	مصحة خاصة	مصحة عامة	
المستوى التعليمي								
1.4	15.5	1.0	81.9	1.9	32.9	2.1	63.1	أمية
0.8	6.3	2.2	90.6	0.8	12.4	6.9	79.9	تعرف القراءة و الكتابة
0.7	3.1	6.3	90.0	2.4	4.1	11.1	82.5	ابتدائي
0.5	1.9	6.6	91.0	1.6	5.0	9.4	84.0	متوسط أو إعدادي
0.0	2.1	11.5	86.4	0.4	3.4	16.3	80.0	ثانوي وأعلى
مكان الإقامة								
0.7	4.1	5.3	89.9	1.5	12.4	7.8	78.3	حضر
1.4	14.6	1.5	82.5	1.6	30.4	3.1	64.9	ريف
0.8	8.8	3.6	86.6	1.6	22.5	5.2	70.8	المجموع
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.								

أما عن اختيار المؤسسة الصحية التي تم فيها الوضع، تشير معطيات الجدول رقم 24 إلى أن:

- النساء المتعلّمات هن الأكثر إقبالا على المستشفيات و المراكز الصحية العامة لإجراء عملية الوضع مقارنة مع النساء الأميات. ففي سنة 1992، بلغت نسبة الوضع في مستشفى أو مركز صحي عام 63.1% بين النساء الأميات، في حين تجاوزت هذه النسبة تلك المسجلة على المستوى الوطني (70.8%) بين النساء المتعلّمات. أما عملية الوضع في المصحة الخاصة بلغت 5.3%، و سجلت أعلى نسبة بين السيدات اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى حيث قدرت بـ 16.3% مقابل 2.1% بين الأميات. و تجدر الإشارة إلى أن عملية الوضع في المنزل مست بشكل أكبر الأميات بنسبة 32.9% مقابل 3.4% بين النساء ذوات المستوى الثانوي و أعلى.

و خلال سنة 2002، سجلنا ارتفاعا في نسبة الوضع في المصحات العامة و ذلك عند جميع السيدات في المستويات التعليمية المختلفة حيث بلغت 86.6% كنسبة وطنية و هي تقارب النسبة التي سجلت عند الأميات و اللواتي بلغت 81.9%. و بالمقابل تم تسجيل انخفاض في نسبة السيدات اللواتي وضعن في المنزل حيث أن أكبر نسبة سجلت عند الأميات بـ 15.5% فقط، و بقيت نسبة الوضع في المصحات الخاصة ضعيفة.

- النساء المقيمت في المناطق الحضرية هن الأكثر ترددا على المستشفيات و المراكز الصحية العامة لإجراء عملية الوضع مقارنة مع النساء المقيمت في المناطق الريفية. فنسبة الوضع في هذه المراكز بلغت 78.3% لدى الفئة الأولى مقابل 64.9% لدى الفئة الثانية سنة 1992، و قدرت بـ 89.9% و 82.5% على التوالي سنة 2002. في حين نسبة الوضع في المنزل مرتفعة أكثر عند النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 30.4% مقابل 12.4% بين النساء المقيمت في الحضر سنة 1992، و بلغت هذه النسب 14.6% مقابل 4.1% على التوالي سنة 2002.

يتضح من خلال هذه البيانات بأن أغلبية السيدات الحوامل وضعن في المستشفيات لأنها أفضل مكان لتقديم الرعاية اللازمة، حيث تضم الأطباء المتخصصين و الأطباء الممارسين العموميين المهرة أو التقنيين في المستوى المتوسط و الذين يتمتعون بالمهارات المناسبة، ويمكنهم التعامل مع الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل معقدة تفوق قدرة مقدمي المستوى الأول من الرعاية. بينما عملية الوضع في المصحات الخاصة و الوضع في المنزل عرفت انخفاضا واضحا خلال الفترة 1992-2002 عند جميع النساء مهما كان مستواهن التعليمي و مكان إقامتهن.

أما عن المساعدة الطبية عند الولادة، فالجدول رقم 10 في الملحق رقم 2 يعرض معلومات حول الشخص الذي ساعد في الولادة لكل المواليد خلال فترة الخمس سنوات السابقة على إجراء المسح. ففي سنة 1992، تمت 66% من المواليد تحت إشراف الطبيب و 22.7% على يد ممرضة أو قابلة مؤهلة. و في سنة 2002 بلغت هذه النسب 72.1% و 29.6% على الترتيب. و يجب الإشارة إلى أن نسبة الولادة تحت إشراف الطبيب لا تتغير كثيرا مع اختلاف المستوى التعليمي للمرأة و مكان إقامتها.

3.3.6. الرعاية الصحية بعد الوضع

تبين معطيات الجدول رقم 25 بأن 20.3% من النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) تلقين رعاية صحية بعد الوضع (فترة النفاس) سنة 1992، و ارتفعت هذه النسبة إلى 30.1% سنة 2002 مسجلة زيادة قدرها 48.3% خلال الفترة 1992- 2002.

جدول رقم 25: نسبة السيدات (ب %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الوضع لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة.

نسبة الزيادة (ب%) خلال الفترة 2002 - 1992	مسح 2002			مسح 1992			خلفية المبحوثة
	المجموع	لم تتلقى رعاية	تلقت رعاية	المجموع	لم تتلقى رعاية	تلقت رعاية	
المستوى التعليمي للمرأة							
30.0	100.0	77.9	22.1	100.0	83.0	17.0	أمية
59.1	100.0	70.4	29.6	100.0	81.4	18.6	تعرف القراءة و الكتابة
25.6	100.0	65.7	34.3	100.0	72.7	27.3	ابتدائي
33.1	100.0	58.2	41.8	100.0	68.6	31.4	متوسط أو إحصائي
50.5	100.0	43.7	56.3	100.0	62.6	37.4	ثانوي و أعلى
مكان الإقامة							
34.3	100.0	66.3	33.7	100.0	74.9	25.1	حضر
64.2	100.0	72.9	27.1	100.0	83.5	16.5	ريف
48.3	100.0	69.9	30.1	100.0	79.7	20.3	المجموع
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.							

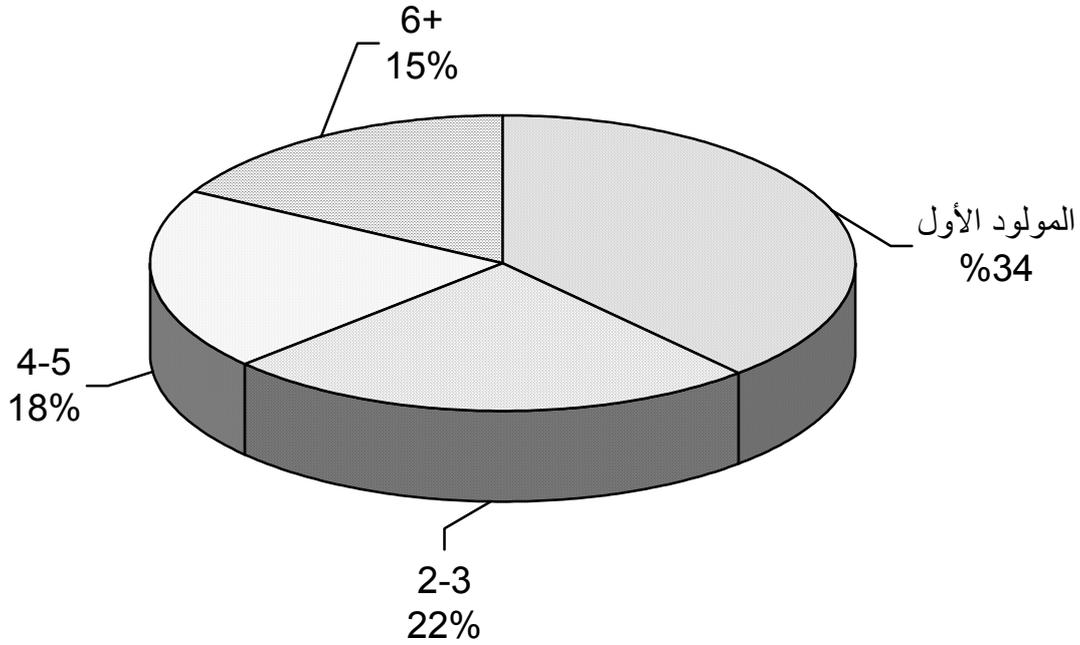
عند تحليلنا لمعطيات الجدول حسب المستوى التعليمي للمرأة و مكان إقامتها يتضح بأن:

- النساء الأميات أقل إقبالا على تلقي الرعاية الصحية بعد الوضع. ففي سنة 1992 قدرت نسبة النساء اللواتي تلقين هذه الرعاية 17% بين النساء الأميات و 37.4% بين النساء اللواتي لديهن مستوى ثانوي و أعلى، و في سنة 2002 قدرت هاتين النسبتين بـ 22.1% و 56.3% على التوالي. فالفارق بين هاتين الفئتين من النساء بلغ 20.4 نقاط سنة 1992 ثم ارتفع إلى 34.2 نقاط سنة 2002، و قد يرجع ذلك إلى ارتفاع مستوى وعي النساء المتعلمات بأهمية الرعاية الصحية بعد الولادة مما أدى إلى ارتفاع نسبة الرعاية لديهن بـ 50.5% خلال الفترة 1992- 2002 مقابل 30% بين الأميات.

- مستوى تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة مرتفع أكثر في المناطق الحضرية، حيث أن نسبة تلقي هذه الرعاية بلغت 25.1% بين النساء المقيمت في هذه المناطق و 16.5% بين النساء المقيمت

في المناطق الريفية سنة 1992، وفي سنة 2002 ارتفعت هاتين النسبتين إلى 33.7% عند الفئة الأولى و 27.1% عند الفئة الثانية. فالفرق في نسبة تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة بين هاتين الفئتين من النساء بلغ 8.6 نقاط سنة 1992 ثم انخفض إلى 6.6 نقاط سنة 2002. و ذلك نتيجة الارتفاع المسجل في مستوى تلقي هذه الرعاية خلال الفترة 1992-2002 و الذي مس أكثر المناطق الريفية حيث بلغ 64.2% مقابل 34.3% في المناطق الحضرية.

و يتضح من خلال الشكل رقم 5 بأن مستوى الرعاية الصحية بعد الوضع تنخفض مع ارتفاع رتبة المولود. فأكبر نسبة سجلت عند النساء اللواتي أنجبن مولودهن الأول (34.0%) في حين سجلت أقل نسبة بين النساء عند الولادات ذوي الرتبة السادسة أو أكثر (15.0%)، فالعلاقة بين تلقي الرعاية الصحية بعد الوضع و رتبة المولود علاقة عكسية.



شكل رقم 5: نسبة النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية بعد الوضع لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب رتبة المولود من خلال معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002.

يظهر من خلال هذه المعطيات بأن مستوى الرعاية الصحية بعد الوضع ضعيفا، فنسبة النساء اللواتي لم يتلقين أية رعاية في هذه الفترة بلغت 79.7% سنة 1992 و حوالي 70% سنة 2002، ولرفع مستوى هذه الرعاية يجب الكشف عن الأسباب التي جعلت المرأة تمتنع عن تلقي الرعاية الصحية بعد عملية الوضع.

4.6. أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية

1.4.6. الرعاية الصحية أثناء الحمل

1.1.4.6. 1. الحمل التي لم تنتهي بولادة حية

يعرض الجدول رقم 26 أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل من قبل النساء اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمصح سنة 2002 بولادة حية (إسقاط أو إجهاض متعمد أو ولادة ميتة) حسب مكان الإقامة.

يتضح من خلال بيانات الجدول بأن 38.4% من النساء لم يتابعن حملهن بسبب عدم تعرضهن لمشاكل صحية و 16.5% بسبب ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية، وترتفع هذه النسبة أكثر بين النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 19.6% مقابل 13.8% بين النساء المقيمت في الحضر. وامتنعت 13.2% من النساء عن الرعاية الصحية أثناء الحمل بسبب تجربتهن السابقة في هذا المجال و 5.8% بسبب عدم توفر الخدمة، وترتفع هذه النسبة إلى 11.6% في الريف مقابل 0.8% فقط في الحضر.

جدول رقم 26: توزيع النساء غير العازبات (بـ %) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمصح بولادة حية و لم يتابعن حملهن حسب السبب و مكان الإقامة سنة 2002.

مكان الإقامة			سبب عدم متابعة الحمل
المجموع	ريف	حضر	
38.4	35.7	40.8	- عدم التعرض لمشاكل صحية
13.2	12.5	13.8	- تجربة سابقة
5.8	11.6	0.8	- عدم توفر الخدمة
16.5	19.6	13.8	- ارتفاع التكلفة
5.0	4.5	5.4	- مشغولة/ الزوج مشغول
21.1	16.1	25.4	- أخرى
100	100	100	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

يتضح من خلال هذه البيانات بأن عدم تعرض النساء إلى مشاكل صحية و ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية المقدمة و الخبرة المكتسبة من الحمل السابقة، تعتبر من الأسباب الرئيسية التي جعلت غالبية النساء اللواتي انتهى حملهن الأخير بولادة غير حية يمتنعن عن تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل.

1.4.6.2. الحمل التي انتهت بولادة حية

قدرت نسبة النساء اللواتي لم يتابعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بـ 41.6% سنة 1992 و 19.3% سنة 2002، ويعود ذلك إلى عدة أسباب نوضحها في الجدول رقم 27.

في سنة 1992، صرحت 57.5% من النساء بأنهن لم يتابعن حملهن لدى مصالح طبية بسبب عدم وجود مشكلة صحية، وترتفع هذه النسبة بين النساء المقيمت في المناطق الحضرية حيث بلغت 70.7% مقابل 51.9% في المناطق الريفية، ثم يليها سبب عدم وجود خدمات صحية بـ 17.5% و ذكر هذا السبب أكثر بين النساء المقيمت في الريف وذلك بنسبة 24.2% مقابل 1.5% فقط في الحضر. وأدلت 6.2% بأنهن لم يتابعن حملهن بسبب ارتفاع تكلفة الخدمات المقدمة وترتفع هذه النسبة أكثر في الأوساط الريفية حيث بلغت 7.3% مقابل 3.5% في الحضر.

جدول رقم 27: توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم يتابعن حملهن الأخير الذي انتهى بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب سبب عدم المتابعة ومكان الإقامة (بـ %).

مسح 2002			مسح 1992			سبب عدم المتابعة
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
45.5	40.6	54.2	57.5	51.9	70.7	عدم وجود متاعب لديها خبرة سابقة
11.5	10.8	12.6	10.8	8.6	16.1	عدم توفر الخدمة
11.6	16.5	2.6	17.5	24.2	1.5	التكلفة مرتفعة
20.6	21.9	18.2	6.2	7.3	3.5	أخرى
7.0	6.7	7.7	7.8	7.7	8.0	غير مبين
3.8	3.4	4.5	0.3	0.3	0.3	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
19.3	27.6	12.4	41.6	52.0	28.4	نسبة النساء اللواتي لم يتابعن حملهن
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.						

وخلال سنة 2002، بقي سبب عدم وجود مشاكل صحية في المرتبة الأولى بـ 45.5%، ارتفعت هذه النسبة إلى 54.2% في الحضر مقابل 40.6% في الريف. واحتلت التكلفة المرتفعة للخدمة المقدمة المرتبة الثانية بـ 20.6% كنسبة وطنية، وهذه النسبة مرتفعة أكثر في المناطق الريفية حيث قدرت بـ 21.9% مقابل 18.2% في المناطق الحضرية. ونجد في المرتبة الثالثة سبب عدم توفر الخدمة بـ 11.6%، وهنا نشير إلى أن عدم متابعة الحمل لهذا السبب منتشر أكثر بين النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 16.5% مقابل 2.6% فقط عند المقيمت في الحضر.

2.4.6. الرعاية الصحية عند الوضع

قدّرت نسبة النساء اللواتي وضعن خارج مؤسسة صحية بـ 22.5% سنة 1992 ثم انخفضت إلى 8.8% سنة 2002، وترتفع هذه النسبة بين النساء المقيّمات في الريف حيث بلغت 30.4% مقابل 12.4% في الحضر سنة 1992، و 14.6% مقابل 4.1% سنة 2002. والجدول رقم 28 يكشف عن الأسباب التي دفعت هذه الفئة من النساء إلى الوضع خارج مؤسسة صحية.

جدول رقم 28: توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي وضعهن خارج مؤسسة صحية حسب السبب و مكان الإقامة (ب- %).

مسح 2002			مسح 1992			سبب الوضع خارج مؤسسة صحية
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
21.2	28.3	4.9	26.4	32.6	7.1	عدم توفر الخدمة
20.8	20.2	22.1	3.2	3.0	3.8	ولادة مبكرة
41.8	36.4	54.0	56.1	49.4	77.2	فضلن المنزل
6.7	7.0	6.1	-	-	-	ارتفاع تكلفة الخدمة
9.5	8.1	12.9	14.3	15.1	12.0	أخرى
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
8.8	14.6	4.1	22.5	30.4	12.4	نسبة الوضع خارج مؤسسة صحية

المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري حول صحة الأسرة.

ففي سنة 1992 تمت 56.1% من الولادات خارج المرافق الصحية بسبب الاعتقاد بأن المنزل يمثل بيئة أفضل للولادة، و ترتفع هذه النسبة بين النساء المقيّمات في الحضر حيث بلغت 77.2% مقابل 49.4% في الريف. ومثل عدم توفر الخدمات الصحية سببا في 26.4% من حالات الولادة، و ترتفع هذه النسبة إلى 32.6% في الريف مقابل 7.1% فقط في الحضر.

و في سنة 2002، صرحت 41.8% من النساء اللواتي وضعن خارج مؤسسة صحية بأن البيت هو أفضل مكان للولادة، و هذه النسبة ترتفع أكبر بين النساء المقيّمات في الأوساط الحضرية حيث بلغت 54% مقابل 36.4% في الريف. ويأتي بعد ذلك سبب عدم توفر الخدمة بنسبة 21.2% وترتفع هذه النسبة كذلك بين النساء المقيّمات في الريف حيث بلغت 28.3% مقابل 4.9% فقط في الحضر، ثم نجد سبب الولادة المبكرة بـ 20.8% و ارتفاع تكلفة الخدمة بنسبة 6.7%.

اتضح من خلال بيانات الجدول بأن الأسباب الرئيسية التي جعلت النساء يلدن خارج المؤسسات الصحية تمثلت بشكل أساسي في تفضيل الوضع في المنزل ثم عدم توفر خدمات التوليد خاصة في المناطق الريفية ثم الولادة المبكرة.

يمكننا تفسير تفضيل الولادة في المنزل بعاملين أساسيين وهما:

- الخبرة و التجربة المكتسبة في مجال التوليد خاصة عند النساء المسنات.
- الثقافة التقليدية للمرأة التي أثرت سلبا على اتجاهها و اهتمامها بطرق الرعاية الصحية، بما في ذلك اهتمامها بالذهاب إلى المستشفيات أو المراكز الصحية، فهذه الثقافة جعلت من الولادة في المنزل أكثر تقبلا لدى المرأة من حيث مبرراتها بالأمان ضمن أسرتها و أقاربها.

3.4.6. الرعاية الصحية بعد الوضع

قدرت نسبة النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم تتلقين رعاية صحية بعد الوضع حوالي 70% سنة 2002. والجدول رقم 29 يتناول أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية بعد الوضع حسب مكان الإقامة.

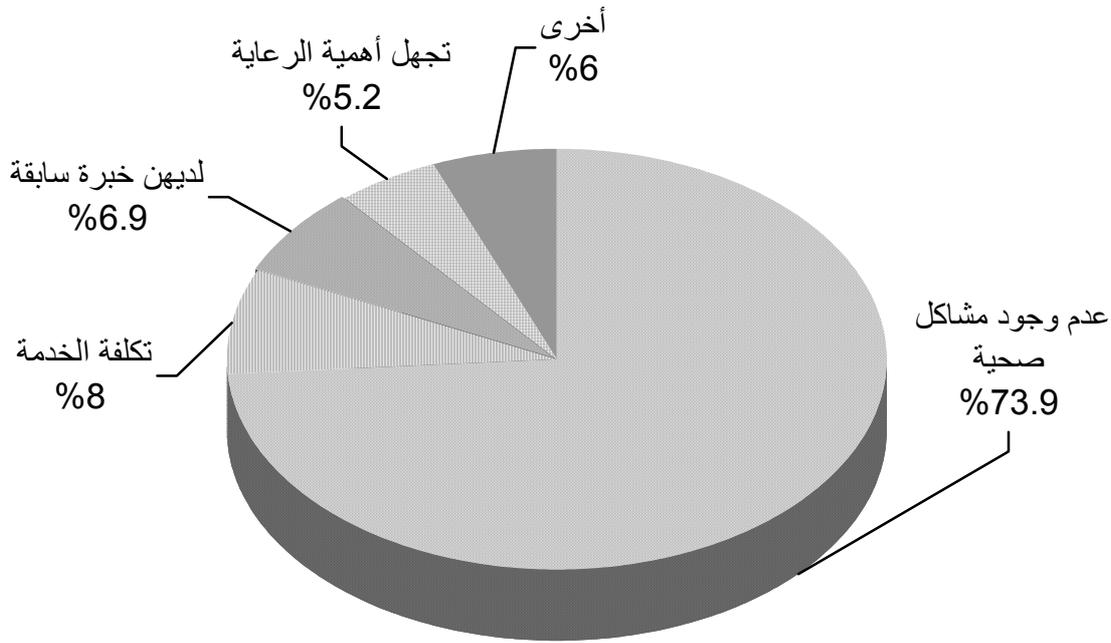
تشير معطيات الجدول رقم 29 إلى أن 73.9% من النساء لم يقمن برعاية صحية بعد الوضع بسبب عدم تعرضهن إلى مشاكل صحية، و امتنعت 8% عن تلقي الرعاية بسبب تكلفة الخدمة المرتفعة و 6.9% بسبب خبرتهن السابقة و 5.2% تجهل أهمية الكشف بعد الولادة وصرحت بقية النساء بأسباب أخرى.

جدول رقم 29: توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي لم يتلقين رعاية صحية بعد الوضع حسب سبب عدم المتابعة و مكان الإقامة من خلال معطيات مسحة صحة الأسرة سنة 2002 (ب %).

سبب عدم تلقي الرعاية الصحية بعد الوضع							مكان الإقامة
المجموع	أخرى	عدم توفر الخدمة	التكلفة عالية	تجهل أهمية الكشف	لديها خبرة سابقة	عدم وجود متاعب	
100.0	3.1	5.5	10.7	5.5	7.2	68.0	ريف
100.0	3.3	0.5	5.5	5.0	6.7	79.0	حضر
100.0	3.2	2.8	8.0	5.2	6.9	73.9	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.

تتباين أسباب عدم تلقي الرعاية بعد الوضع باختلاف مكان الإقامة، فنسبة النساء اللواتي صرحن بسبب عدم وجود مشاكل صحية ذكرت أكثر بين النساء المقيمت في الحضر حيث بلغت 79% مقابل 68% في الريف، ونسبة الممتنعات عن الرعاية بسبب التكلفة المرتفعة وعدم توفر الخدمة مرتفعة أكثر بين النساء المقيمت في الريف حيث بلغت على التوالي 10.7% و 5.5% مقابل 5.5% و 0.5% بين المقيمت في الحضر. و الشكل رقم 6 يبين بوضوح الأسباب الرئيسية التي جعلت النساء تمتنعن عن تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة.



شكل رقم 6: توزيع النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي لم يتلقين رعاية صحية بعد الوضع حسب السبب سنة 2002.

اتضح من خلال بيانات التحقيين المتعلقة بأسباب عدم المتابعة الطبية بأن عدم تعرض النساء إلى مشاكل صحية كان سببا رئيسيا من أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية خلال و بعد فترة الحمل، كما شكل ارتفاع تكلفة الخدمات المقدمة وعدم توافرها عائقا أمام انتفاع أو حصول النساء على الخدمات الصحية خصوصا في المناطق الريفية.

ولتحقيق رعاية صحية شاملة ينبغي أن:

- تتلقى جميع النساء رعاية صحية خلال و بعد فترة الحمل مهما كانت حالتهم الصحية.
- تتوفر الرعاية الصحية اللازمة و الكافية، ويتحقق ذلك بتوفير الخدمات و البرامج و المرافق المعنية بالصحة العامة كالمستشفيات و المراكز الصحية و العيادات و غيرها من الهياكل المرتبطة بالصحة، وكذلك توفير موظفين طبيين مدربين و معدات للمستشفيات.
- تتمتع جميع النساء و بدون تمييز بإمكانية الاستفادة من المرافق و الخدمات الصحية، و يتحقق ذلك بتقليص أو إزالة الحواجز المالية التي تعيق إتاحة الخدمات، و توفير حماية مناسبة للمستخدمات ضد تكاليف التماس الرعاية خاصة الفئات الضعيفة.

5.6. المضاعفات الصحية المتعلقة بالإنجاب

يتناول الجدول رقم 30 نسب السيدات غير العازبات اللواتي عانين من مضاعفات أثناء الحمل، عند و بعد الوضع حسب سنهن عند إجراء المسح.

بلغت نسبة النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات أثناء الحمل 36.5% ، و ترتفع هذه النسبة إلى 38.8% بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة.

أما نسبة السيدات اللواتي عانين من مضاعفات عند الوضع بلغت 21.6%، وتبقى النساء الأقل من 25 سنة أكثر عرضة إلى مضاعفات الوضع حيث بلغت هذه النسبة 30.6% بين النساء في الفئة 20- 24 سنة و 29.8% بين النساء في فئة السن 15- 19 سنة. وقدرت نسبة السيدات اللواتي عانين من مضاعفات بعد الوضع 23.5%، وارتفعت هذه النسبة إلى 42.6% بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة.

جدول رقم 30: نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات أثناء الحمل، عند و بعد الوضع حسب السن سنة 2002.

فئات السن	نسبة السيدات اللواتي عانين من مضاعفات (بـ %)		
	أثناء الحمل	عند الوضع	بعد الوضع
19 -15	38.8	29.8	42.6
24 -20	29.5	30.6	23.2
29 -25	23.7	23.9	25.2
34 -30	23.9	20.6	22.6
39 -35	20.0	18.3	21.2
44 -40	25.4	18.0	20.3
49 -45	19.3	26.3	20.8
المجموع	36.5	21.6	23.5

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002.

إن النسب المبينة في الجدول تبين بأن النساء الصغيرات في السن هن الأكثر تعرضا لمضاعفات الحمل و الوضع و مضاعفات فترة النفاس، و هذا يبين مدى خطورة الإنجاب المبكر حيث أن المرأة في السن الأقل من 20 سنة تكون غير مهياًة كلياً للإنجاب، و بالتالي الحمل و الوضع في سن مبكرة قد يشكل خطراً على صحتها و صحة طفلها.

1.5.6. المضاعفات الصحية أثناء الحمل

يتناول الجدول رقم 31 الأعراض التي عانت منها السيدات أثناء حملهن الأخير الذي انتهى بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم عند الولادة و ترتيب المولود.

يتضح من خلال بيانات الجدول بأن 36.5% من السيدات عانين من مشكلة صحية أثناء الحمل، و ترتفع هذه النسبة إلى 41.5% بين السيدات اللواتي تقل أعمارهن عند الولادة عن 20 سنة و إلى 44.4% بين النساء الحوامل لأول مرة.

جدول رقم 31: نسبة النساء (بـ %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات

صحية أثناء حملهن الأخير الذي انتهى بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية

المبحوثة من خلال معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.

المجموع	ترتيب المولود				العمر عند الولادة			المضاعفات الصحية أثناء الحمل
	+6	5-4	3-2	1	49-35	34-20	20 >	
6.7	5.8	6.9	6.7	7.4	6.8	6.6	6.5	- نزيف مهبلي حاد
7.2	8.7	6.4	6.1	8.3	8.8	6.5	5.6	- ارتفاع في ضغط الدم
14.4	15.9	11.5	12.4	20.0	13.5	14.7	15.4	- تورم في الوجه أو الجسم
13.8	15.4	12.0	12.4	17.0	15.5	13.1	13.5	- صداع حاد
14.9	14.5	15.0	13.9	17.1	13.9	15.2	22.1	- ألم أعلى البطن
9.3	11.5	8.8	7.2	11.3	9.4	9.1	15.9	- ارتفاع شديد في الحرارة
10.3	10.0	9.4	10.1	12.4	9.4	10.5	18.5	- ألم عند التبول
11.1	11.2	10.3	10.4	13.4	11.5	10.9	12.7	- صعوبة شديدة في التنفس
3.1	3.3	2.7	2.8	4.0	1.7	3.3	2.9	- أخرى
36.5	35.4	34.2	34.5	44.4	34.4	37.3	41.5	على الأقل مشكلة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002.

أما عن نوع المضاعفات التي عانت منها السيدات أثناء حملهن نجد: الألم أعلى البطن في المرتبة الأولى بـ 14.9%، و هذه النسبة مرتفعة أكثر بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة عند الولادة و الحملات بأول مولود حيث بلغت 22.1% و 17.1% على التوالي. وفي المرتبة الثانية نجد تورم الوجه أو الجسم بـ 14.4%، و قدرت هذه النسبة بـ 20.0% بين النساء الحوامل بأول مولود، في حين احتل الصداع الحاد المرتبة الثالثة بـ 13.8%، و ترتفع هذه النسبة إلى 17.0% بين الحوامل لأول مرة. بينما الارتفاع في درجة الحرارة و الألم عند التبول نجده منتشر أكثر بين النساء اللواتي لم يبلغن من العمر 20 سنة بنسبة 15.9% و 18.5% على التوالي.

وتشير معطيات الجدول رقم 12 في الملحق رقم 2 بأن 76% من النساء اللواتي لم ينتهي حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بولادة حية (إسقاط أو إجهاض متعمد أو ولادة ميتة) تعرضن على الأقل إلى مشكل صحي أثناء الحمل. و من بين هذه المشاكل نجد النزيف المهبلي الحاد الذي مس 58.1% من النساء، كما تعرضت 35.9% إلى ألم في أسفل البطن و 21.3% إلى صداع حاد و 18% إلى ارتفاع شديد في الحرارة.

2.5.6. المضاعفات الصحية عند الولادة

تشير معطيات الجدول رقم 32 إلى أنه 21.6% من النساء عانين على الأقل من مشكلة صحية عند ولادتهن الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، و سجلت أعلى نسبة بين السيدات اللواتي أنجبن لأول مرة بـ 34.7% وأقل نسبة بين النساء اللواتي يقع ترتيب مولودهن بين 4 و 5 أولاد بـ 17.1%.

جدول رقم 32: نسبة السيدات (بـ %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات صحية عند ولادتهن الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة من خلال معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.

المجموع	ترتيب المولود				المضاعفات الصحية عند الولادة
	6 فأكثر	5-4	3-2	أول ولادة	
15.4	13.0	10.5	12.7	29.3	مخاض عسير أكثر من 12 ساعة
7.6	8.7	6.8	6.5	9.6	ارتفاع شديد في درجة الحرارة
6.2	7.3	6.6	5.6	5.9	نزيف مهبلي حاد
2.9	3.5	2.2	2.4	4.3	أخرى
21.6	20.0	17.1	18.6	34.7	على الأقل مشكلة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002.

ومن المشاكل الصحية التي مست النساء عند عملية الوضع نجد المخاض العسير الذي دام أكثر من 12 ساعة بنسبة 15.4%، وترتفع هذه النسبة أكثر بين الحوامل بأول مولود حيث بلغت 29.3%، ثم يليها الارتفاع الشديد في درجة الحرارة بـ 7.6% ثم النزيف الحاد بنسبة 6.2%.

3.5.6. المضاعفات الصحية بعد الولادة

يتناول الجدول رقم 33 نسب السيدات اللواتي عانين من مضاعفات صحية بعد الولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمرهن عند الولادة و ترتيب مولودهن والمضاعفات الصحية التي عانين منها.

بلغت نسب السيدات اللواتي عانين على الأقل من مشكلة صحية بعد الولادة 23.5%، وترتفع هذه النسبة إلى 28.2% بين النساء الحوامل لأول مولود و إلى 30.8% بين النساء اللواتي لم يبلغن 20 سنة من العمر.

جدول رقم 33: نسبة السيدات (ب%) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات

صحية بعد الولادة الأخيرة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة من خلال

معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.

المجموع	ترتيب المولود				العمر عند الولادة			المضاعفات الصحية بعد الولادة
	6 <	5-4	3-2	1	49-35	34-20	20 >	
3.6	3.9	3.7	2.5	5.2	3.6	3.6	3.1	نزيف مهلي حاد
2.8	4.0	2.7	2.2	2.7	3.4	2.5	4.1	تورم في الوجه أو الجسم
3.9	3.8	4.5	3.1	4.8	3.5	4.0	5.7	إفراز مهلي كريه الرائحة
9.4	10.8	9.6	7.7	10.5	9.2	9.4	11.2	ألم حاد أسفل البطن مع حمى
8.7	11.1	8.5	7.5	8.6	10.0	8.2	9.9	ألم حاد أسفل الظهر مع حمى
5.7	7.6	5.5	4.7	5.7	6.6	5.4	3.4	ألم حاد أعلى الظهر مع حمى
5.0	6.3	4.6	4.0	6.0	4.5	5.2	6.2	ألم عند التبول مع حمى
10.8	9.5	10.4	10.2	14.0	7.8	12.1	12.0	انتفاخ وألم في الثديين
6.3	7.0	5.4	6.0	7.2	6.8	6.0	8.0	فقر الدم
23.5	23.4	22.2	21.8	28.2	21.6	24.1	30.8	على الأقل مشكلة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002.

أما عن نوع المضاعفات الصحية التي عانت منها النساء بعد الوضع نجد:

- انتفاخ في الثديين مع حمى ومس 10.8% من النسوة، وارتفعت هذه النسبة إلى 12.1% بين النساء اللواتي تراوحت أعمارهن بين 20 و 34 سنة عند الولادة و إلى 14% بين النساء اللواتي أنجبين أول مولود.

- ألم حاد أسفل البطن مع حمى بنسبة 9.4%، وترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي لم يتجاوزن عمرهن 20 سنة عند الولادة حيث بلغت 11.2%.
 - ألم حاد أسفل الظهر مع حمى بـ 8.7%، و مس أكثر النساء اللواتي يقع ترتيب مولودهن في الرتبة السادسة أو أكثر بـ 11% و النساء اللواتي تراوحت أعمارهن بين 35 و 49 سنة عند الولادة بنسبة 10%.
 - فقر الدم وعانت منه 6.3% من النساء، و ترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي لم يتجاوزن عمرهن 20 سنة عند الولادة حيث بلغت 8% و النساء في أول ولادة لهن بنسبة 7.2%.
 - ألم حاد أعلى الظهر مع حمى بـ 5.7%، وتظهر هذه المضاعفات أكثر على النساء اللواتي يقع ترتيب مولودهن في الرتبة السادسة أو أكثر بـ 7.6%.
 - ألم عند التبول مع حمى بـ 5%، وهذه لا تختلف النسبة كثيرا باختلاف عمر المرأة عند الولادة وترتيب مولودهن.
- هذه المعطيات بينت لنا بأن المضاعفات الصحية بعد الولادة مست أكثر فئة النساء اللواتي يقل عمرهن عن 20 سنة عند الولادة و النساء اللواتي أنجبن ستة مواليد و أكثر.

6.6. العوامل المؤثرة على صحة الأمهات

1.6.6. زواج الأقارب

يعتبر زواج الأقارب (أقارب الدم) من الأمور الشائعة في المجتمع الجزائري، و يرجع ذلك إلى عادات اجتماعية لا مفر من تجاوزها. وهذا النمط من الزواج يرفع من احتمال اشتراك الزوجين في نفس الصفات الوراثية، وبالتالي يرفع من احتمال إصابة أطفالهما بتشوهات خلقية أو أمراض وراثية خاصة إذا كانت الوراثة أكثر تركيزا مثل انحدار الزوجين من عائلة واحدة. ومن أهم الأمراض التي تنتقل بالوراثة نذكر التلاسيميا و فقر الدم المنجلي وغيرها. واحتمال إنجاب أطفال مصابين بمثل هذه الأمراض و أمراض وراثية أخرى، قد لا تكون ظاهرة عند العائلة، فقد يكون الشخص سليما و لكنه يحمل المورثة المرضية الموجودة في عائلته. ففي حال زواجه من امرأة حاملة لنفس المورثة يكون احتمال إنجاب أطفال مصابين بالمرض كبيرا، لذا ينصح بالابتعاد قدر الإمكان عن زواج الأقارب.

تشير بيانات الجدول رقم 34 الذي تناول توزيع السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب صلة القرابة بأزواجهن و مكان إقامتهن إلى أن أكثر من ثلث السيدات تربطهن صلة القرابة بأزواجهن، حيث نجد سيدة من كل أربعة تقريبا متزوجة مع ابن عمها أو خالها.

جدول رقم 34 : التوزيع النسبي للسيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب صلة القرابة بأزواجهن و مكان الإقامة (ب %).

مسح 2002			مسح 1992			مكان الإقامة		
المجموع	توجد صلة قرابة		لا توجد صلة قرابة	المجموع	توجد صلة قرابة			
	ابن عم/ خال	صلة أخرى			ابن عم/ خال		صلة أخرى	
100.0	10.8	20.2	69.0	100.0	8.7	24.3	67.0	حضر
100.0	12.3	24.4	63.3	100.0	9.4	27.0	63.6	ريف
100.0	11.4	22.0	66.6	100.0	9.1	25.6	65.3	المجموع

المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.

تباينت نسب زواج الأقارب باختلاف مكان الإقامة، فنسبة النساء الريفيات اللواتي تزوجن بأحد أقاربهن بلغت 36.4% مقابل 33% في الحضر سنة 1992. وفي سنة 2002 ارتفعت النسبة المسجلة في الريف إلى 36.7%، في حين انخفضت النسبة المسجلة في الحضر إلى 31%.

قدر الفرق في نسب زواج الأقارب بين المناطق الريفية و الحضرية 3.4 نقاط سنة 1992 ثم ارتفع إلى 5.7 نقاط سنة 2002. ويعزى هذا الارتفاع إلى التراجع المسجل في هذا النمط من الزواج في الحضر و الذي قابله ارتفاعا في المناطق الريفية خلال الفترة 1992- 2002 .

وعند تفحصنا لمعطيات الجدول رقم 35، نلاحظ بأن العلاقة الموجودة بين زواج الأقارب (ابن العم أو الخال أو صلة أخرى) و المستوى التعليمي للمرأة علاقة عكسية، أي أن ظاهرة زواج الأقارب تتخفف كلما ارتفع المستوى التعليمي. فأكبر نسبة سنة 1992 بلغت 38.4% (29.5% مع ابن العم أو الخال و 8.9% مع أقارب آخرين) و سجلت بين السيدات الأميات، في حين بلغت أصغر نسبة 21.4% (14.2% مع ابن العم أو الخال و 7.3% مع أقارب آخرين) وسجلت بين السيدات اللواتي حصلن على المستوى الثانوي و أعلى. وفي سنة 2002 قدرت هاتان النسبتان بـ 39.2% (26.4% مع ابن العم أو الخال و 12.8% مع أقارب آخرين) و 12.9% (9.4% مع ابن العم أو الخال و 3.5% مع أقارب آخرين) على التوالي.

بلغ الفرق في النسب المسجلة بين النساء الأميات و النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى 17 نقطة سنة 1992، و ارتفع إلى 26.3 نقاط سنة 2002. و قد يرجع ذلك إلى تراجع نسب زواج

الأقارب عند النساء المتعلقات خاصة النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى خلال الفترة 1992-2002، و بالمقابل سجلنا ارتفاع في نسب زواج الأقارب بين النساء الأميات خلال نفس الفترة.

جدول رقم 35: توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب صلة القرابة بين الزوجين و المستوى التعليمي (ب. %).

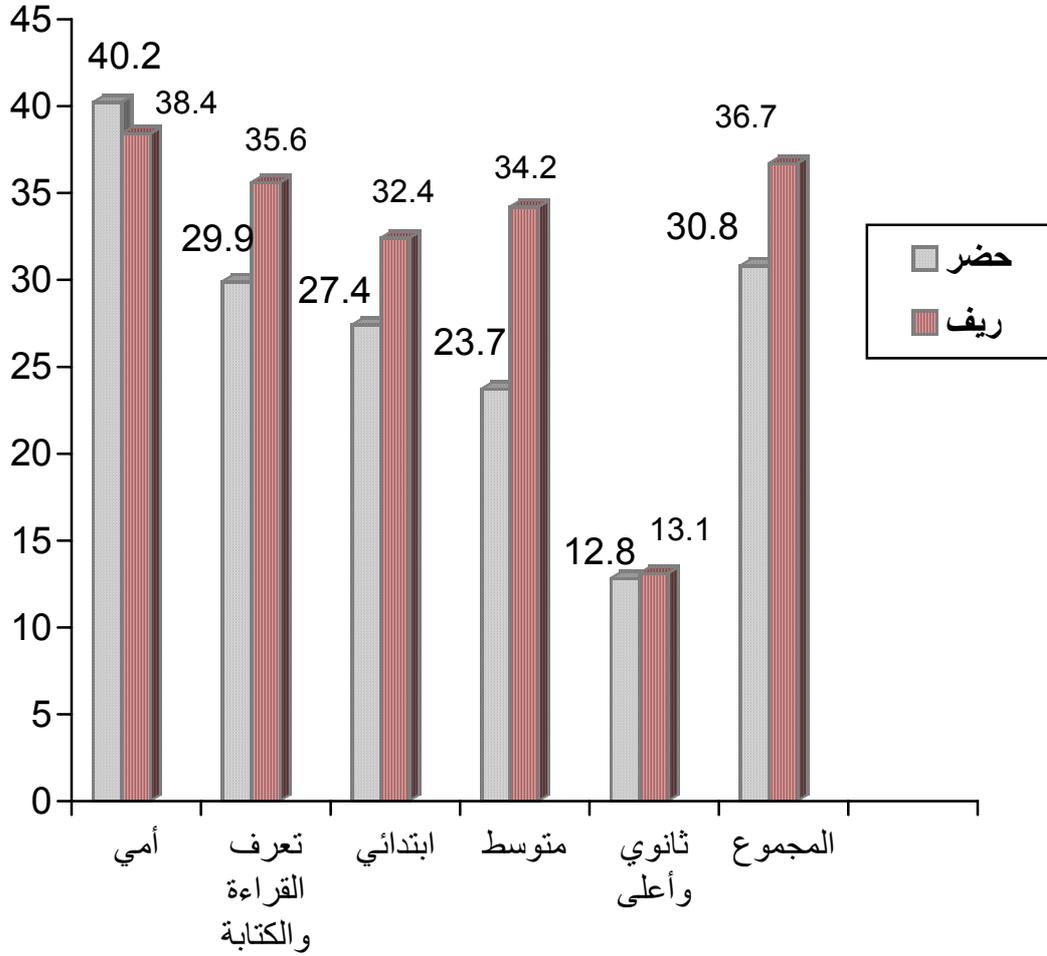
مسح 2002			مسح 1992			المستوى التعليمي		
المجموع	توجد صلة قرابة		لا توجد صلة قرابة	توجد صلة قرابة				
	صلة أخرى	ابن عم/خال		صلة قرابة	ابن عم/خال	صلة قرابة		
100.0	12.8	26.4	60.8	100.0	8.9	29.5	61.6	أمية
100.0	10.1	22.0	67.9	100.0	8.6	22.6	68.8	تعرف القراءة والكتابة
100.0	11.2	17.8	71.0	100.0	9.1	20.5	70.4	ابتدائي
100.0	10.2	15.7	74.1	100.0	12.9	20.0	67.2	متوسط أو إعدادي
100.0	3.5	9.4	87.1	100.0	7.3	14.2	78.4	ثانوي و أعلى
100.0	11.4	22.0	66.6	100.0	9.1	25.6	65.3	المجموع

المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.

يظهر من خلال هذه المعطيات بأن زواج الأقارب مازال قائما خصوصا في المناطق الريفية وبين النساء الأميات، و هذا الزواج مرتبط أكثر بابن العم أو الخال الذي شكل 25.6% من مجموع الزيجات، في حين سجل الزواج بصلة القرابة الأخرى نسبة 9.1% فقط من مجموع الزيجات سنة 1992. وخلال سنة 2002 تراجعت نسبة الزواج بابن العم أو الخال إلى 22% في حين ارتفعت نسبة الزواج بصلة القرابة الأخرى إلى 11.4% من مجموع الزيجات.

وتشير معطيات الجدول رقم 11 في الملحق رقم 2 إلى أن زواج الأقارب سنة 2002 منتشر أكثر في ولايات منطقة الجنوب الجزائري، فنسبة زواج الأقارب في كل ولايات هذه المنطقة فاقت النسبة المسجلة على المستوى الوطني (33.3%). وسجلت أكبر نسبة في كل من ولاية أدرار و تامنراست و إليزي و تندوف و بلغت 54.5% (44.1% مع ابن العم و 10.5% مع أقارب آخرون). و بالمقابل عرفت كل ولايات منطقة الوسط و ولايات منطقة الغرب الجزائري نسب أقل من النسبة الوطنية باستثناء ولاية الجلفة (49.2%) و ولاية تلمسان و سيدي بلعباس (33.9%)، في حين سجلت معظم ولايات منطقة الشرق الجزائري نسب تفوق النسبة الوطنية كولاية المسيلة (50.1%) و ولاية أم البواقي و باتنة و تبسة و خنشلة (43.9%). وتجدر الإشارة إلى أن أقل نسبة لزواج الأقارب بلغت 25.2% و سجلت في كل من ولاية وهران و عين تموشنت.

و بالنظر إلى الشكل رقم 7 الذي يربط زواج الأقارب بالمستوى التعليمي للمرأة و مكان إقامتها سنة 2002، نلاحظ بأن هذا النمط من الزواج منتشر أكثر بين النساء المقيمت في الريف وذلك في جميع المستويات التعليمية تقريبا، باستثناء النساء الأميات حيث أن هذه الفئة من النساء أقل تعرضا لزواج الأقارب (38.4%) مقارنة مع النساء الأميات القاطنات في الحضر (40.2%).



شكل رقم 7: نسب النساء غير العازبات (15-49 سنة) اللواتي تزوجن مع أحد أقاربهن حسب المستوى التعليمي ومكان الإقامة سنة 2002.

و تشير معطيات الجدول رقم 14 في الملحق رقم 2 إلى أن النساء الصغيرات في السن (15-19 سنة) أكثر تعرضا لزواج الأقارب مقارنة مع النساء في الفئات الأخرى سنة 2002.

يتضح من خلال هذه البيانات بأن زواج الأقارب منتشر أكثر بين النساء المقيمت في المناطق الريفية و النساء الأميات و الصغيرات في السن، كما أن هذه الظاهرة مست أكثر الولايات الجنوبية خصوصا ولاية أدرار و تامنراست وإليزي و تندوف إلى جانب ولاية الجلفة و ولاية المسيلة.

2.6.6. الحمل و الأمومة المبكرة

الحمل السليم أو الأقل خطورة يكون في مرحلة تصل فيها المرأة إلى النضج الجسماني والنفسي، والحمل الأول بشكل عام له متاعبه و أخطاره. فالنضج الجنسي و الوصول إلى مرحلة التبويض والحيض ليس مؤشرا سليما لبدء الإنجاب، بل يجب أن تصل المرأة إلى الاستعداد الجسماني والنفسي الكامل للإنجاب، أي أن تصل كل أعضاء الجسم إلى مرحلة الاستقرار أي أن يكتمل نموها حتى تكون قادرة على تحمل مسؤولية الإنجاب وخاصة أعضاء الجهاز التناسلي [5] ص 53.

بناء على تقارير منظمة الصحة العالمية، فإن أكثر الفترات أمانا في حياة المرأة لإنجاب الأطفال تنحصر بين 20 و 30 سنة. و توصلت الدراسات إلى أنه بعد عامين من بداية الطمث يظل للفتاة الفرصة لينمو حوضها بمعدل يتراوح بين 2% و 9% و أن يزداد طولها بمعدل 1%، وتحدث أكثر حالات الولادة المتعسرة نتيجة لعدم التناسب بين حجم رأس الطفل و حوض الأم [41] ص 25.

إن حدوث الحمل و الولادة في سن مبكرة (أقل من 20 سنة) قد يعرض الأم و الطفل إلى مخاطر صحية كثيرة نذكر منها الإجهاض، الولادة المبكرة، تسمم الحمل، التهابات الجهاز البولي، فقر الدم، الولادة المتعسرة، قصور المشيمة، نقص وزن المولود و موت الجنين في أثناء الولادة. ولهذا نجد أن احتمال وفاة الأم الأصغر من 20 سنة في أثناء الحمل و الولادة يزيد من مرتين إلى خمس مرات عن الأمهات في سن 20 إلى 30 سنة، و أن وفيات أطفال (في أثناء الحمل و الولادة وبعد الولادة مباشرة) الأمهات الأقل من 20 سنة تصل إلى ثلاث أضعاف وفيات أطفال الأمهات من سن 20 إلى 30 سنة [42] ص 27.

إن الإنجاب دون السن العشرين له اعتبارات صحية كبيرة، فالأمهات في هذه الفئة من العمر تكون عرضة لمخاطر الأمراض والوفاة بدرجة أكبر من النساء الأكبر سنا، وتكون المخاطر الصحية التي يتعرض لها أطفالهن أكبر. والجدول رقم 6- 19 يعرض لنا نسب السيدات في فئة العمر 15- 19 سنة اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول.

تشير معطيات الجدول 36 إلى أن 43.9% من النساء في فئة السن (15- 19 سنة) بدأن حياتهن الإنجابية (29.2% أمهات و 14.7% حوامل في مولودهن الأول)، و ترتفع هذه النسبة مع ارتفاع عمر السيدات، حيث بلغت 8.5% بين النساء اللواتي بلغن 16 سنة و 54% بين النساء اللواتي بلغن 19 سنة.

تتباين هذه النسب باختلاف مكان الإقامة و المستوى التعليمي للمرأة، فنسبة النساء اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول في فئة العمر 15- 19 سنة بلغت 46% في الريف مقابل 42.1% في الحضر، وقدرت بـ 51.8 % بين النساء الأميات و 22.8% بين النساء اللواتي لهن مستوى متوسط و أعلى.

جدول رقم 36: نسبة السيدات (ب %) في السن 15- 19 سنة اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول حسب خلفية المبحوثة. (مسح صحة الأسرة 2002)

المجموع	نسبة السيدات اللواتي أصبحن:		خلفية المبحوثة
	حوامل في مولودهن الأول	أمهات	
العمر			
8.5	-	8.5	16
23.6	9.8	13.8	17
42.7	14.1	28.6	18
54.0	17.9	36.1	19
مكان الإقامة			
42.1	13.8	28.3	حضر
46.0	15.7	30.3	ريف
المستوى التعليمي			
51.8	18.8	33.0	أمية
41.6	11.5	30.1	تعرفن القراءة و الكتابة
46.6	15.0	31.6	ابتدائي
22.8	11.8	11.0	متوسط و أعلى
43.9	14.7	29.2	المجموع
المصدر: مسح صحة الأسرة 2002.			

تشير هذه المعطيات إلى وجود نسبة مرتفعة من النساء في فئة السن (15- 19 سنة) اللواتي أصبحن حوامل أو أمهات (43.9%)، وللتقليل من مستوى الإنجاب في سن مبكر يجب العمل على توعية الفتيات بمخاطر الحمل و الإنجاب المبكر. وفي هذا المجال حث برنامج المؤتمر الدولي للسكان و التنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 في الفقرة 7- 46 جميع البلدان، بدعم من المجتمع الدولي، أن تحمي و تعزز حقوق المراهقين في التربية و المعلومات و الرعاية المتصلة بالصحة الجنسية و الإنجابية، وأن تخفض عدد حالات الحمل و الأمراض المنقولة جنسياً [42] ص 27.

3.6.6. الحمل في العمر المتأخر

يصبح الحمل في العمر المتأخر (بعد سن 35 سنة) أكثر خطورة، ففي هذه المرحلة تقل قدرة أجهزة الجسم التناسلية و تضعف خاصة مع تكرار الحمل و بالتالي تزيد احتمالات الإجهاض والتشوهات الخلقية أو الأمراض الوراثية لدى المواليد. كما تزداد احتمالات وفاة المولود في أثناء الولادة و بعدها و خلال السنة الأولى من عمره، وقد تتعرض الأم لعدة مضاعفات كالنزيف قبل الولادة و بعدها، تسمم الحمل، التهاب الكلى المزمن وحمى النفاس.

يعرض الجدول رقم 37 نسبة النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) والحاملات عند إجراء المسح حسب فئات السن و حسب معطيات مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992 و مسح صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 37: نسبة النساء الحاملات (بـ%) من مجموع النساء غير العازبات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب فئات السن.

سنة المسح	فئات السن						
	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
1992	33.5	27.2	19.3	11.9	10.2	4.3	0.4
2002	17.7	18.7	17.5	13.3	8.0	3.7	0.9
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.							

توضح معطيات الجدول رقم 37 نسبة الحمل الخطر، أي الحمل في سن متقدم (أقل من 20 سنة) و الحمل في سن متأخر (35 سنة وأكثر). فنسبة النساء الحاملات اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة بلغت 33.5% سنة 1992 ثم انخفضت إلى 17.7% سنة 2002. أما نسبة الحوامل في سن متأخر قدرت بـ 10.2% بين النساء في فئة السن 35-39 سنة و 4.3% في فئة السن 40-44 سنة و 0.4% في فئة السن 45-49 سنة خلال سنة 1992. و بلغت هذه النسب 8% و 3.7% و 0.9% على التوالي سنة 2002.

ولتجنب الحمل الخطر والحفاظ على صحة الأم و الطفل، يجب توعية النساء بخطورة ومضاعفات الحمل في سن متقدم و الحمل في سن متأخر من فترة الإنجاب، و حثهن على تأخير سن زواجهن حتى تكون لديهن معرفة كاملة على موضوع الحمل و الولادة و مشاكلهما.

4.6.6. تعدد الولادات

إن زيادة عدد الولادات عن خمسة يعد أحد العوامل التي تزيد خطورة الحمل. فارتفاع عدد حالات الحمل و الولادة يقلل من طاقة الجسم، ويزيد من المتاعب الصحية للأم والمولود، ويرفع نسبة حدوث فقر الدم و الإسقاطات و الولادة القيصرية و النزف و غيرها.

يتناول الجدول رقم 38 متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء غير العازبات في فئة العمر (15- 49) سنة وفئة العمر (45- 49) سنة (الخصوبة المكتملة) و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

جدول رقم 38: متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء غير العازبات (15- 49 سنة) و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (ISF) حسب خلفية المبحوثة.

المؤشر التركيبي للخصوبة العامة		متوسط عدد المواليد الأحياء				خلفية المبحوثة
		فئة النساء 45- 49 سنة		فئة النساء 15- 49 سنة		
2002	1992	2002	1992	2002	1992	
مكان الإقامة						
2.0	3.6	5.5	7.1	3.6	4.4	حضر
2.5	5.3	7.1	8.1	4.3	5.0	ريف
المستوى التعليمي						
2.6	5.6	6.9	8.0	5.0	5.7	أمية
2.3	3.8	5.6	7.0	3.8	4.1	تعرف القراءة والكتابة
2.1	3.3	4.6	6.2	2.8	3.1	ابتدائي
1.9	3.3	4.1	4.5	2.3	2.6	متوسط أو إعدادي
1.4	2.5	3.0	4.4	1.7	1.9	ثانوي وأعلى
2.4	4.4	6.2	7.8	3.9	4.7	المجموع
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.						

انخفض متوسط عدد المواليد الأحياء من 4.7 مواليد أحياء لكل امرأة غير عازبة و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) سنة 1992 إلى 3.9 مواليد أحياء لكل امرأة سنة 2002، و من 7.8 مواليد أحياء لكل امرأة في فئة العمر (45- 49) سنة إلى 6.2 مواليد أحياء لكل امرأة خلال الفترة 1992- 2002.

و يتباين متوسط عدد المواليد الأحياء باختلاف مكان الإقامة و المستوى التعليمي للمرأة. فقيمة هذا المؤشر قدرت بـ 4.4 مواليد أحياء لكل امرأة في الحضر مقابل 5 مواليد أحياء لكل امرأة

في الريف أي بفارق 0.6 نقاط سنة 1992. وخلال سنة 2002 ارتفع الفارق إلى 0.7 نقاط حيث سجلنا 3.6 مواليد أحياء لكل امرأة في الحضر و 4.3 مواليد أحياء لكل امرأة في الريف. وتنخفض هذه القيمة بصورة واضحة مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، حيث بلغت 5.7 مواليد أحياء لكل امرأة أمية و 1.9 مواليد أحياء لكل امرأة لها مستوى ثانوي و أعلى سنة 1992. وقدرت هاتين القيمتين بـ 5 مواليد أحياء و 1.7 مواليد أحياء على التوالي سنة 2002. فالفرق في قيمة هذا المؤشر بين هاتين الفئتين من النساء قدر بـ 3.8 نقاط سنة 1992 ثم انخفض إلى 3.3 نقاط سنة 2002.

كما تشير معطيات نفس الجدول إلى أن المؤشر التركيبي للخصوبة العامة يرتفع بين النساء المقيمت في الريف و النساء الأميات. فالفرق في قيمة هذا المؤشر بين الحضر و الريف بلغ 1.7 نقاط سنة 1992 ثم انخفض إلى 0.5 نقاط سنة 2002. وقدر بـ 3.1 نقطة بين النساء الأميات و النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى سنة 1992 ثم تقلص إلى 1.2 نقاط سنة 2002.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 14 في الملحق رقم 2 نلاحظ بأن قيمة المؤشر التركيبي للخصوبة العامة تختلف من ولاية إلى أخرى. فعلى سبيل المثال تراوحت قيمة هذا المؤشر بين 3.3 و 4.2 أطفال لكل امرأة في ولايات منطقة الجنوب الجزائري، وبلغت 3.8 أطفال لكل امرأة في ولاية الجلفة و 3.1 طفلا لكل امرأة في ولاية المسيلة، في حين لم تتجاوز 1.4 أطفال لكل امرأة في ولاية الجزائر، وهذه القيمة تقل عن تلك المسجلة على المستوى الوطني (2.4 أطفال لكل امرأة).

وبالنسبة للخصوبة المكتملة، أي متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء في فئة العمر (45- 49) سنة، نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم 38 بأن قيمة هذا المؤشر مرتفعة أكثر بين النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 8.1 مولود حي لكل امرأة مقابل 7.1 مولود حي لكل امرأة بين النساء المقيمت في الحضر سنة 1992، وقدرت بـ 7.1 مولود حي لكل امرأة مقابل 5.5 مواليد أحياء على التوالي سنة 2002. كما ترتفع هذه القيمة مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، حيث بلغت 8 مواليد أحياء لكل امرأة أمية مقابل 4.4 مواليد أحياء لكل امرأة لها مستوى ثانوي و أعلى سنة 1992، وقدرت بـ 6.9 مواليد أحياء مقابل 3 مواليد أحياء على التوالي سنة 2002.

وتشير معطيات الجدول رقم 15 في الملحق رقم 2 إلى أن متوسط عدد المواليد الأحياء للنساء في فئة العمر (45- 49) سنة فاق 7 مواليد أحياء لكل امرأة في بعض ولايات الوطن، حيث بلغ 7.6 مواليد أحياء لكل امرأة في كل من ولاية البويرة و المدينة و عين الدفلة و برج بوعريبرج و 7.3 مواليد أحياء لكل امرأة في ولاية المسيلة و 7.1 مولودا حيا لكل امرأة في ولاية الجلفة. وتراوحت قيمة هذا المؤشر بين 6.7 و 6.9 مواليد أحياء لكل امرأة في كل ولايات منطقة الجنوب، وهذه القيم تجاوزت القيمة المسجلة على المستوى الوطني و التي بلغت 6.2 مواليد أحياء لكل امرأة.

يتضح من خلال هذه البيانات بأن:

- النساء المقيمات في المناطق الريفية و النساء اللواتي حصلن على مستوى تعليمي دون الابتدائي هن الأكثر إنجابا، وعليه يجب توعية هذه الفئة من النساء بخطورة الإنجاب المكثف.
- ولايات منطقة الجنوب الجزائري تتميز بمؤشرات خصوبة مرتفعة مقارنة مع المؤشرات المسجلة على المستوى الوطني.
- الانخفاض المسجل في متوسط عدد المواليد الأحياء خلال الفترة 1992- 2002 مس أكثر النساء الأميات حيث بلغ 0.7 نقاط مقابل 0.3 نقاط عند بقية الفئات الأخرى.

فرغم الانخفاض المسجل في متوسط عدد المواليد الأحياء و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة خلال الفترة 1992- 2002 والذي مس أكثر النساء الأميات، ما زالت هذه المؤشرات مرتفعة خصوصا بين النساء المقيمات في المناطق الريفية و الأميات و النساء القاطنات في منطقة الجنوب الجزائري. ولخفض قيمة هذه المؤشرات يجب توعية هذه الفئات من النساء بخطورة الإنجاب المكثف على صحة الأم و الطفل.

5.6.6. قصر الفترات بين الولادات

الفترة بين المواليد هي الفترة الزمنية بين كل مولودين متتاليين، فالأطفال الذين يولدون خلال فترة قصيرة بعد المولود السابق أي خلال 24 شهرا يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض والوفاة من الأطفال الذين يولدون بعد فترة أطول. فالحمل الذي يحدث بعد فترة قصيرة من الولادة يؤثر على صحة الأم و جنينها و صحة الطفل الذي لم تستكمل رضاعته أو العناية به. ف نمو الجنين خلال فترة الحمل يستهلك جزءا من مخزون جسم الأم من المواد المختلفة كالحديد و الكالسيوم وغيرها، إضافة إلى ذلك فإن الحمل و الولادة يؤديان إلى تغير في بعض أجزاء الجسم من خلال التمدد أو الكبر أو التضخم، و هذه الأجزاء تحتاج إلى فترة مناسبة حتى تعود إلى وضعها الطبيعي.

تحتاج الأم إلى فترة تتراوح بين 3 إلى 4 سنوات بعد ولادتها حتى تصبح مستعدة لحمل جديد، أي تستعيد مخزون جسمها و تعود أعضائها التناسلية إلى وضعها الطبيعي كاملا. فإذا تكرر الحمل في فترات متقاربة فإن جسمها ينهك و تكون عرضة للمتابع الصحية كفقر الدم و لين العظام و آلام الحوض والعمود الفقري وغيرها [5] ص55. كما أن التقارب بين الولادات له أثره على الجنين فقد يكون نموه ناقصا و يولد ضعيفا و نحيفا، لذلك يجب أن تكون هناك فترة ثلاث سنوات على الأقل بين كل ولادة والتي تليها حرصا على صحة الأم و الطفل.

يعرض الجدول رقم 39 الفترة الفاصلة بين الولادتين الأخيرتين من مواليد الخمس سنوات السابقة للمسح حسب خلفية المبحوثة (مكان الإقامة و المستوى التعليمي) من خلال معطيات مسح صحة الأم و الطفل سنة 1992 و مسح صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 39: الفترة الفاصلة بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح (الولادتين الأخيرتين) حسب خلفية المبحوثة (بالأشهر).

مسح 2002					مسح 1992					خلفية المبحوثة
الفترة بالأشهر					الفترة بالأشهر					
الوسيط	المجموع	+36	-24	24>	الوسيط	المجموع	+36	-24	24>	
			35					35		
مكان الإقامة										
45.7	100.0	64.6	20.3	15.0	33.4	100.0	43.9	30.6	25.5	حضر
36.7	100.0	56.7	25.4	17.9	28.4	100.0	30.6	35.9	33.5	ريف
المستوى التعليمي										
40.7	100.0	59.1	24.2	16.7	29.7	100.0	33.3	35.3	30.8	أمية
44.8	100.0	64.7	20.3	15.0	30.5	100.0	38.2	32.9	28.9	تعرف القراءة
44.0	100.0	63.9	20.4	15.7	34.4	100.0	47.1	26.2	26.6	ابتدائي
42.5	100.0	59.0	22.8	18.2	32.2	100.0	39.2	30.4	30.4	متوسط
42.5	100.0	63.9	22.8	13.6	33.0	100.0	44.3	26.0	27.0	ثانوي وأعلى
42.3	100.0	61.0	22.7	16.4	30.4	100.0	36.3	33.6	30.1	المجموع
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.										

نلاحظ من خلال المعطيات المبينة في الجدول بأن الفترة الفاصلة بين المواليد طويلة نسبياً، حيث أن حوالي سبعة من بين عشر ولادات أي 70% تمت بعد فترة عامين على الأقل من المولود السابق له سنة 1992 ثم ارتفعت هذه النسبة إلى 83.6% سنة 2002. كما أن 61% من الولادات قد تمت بعد فترة ثلاث سنوات على الأقل من المولود السابق سنة 2002 بعد أن كانت 36.3% سنة 1992، وارتفع وسيط الفترة بين المواليد من 30.4 أشهر سنة 1992 إلى 42.3 أشهر سنة 2002 وعند تحليلنا لمعطيات الجدول حسب مكان الإقامة و المستوى التعليمي للأمهات تبين بأن:

- الفترة الفاصلة بين مواليد السيدات المقيمت في المناطق الريفية أقصر من تلك المسجلة بين السيدات المقيمت في المناطق الحضرية. فنسبة الولادات التي تمت بعد فترة ثلاث سنوات على الأقل من المولود السابق بلغت 43.9% بين النساء المقيمت في الحضر مقابل 30.6% بين المقيمت في الريف سنة 1992 أي بفارق 13.3 نقاط، و64.6% مقابل 56.7% على الترتيب سنة 2002 حيث تقلص الفارق إلى 7.9 نقاط.

- وسيط الفترة بين المواليد المسجل بين النساء المقيمت في الحضر أكبر من الوسيط المسجل بين النساء المقيمت في الريف. فقيمة هذا المؤشر بلغت 33.4 أشهر بين نساء الفئة الأولى مقابل 28.4 أشهر بين نساء الفئة الثانية سنة 1992، و 45.7 أشهر مقابل 36.7 أشهر على الترتيب سنة 2002.

- لا توجد علاقة واضحة بين المستوى التعليمي للسيدة و وسيط الفترة بين المواليد.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 16 في الملحق رقم 2 الذي تناول الفترة الفاصلة بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب فئات السن، نلاحظ بأن وسيط الفترة الفاصلة بين المواليد يزداد مع ارتفاع عمر المرأة. فأصغر فترة سجلت بين النساء في فئة السن الدنيا (15- 19 سنة) حيث بلغت 16.9 أشهر سنة 1992 و 26.7 أشهر سنة 2002، و أكبر فترة سجلت عند النساء الكبيرات في السن (45- 49 سنة) حيث بلغت 35.2 أشهر سنة 1992 و 56.9 أشهر سنة 2002. كما أن 86.4% من النساء في الفئة (15- 19 سنة) تركن فترة تقل عن 24 سنة 1992، و انخفضت هذه النسبة إلى 29.9% سنة 2002. و بالمقابل ارتفعت نسبة النساء اللواتي تركن فترة 36 شهرا و أكثر من 57.5% سنة 1992 إلى 76.5% سنة 2002.

عموما، اتضح من خلال هذه المعطيات بأن غالبية الولادات (61%) تمت بعد فترة مباحة مقبولة (36 شهرا وأكثر)، و تمت 16.4% من الولادات بعد الولادة السابقة بفترة قصيرة، أي خلال فترة تقل عن 24 شهرا سنة 2002.

خلاصة الفصل

تبين من خلال ما تقدم بأن مستوى تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل سجل ارتفاعا ملحوظا خلال الفترة 1992-2002، في حين بقي مستوى الرعاية الصحية بعد الوضع ضعيفا، ويرجع ذلك إلى عدة أسباب نذكر من أهمها ارتفاع تكلفة الخدمات المقدمة وعدم وتوافرها وغياب المشاكل الصحية التي تستدعي الفحص والعلاج الطبي. كما تبين بأن 36.5% من السيدات عانت من مضاعفات أثناء الحمل و 21.6% من مضاعفات عند الوضع و 23.5% من مضاعفات بعد الوضع سنة 2002. وهذه المضاعفات مست أكثر النساء الأقل من 20 سنة، ويرجع ذلك إلى الإنجاب المبكر حيث أن 43.9% من النساء أصبحن حوامل أو أمهات و سنهن لا يتجاوز 20 سنة. ومن العوامل الأكثر تأثيرا على صحة الأمهات نجد تعدد الولادات و زواج الأقارب، فهاتين الظاهرتين منتشرتان أكثر في منطقة الجنوب الجزائري، و بشكل خاص بين النساء الأميات و النساء المقيمات في الريف.

الفصل 7

استعمال وسائل تنظيم الولادات

تمهيد

لم تولي الجزائر اهتماما كبيرا بموضوع تنظيم الولادات، ولا توجد بها سياسات معلنة وبرامج وطنية مستقلة لتنظيم الأسرة، لكن لها نشاطات فعالة و ملموسة موجهة لتخفيض الخصوبة مدرجة في برامج رعاية الأمومة و الطفولة أو الجمعيات الأهلية لتنظيم الأسرة. ففي سنة 1983 سطرت الحكومة برنامجا للتحكم في النمو السكاني السريع، وكان من محاوره توعية السكان بأهمية استعمال وسائل منع الحمل خصوصا في المناطق الريفية بهدف التحكم في الخصوبة.

وبعد انعقاد المؤتمر العالمي حول السكان و التنمية بالقاهرة سنة 1994، اعتمد تنظيم الولادات كمركز أساسي من مرتكزات الصحة الإنجابية. وذلك لأن استعمال وسائل منع الحمل يحافظ على صحة الأمهات من خلال الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه، الذي قد يؤدي إلى الإجهاض غير الآمن مما يعرض الأم إلى الوفاة. كما أن خفض عدد حالات الحمل و المباشرة بين الولادات، يؤديان إلى خفض وفيات الأمهات من خلال خفض عدد مرات الحمل و إطالة الفترات بين حمل و آخر التي تعرض المرأة لمخاطر الحمل و الولادة.

سنتناول في هذا الفصل مستوى المعرفة بوسائل منع الحمل و الطرق المستخدمة و معدل استعمالها. ونحاول الكشف عن العوامل التي تتحكم في استعمالها، وتحديد مصدر الحصول على الوسيلة المستخدمة و قرار استعمالها و اختيارها، و دراسة موقف الأزواج من استعمالها و غيرها.

1.7. مستوى المعرفة بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل

إن المعرفة بوسائل تنظيم الولادات هو الأساس في عملية اتخاذ القرار اتجاه استخدام وسائل منع الحمل و تحديد نوع الوسيلة التي سيتم استخدامها. و يتم تحديد مستوى أو نسبة المعرفة بأساليب و وسائل منع الحمل من قبل النساء اللواتي مسهن المسح بطريقتين مختلفتين:

* الطريقة الأولى: وفيها نطلب من النساء المستجوبات تسمية أو ذكر جميع طرق منع الحمل التي تعرفنها دون مساعدة، و تسمى المعرفة في هذه الحالة بالمعرفة التلقائية.

* الطريقة الثانية: وفيها نذكر كل طرق منع الحمل للمستجوبة ثم نطلب منها تحديد الطرق التي تعرفها، و تسمى المعرفة في هذه الحالة بالمعرفة بعد الوصف.

تعد الطريقة الثانية الأفضل لأنها تقضي على عامل النسيان، فعدم تقديم أو ذكر أساليب وطرق منع الحمل المختلفة للمستجوبة لا يمكننا من تقدير المستوى الحقيقي للمعرفة بهذه الوسائل والطرق. فمعطيات الجدول رقم 40 الذي يعرض نسبة السيدات غير العازبات اللواتي تعرفن على الأقل طريقة واحدة من طرق منع الحمل تم جمعها باستخدام الطريقتين معا، حيث تم استجواب السيدات عن وسائل منع الحمل التي سمعن عنها و تم تسجيل جميع الوسائل التي تم ذكرها على أنها وسائل تعرفها المستجوبة (معرفة تلقائية). وفي حالة فشل المستجوبة في ذكر أي من الوسائل و الطرق الموجودة في الاستمارة تقوم الباحثة بوصف الوسيلة ثم تطلب منها إذا ما كانت قد سمعت عنها، و بالنسبة للوسائل التي تعرفت عنها السيدة بعد الوصف يتم تسجيلها أيضا على أنها تعرفها (معرفة بعد الوصف).

توضح بيانات الجدول رقم 40 أن 99.2% من النساء غير العازبات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) تعرفن على الأقل وسيلة ما من وسائل منع الحمل سنة 1992، ارتفعت هذه النسبة إلى 99.9% سنة 2002.

يتباين مستوى المعرفة باختلاف الطريقة و نوع الوسيلة، فنسبة النساء اللواتي تعرفن على الأقل طريقة حديثة بلغت 98.5% سنة 1992 ثم ارتفعت إلى 99.9% سنة 2002. تأتي الحبوب في مقدمة هذه الطرق بـ 98.3% ثم اللولب بـ 86.1% ثم الحقن بـ 67.5%، وارتفعت هذه النسب إلى 99.9% و 94.2% و 71.6% على التوالي سنة 2002. في حين مستوى المعرفة بالوسائل الحديثة الأخرى أقل مقارنة مع الوسائل المذكورة، فمثلا نسبة السيدات اللواتي تعرفن تعقيم النساء (ربط الأنابيب الرحمية) و الواقي الذكري بلغت 60.5% و 49.8% على التوالي سنة 1992،

وقدرت هاتين النسبتين بـ 63.7% و 69.3% على التوالي سنة 2002، و مستوى المعرفة بالغرز لم يتعدى 20.5% سنة 2002.

جدول رقم 40: نسبة السيدات (بـ%) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي

يعرفن وسيلة ما من وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة.

نوع الوسيلة المعروفة	مسح 1992	مسح 2002
الحبوب	98.3	99.9
اللؤلؤ	86.1	94.2
الحقن	67.5	71.6
الواقي الذكري	49.8	69.3
تعقيم النساء	60.5	63.7
تعقيم الرجال	9.6	24.6
الغرز	-	20.5
وسيلة حديثة	98.5	99.9
فترة الأمان	49.7	76.0
العزل	44.1	67.6
الرضاعة الطبيعية	80.0	85.0
وسيلة تقليدية	84.6	99.9
على الأقل وسيلة	99.2	99.9

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

يقف مستوى المعرفة بالطرق التقليدية عن المستوى المسجل بالنسبة للطرق الحديثة. فنسبة المستجوبات اللواتي تعرفن على الأقل طريقة تقليدية قدرت بـ 84.6% سنة 1992 ثم ارتفعت إلى 99.9% سنة 2002. تعد إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، كوسيلة لتباعد الولادات، أكثر الوسائل التقليدية معرفة بـ 85% سنة 2002 بعد أن كانت 80% سنة 1992، تليها فترة الأمان بـ 76% ثم العزل بـ 67.6% سنة 2002.

2.7. تطور معدل استخدام وسائل منع الحمل

تختلف طريقة حساب معدل استخدام وسائل منع الحمل من بلد لآخر و من مسح إلى آخر، فهناك بلدان تدرج تعقيم النساء و الرضاعة الطبيعية الممددة ضمن وسائل منع الحمل في حين لا تعتبر وسيلتين لمنع الحمل في بلدان أخرى. وقد يحسب هذا المعدل على أساس النساء المتزوجات عند إجراء المسح أو النساء غير العازبات أو النساء المتزوجات و غير الحاملات عند إجراء المسح. و قد يأخذ سن الإنجاب المجالين 15- 49 سنة أو 15- 45 سنة.

1.2.7. تطور معدل الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل

تم حساب معدل الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل المعتمد في الدراسة بقسمة عدد النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، اللواتي سبق لهن استعمال وسيلة ما من وسائل منع الحمل وقتا معيناً خلال فترة الإنجاب، بما فيها تعقيم النساء و الرضاعة الطبيعية الممددة، على مجموع النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة).

يعرض الجدول رقم 41 مستوى الاستخدام السابق لوسائل منع الحمل بين السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، و ذلك من خلال معطيات مسح صحة الأم و الطفل لسنة 1992 و مسح صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 41: نسبة السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي سبق لهن استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة.

نوع الوسيلة المستخدمة سابقا	مسح 1992	مسح 2002
الحبوب	64.1	74.6
اللولب	6.3	9.2
الحقن	1.3	2.4
الواقي الذكري	3.4	6.8
تعقيم النساء	1.1	-
طرق أخرى	2.3	3.1
وسيلة حديثة	66.5	76.0
فترة الأمان	6.0	8.7
العزل	5.9	7.0
الرضاعة الطبيعية	18.1	10.1
طرق أخرى	1.6	0.5
وسيلة تقليدية	26.7	24.0
على الأقل وسيلة	74.9	77.9

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

ارتفع مستوى الاستخدام السابق لوسائل منع الحمل من قبل السيدات السابق لهن الزواج من 74.9% سنة 1992 إلى 77.9% سنة 2002. مس هذا الارتفاع أكثر الوسائل الحديثة حيث ارتفع مستوى الاستخدام السابق لها من 66.5% سنة 1992 إلى 76.0% سنة 2002 مسجلة فارق قدره

9.5 نقاط. و يرجع ذلك إلى ارتفاع استعمال الحبوب حيث انتقل معدل استخدامها السابق من 64.1% سنة 1992 إلى 74.6% سنة 2002، كما عرف معدل الاستخدام السابق للوسائل الحديثة الأخرى ارتفاعا لكن بنسبة أقل. وبالمقابل عرف مستوى الاستعمال السابق للوسائل التقليدية تراجعاً من 26.7% سنة 1992 إلى 24% سنة 2002. و يرجع ذلك إلى تراجع مستعملات الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل من 18.1% سنة 1992 إلى 10.1% سنة 2002.

و عند مقارنة معطيات الجدول رقم 41 بمعطيات الجدول رقم 40 الخاص بمستوى المعرفة بوسائل منع، نلاحظ عدم الاتساق الموجود بين مستوى الوعي بوسائل منع الحمل و مستوى استخدامها. ففي سنة 2002 قدرت نسبة النساء غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرفن على الأقل وسيلة ما من وسائل منع الحمل بـ 99.9%، في حين قدرت نسبة الاستعمال السابق لهذه الوسائل من قبل هذه الفئة من النساء 77.9%. هذه الملاحظة تدعو إلى البحث عن الأسباب التي جعلت المرأة تمتنع عن استخدام وسائل منع الحمل.

2.2.7. تطور معدل الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل

يعتبر الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل أحد المحددات الأساسية للإنجاب و أحد المقاييس الأساسية لتقييم نجاح برامج تنظيم الأسرة.

تم حساب معدل الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل المبين في الجدول رقم 42 بقسمة عدد النساء المتزوجات عند إجراء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل، بما فيها تعقيم النساء و الرضاعة الطبيعية الممددة، على عدد النساء المتزوجات عند تاريخ الملاحظة. و تجدر الإشارة إلى أن المعدل المحسوب سنة 1986 لم يعتبر الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل أو لتباعد الولادات.

تبين معطيات الجدول رقم 42 تطور معدل استخدام وسائل منع الحمل حسب الطرق المستعملة خلال الفترة 1986- 2002. فبعد أن كان معدل الاستخدام 35.5% سنة 1986 ارتفع إلى 50.7% سنة 1992 ثم إلى 57.0% سنة 2002.

أما عن نوع الوسائل المستخدمة خلال الفترة 1986- 2002، نلاحظ بأن استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر يقوم أساساً على استخدام الحبوب، فنسبة مستخدميها بلغت 26.1% سنة 1986 ثم ارتفعت إلى 46.8% سنة 2002، وبذلك احتلت هذه الوسيلة المرتبة الأولى بنسبة 82.1% من مجموع الوسائل المستخدمة سنة 2002. كما عرف معدل استخدام اللولب ارتفاعاً طفيفاً خلال نفس الفترة، فبعد أن كان معدل استخدامه 2.1% سنة 1986 ارتفع إلى 3.1% سنة

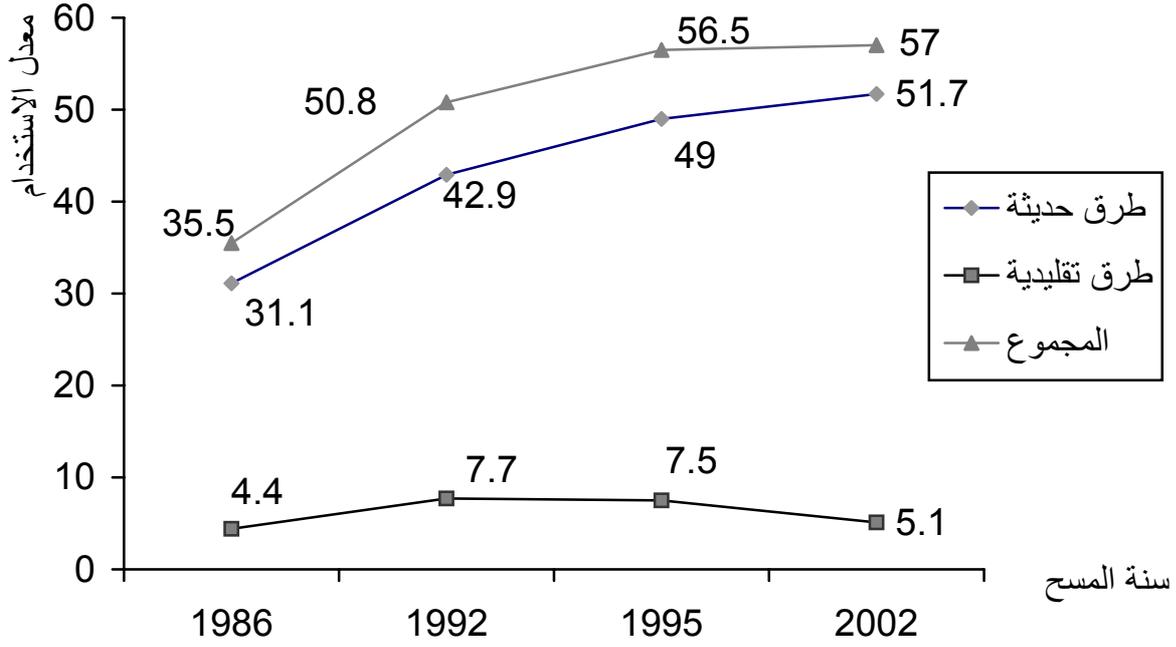
2002. و في المقابل عرف معدل استخدام الطرق التقليدية تراجعاً، فبعد أن كان معدل استعمالها 7.7% سنة 1992 انخفض إلى 5.1% سنة 2002. ويرجع ذلك إلى تراجع استعمال الرضاعة الطبيعية الممددة من 4.4% سنة 1992 إلى 0.9% سنة 2002.

جدول رقم 42: تطور معدل استخدام وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات عند إجراء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب الوسيلة المستخدمة خلال الفترة 1986- 2002.

معدل استخدام وسائل منع الحمل				نوع الوسيلة
مسح 2002	مسح 1995	مسح 1992	مسح 1986	
46.8	43.4	38.7	26.1	الحبوب
3.1	4.1	2.4	2.1	اللولب
-	0.8	0.7	0.5	الواقى
-	0.04	0.2	0.6	الحقن
1.8	0.3	0.9	1.5	طرق أخرى حديثة
51.7	49.0	42.9	31.1	طرق حديثة
0.9	4.4	4.0	-	الرضاعة الطبيعية
2.2	2.4	1.7	0.6	فترة الأمان
1.7	0.6	1.8	3.1	العزل
0.7	0.1	0.2	0.7	طرق أخرى تقليدية
5.1	7.5	7.7	4.4	طرق تقليدية
0.2	-	0.1	-	غير مبيّن
57.0	56.5	50.7	35.5	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول الخصوبة عام 1986. مسح منتصف العشرية حول صحة الأم والطفل عام 1995. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

عموما يرجع ارتفاع مستوى استخدام وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986- 2002 إلى ارتفاع مستوى استخدام الطرق الحديثة. و الشكل رقم 8 يبين التطور الحاصل في معدل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل خلال الفترة المذكورة.



شكل رقم 8: تطور معدل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل خلال الفترة 2002-1986.

رغم الارتفاع الذي عرفه معدل استعمال وسائل منع الحمل، فإنه لم يصل إلى المستوى المنتظر من قبل الحكومة من خلال تحديدها لأهداف وأولويات الفترة 1999-2005. ونذكر من أهمها رفع نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة إلى 60.0%، وذلك برفع مستوى استخدام اللولب إلى 20% و استخدام الحقن و إدماج طريقة الغرز لتصل نسبة استعمالهما 10% سنة 2000، حيث أن معدل استخدام اللولب لم يتجاوز 3.1% خلال سنة 2002. و بقيت الحبوب الوسيلة المفضلة عند معظم النساء، فنسبة مستعملاتها بلغت 46.8% في حين استعملت الوسائل الحديثة الأخرى بما فيها الحقن و الغرسات الهرمونية بنسبة 1.8% خلال نفس السنة.

3.7. الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية

1.3.7. الاستعمال الحالي حسب المتغيرات الاجتماعية

1.1.3.7. الاستعمال الحالي حسب المستوى التعليمي

تشير بيانات الجدول رقم 43 إلى أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع أكثر بين النساء المتعلّقات و ذلك مهما كان نوع الوسيلة المستخدمة (حديثة أو تقليدية). فمثلا الفرق في نسبة الاستخدام بين النساء الأميات و اللواتي لديهن مستوى ابتدائي بلغ 14.1 نقطة (51.4% لدى النسوة اللواتي حصلن على مستوى ابتدائي و 37.3% لدى الأميات) سنة 1992 ثم تقلص إلى 4.8 نقاط (53.7% مقابل 48.9% على التوالي) سنة 2002.

جدول رقم 43: نسبة السيدات المتزوجات (بـ%) أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)

المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و المستوى التعليمي.

نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002 (بـ) (%)			2002				1992				المستوى التعليمي
وسيلة وسيلة	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	أية وسيلة	غير مبين	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	أية وسيلة	غير مبين	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	
20.5	43.1 -	31.1	52.9	0.3	3.7	48.9	43.9	0.0	6.5	37.3	أمية
0.0	38.5 -	7.1	59.3	0.3	5.9	53.1	59.3	0.1	9.6	49.6	تقرأ وتكتب
1.0 -	34.4 -	4.5	59.8	0.3	5.9	53.7	60.4	0.0	9.0	51.4	ابتدائي
0.8	27.7 -	5.2	62.9	0.0	6.0	56.9	62.4	0.0	8.3	54.1	متوسط
4.5	12.9 -	7.9	58.3	0.2	8.8	49.0	55.8	0.0	10.1	45.7	ثانوي و أعلى
12.4	31.2 -	20.5	57.0	0.2	5.1	51.7	50.7	0.1	7.7	42.9	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

إن الارتفاع الحاصل في مستوى استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة المذكورة، ناتج عن الارتفاع في استخدام الوسائل الحديثة و الذي مس أكثر النساء الأميات بـ31.1% مقابل 4.5% عند النساء اللواتي حصلن على مستوى ابتدائي. وبالمقابل عرف مستوى استخدام الوسائل التقليدية تراجعاً عند كل النساء و ذلك مهما كان مستواهن التعليمي خاصة النساء الأميات.

ونفس التراجع الحاصل في مستوى استخدام وسائل منع الحمل التقليدية (31.2%) و ارتفاع مستوى استعمال الوسائل الحديثة (20.5%) المسجل خلال الفترة 1992-2002، و الذي مس

بالدرجة الأولى النساء الأميات، بانتشار وعي النساء بأهمية استعمال وسائل منع الحمل الحديثة في تجنب الحمل غير المرغوب فيه و المبادعة بين الولادات، كونها وسائل فعالة و سهلة الاستخدام.

2.1.3.7. الاستعمال الحالي حسب مكان الإقامة

يتباين مستوى استخدام وسائل منع الحمل باختلاف مكان الإقامة، فمعطيات الجدول رقم 44 تبين الفوارق المسجلة في معدل الاستعمال بين الواسطين الريفي و الحضري.

جدول رقم 44: نسبة السيدات المتزوجات (بـ %) أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)

المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة المستعملة و مكان الإقامة.

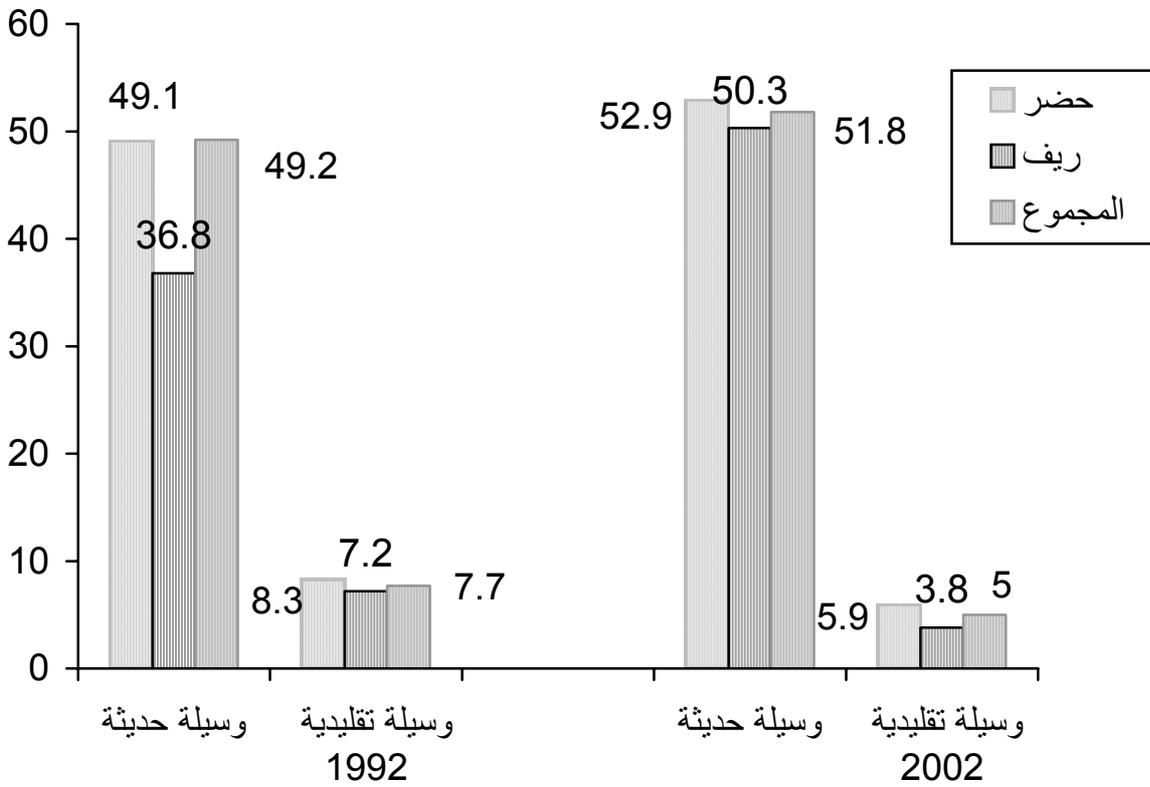
نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002 (بـ %)			2002			1992			مكان الإقامة
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
20.9	36.6	8.4	46.8	47.1	46.6	38.7	34.4	43.0	الحبوب
29.2	58.3	14.3	3.1	1.9	4.0	2.4	1.2	3.5	اللولب
5.6	8.3	11.5 -	1.9	1.3	2.3	1.8	1.2	2.6	وسائل أخرى حديثة
20.5	36.7	7.7	51.7	50.3	52.9	42.9	36.8	49.1	وسيلة حديثة
77.5 -	80.0 -	70.0 -	0.9	1.0	0.9	4.0	5.0	3.0	الرضاعة الطبيعية
29.4	37.5	11.1	2.2	1.1	3.0	1.7	0.8	2.7	فترة الأمان
0.0	15.4	11.6 -	1.7	1.5	1.9	1.7	1.3	2.2	العزل
33.3 -	100.0	75.0 -	0.2	0.2	0.1	0.3	0.3	0.4	وسائل أخرى تقليدية
31.2 -	47.2 -	28.9 -	5.1	3.8	5.9	7.7	7.2	8.3	وسيلة تقليدية
100.0	300.0	100.0	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	غير مبين
12.4	23.6	2.6	57.0	54.5	59.0	50.7	44.1	57.5	أية وسيلة

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

ترتفع نسبة استعمال وسائل منع الحمل بين النساء المقيمت في الحضر حيث بلغت 57.5% مقابل 44.1% بين النساء المقيمت في الريف سنة 1992 أي بفارق 13.4 نقاط. وفي سنة 2002 تقلص الفارق إلى 4.5 نقاط حيث بلغت نسبة الاستعمال 59.0% في الوسط الحضري و 54.5% في الوسط الريفي. والتقارب في مستوى استعمال وسائل منع الحمل بين الواسطين سنة 2002، راجع إلى ارتفاع معدل استخدام الوسائل الحديثة بين النساء المقيمت في الريف من 36.8% سنة 1992

إلى 50.3% سنة 2002، مسجلة زيادة قدرها 36.7% خلال الفترة 1992-2002 مقابل 7.7% فقط في الحضر.

أما عن نوع الوسائل المستخدمة، نجد بأن الحبوب هي الوسيلة الأكثر استخداماً سواء في الحضر أو الريف، فنسبة مستعملاتها بلغت 47.1% بين النساء المقيمت في الريف و 46.6% بين النساء المقيمت في الحضر سنة 2002. و سجلنا خلال الفترة 1992-2002 ارتفاعاً في استخدام الحبوب واللؤلؤ وفترة الأمان، و تراجعاً في استعمال الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتباعد الولادات خاصة في المناطق الريفية. والشكل رقم 9 يبين بوضوح التباين في مستوى استعمال وسائل منع الحمل بين الريف و الحضر.



شكل رقم 9: نسب السيدات المتزوجات أثناء المسح وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة و مكان الإقامة.

هذه النسب لها دلالات اجتماعية و ثقافية هامة تعبر عن حدوث تجديد في وعي المرأة الريفية أي تغيير في الأفكار و الاتجاهات و التصورات المعرفية التي تحملها اتجاه تنظيم الولادات.

3.1.3.7. الاستعمال الحالي حسب منطقة السكن

يتناول الجدول رقم 45 استعمال وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة و منطقة السكن. فخلال سنة 1992، بينت معطيات الجدول تناقص استعمال وسائل منع الحمل كلما انتقلنا من الغرب إلى الجنوب مرورا بالوسط ثم الشرق. بلغت هذه النسب 55% في الغرب و 50.3% في الوسط و 48% في الجنوب و 46.5% في منطقة الشرق. وخلال سنة 2002، احتلت منطقة الغرب المرتبة الأولى بمعدل استعمال قدر بـ 63.4% تليها منطقة الوسط بـ 57% ثم منطقة الشرق بـ 56.7% و أخيرا منطقة الجنوب بـ 45.4%. فالفجوة الموجودة في نسب الاستعمال بين منطقة الغرب و منطقة الجنوب والتي بلغت 7 نقاط سنة 1992 ارتفعت إلى 18 نقطة سنة 2002.

جدول رقم 45: نسبة السيدات المتزوجات (بـ %) أثناء المسح و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و منطقة السكن.

نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002 (بـ) (%)		2002					1992					منطقة السكن
وسيلة حديثة	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة										
13.3	16.7 - 19.1	57.0	0.1	6.5	50.4	50.3	0.2	7.8	42.3	الوسط		
15.3	59.2 - 22.6	63.4	0.4	2.2	60.8	55.0	0.0	5.4	49.6	الغرب		
21.9	26.3 - 31.2	56.7	0.2	5.6	50.9	46.5	0.1	7.6	38.8	الشرق		
5.4 - 65.5	20.5	45.4	0.3	5.1	40.0	48.0	0.0	14.8	33.2	الجنوب		
12.4	33.8 - 20.5	57.0	0.2	5.1	51.7	50.7	0.1	7.7	42.9	المجموع		

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

وتجدر الإشارة إلى أن منطقة الجنوب الجزائري سجلت تراجعا في معدل استخدام وسائل منع الحمل بنسبة 5.4% خلال الفترة 1992- 2002، ويرجع ذلك إلى تراجع استعمال الوسائل التقليدية من 14.8% سنة 1992 إلى 5.1% سنة 2002. وعرفت المناطق الأخرى ارتفاعا في معدلاتها خلال الفترة المذكورة خصوصا في منطقة الشرق الجزائري، فنسبة الزيادة في معدل استخدام وسائل منع الحمل في هذه المنطقة بلغت 21.9% مقابل 15.3% في منطقة الغرب و 13.3% في منطقة الوسط.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 17 في الملحق رقم 2 نلاحظ بأن معدل استخدام وسائل منع الحمل المسجل سنة 2002 يختلف من منطقة سكنية ومن ولاية إلى أخرى. فكل ولايات المنطقة الجنوبية سجلت معدل استخدام أقل من المعدل الوطني (57%). وبالمقابل سجلت كل ولايات المنطقة الغربية و معظم ولايات منطقة الوسط و الشرق معدلا فاق المعدل الوطني. فأكبر معدل بلغ 65.2%

وسجل بين النساء المقيمات في ولاية وهران و تلمسان و سيدي بلعباس و عين تموشنت، وبلغ أضعف معدل 32% و سجل بين النساء المقيمات في كل من ولاية أدرار و تامنراست و إليزي و تندوف. و لرفع معدل استخدام وسائل منع الحمل في هذه الولايات يجب توعية سكانها بأهمية تنظيم الأسرة و توفير وسائل منع الحمل المختلفة و بأقل تكلفة.

2.3.7. الاستعمال الحالي حسب المتغيرات الديموغرافية

1.2.3.7. الاستعمال الحالي حسب فئات السن

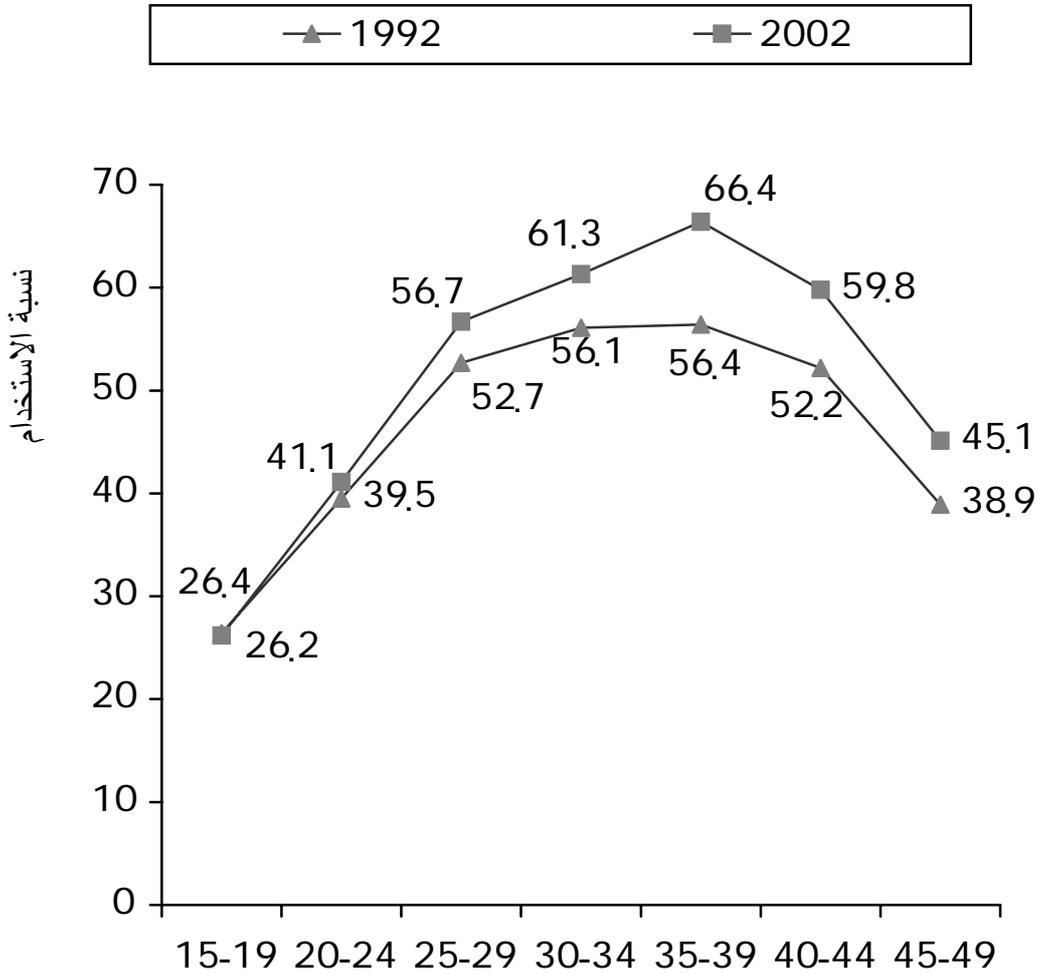
تشير بيانات الجدول رقم 46 إلى أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع كلما ارتفع عمر المرأة و تبلغ ذروتها بين النساء في فئة العمر 35-39 سنة ثم تنخفض بين النساء في الفئتين المواليتين. فأضعف نسبة سجلت بين النساء في فئة العمر 15-19 سنة حيث بلغت 26.4% سنة 1992 و 26.2% سنة 2002، في حين سجلت أكبر نسبة بين النساء في فئة العمر 35-39 سنة حيث بلغت 56.4% سنة 1992 و 66.4% سنة 2002.

جدول رقم 46: نسبة السيدات المتزوجات (ب) أثناء المسح و في سن الإنجاب (15-49 سنة)
المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة و فئات السن.

نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002 (ب) (%)			2002				1992				فئات السن
أية وسيلة	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	أية وسيلة	غير مبين	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	أية وسيلة	غير مبين	وسيلة تقليدية	وسيلة حديثة	
0.7 -	61.5	2.8 -	26.2	0.0	2.1	24.1	26.4	0.0	1.3	25.1	19 -15
4.0	33.3 -	8.3	41.1	0.2	3.0	37.9	39.5	0.0	4.5	35.0	24 -20
7.6	30.8 -	12.5	56.7	0.2	4.5	52.0	52.7	0.0	6.5	46.2	29 -25
9.3	55.0 -	24.6	61.3	0.2	4.9	56.2	56.1	0.1	10.9	45.1	34 -30
17.7	38.5 -	28.6	66.4	0.1	5.6	60.7	56.4	0.1	9.1	47.2	39 -35
14.6	42.3 -	25.2	59.8	0.2	4.9	54.7	52.2	0.0	8.5	43.7	44 -40
15.9	31.2	13.3	45.1	0.5	6.3	38.3	38.9	0.3	4.8	33.8	49 -45
12.4	33.8 -	20.5	57.0	0.2	5.1	51.7	50.7	0.1	7.7	42.9	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

إن الارتفاع الحاصل في مستوى استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1992-2002، ناتج عن الارتفاع في استخدام الوسائل الحديثة والذي مس بشكل العام كل النساء اللواتي بلغت أعمارهن 20 سنة وأكثر، وبشكل خاص النساء التي تتراوح أعمارهن بين 30 و 45 سنة. بينما استعمال وسائل منع الحمل التقليدية عرف تراجعاً بين النساء في أغلب فئات السن المختلفة باستثناء النساء في فئتي السن 15-19 سنة و 45-49 سنة. والشكل رقم 10 يبين مستوى استخدام وسائل منع الحمل بين النساء حسب فئات السن المختلفة.



شكل رقم 10 :

يوضح الشكل المبين أعلاه بأن معدل استخدام وسائل منع الحمل سنة 2002 اتبع نفس المسار الذي سلكه سنة 1992، حيث أن معدل الاستخدام يقل عند النساء الصغيرات في السن ثم يرتفع مع ارتفاع عمر المرأة ليبلغ ذروته في فئة السن 35-39 سنة ثم ينخفض عند النساء الأكبر سناً. فالمرأة في السنوات الأولى من حياتها الزوجية ترغب في تشكيل عائلة أي إنجاب طفلها الأول،

ولتبرهن كذلك على قدرتها على الإنجاب وهذا ما يفسر استعمال وسائل منع الحمل عند مستوى منخفض بين نسوة فئة الأعمار الأولى. كما أن انخفاض نسوة الاستعمال بين النسوة المتقدمات في السن (45- 49 سنة) مقارنة بفئات السن الأخرى (25- 44 سنة) راجع إلى القرب من سن اليأس الذي يصيب النسوة بعد هذه الأعمار.

2.2.3.7. الاستعمال الحالي حسب عدد الأطفال الأحياء

تبين معطيات الجدول رقم 47 الارتباط الموجود بين عدد الأطفال الأحياء واستعمال وسائل منع الحمل. عموما فإن معدل الاستعمال يرتفع كلما ارتفع عدد الأطفال الأحياء، باستثناء النساء اللواتي لهن 5 أطفال وأكثر. فهذه الفئة من النساء يستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة أقل من تلك المسجلة بين النساء اللواتي لهن 4 أطفال (54.7% مقابل 62.6% على التوالي سنة 1992 و 59.1% مقابل 69.9% سنة 2002). وقد يرجع ذلك إلى أن أعمار هذه الفئة من النساء تقارب سن اليأس وبالتالي لا ترى ضرورة لاستعمال وسائل منع الحمل.

جدول رقم 47: نسبة السيدات المتزوجات (بـ%) أثناء المسح وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة وعدد الأطفال الأحياء.

نسبة التغير خلال الفترة 1992-2002 (بـ%)	2002	1992	عدد الأطفال الأحياء
أية وسيلة	أية وسيلة	أية وسيلة	
7.0	4.6	4.3	0
29.8	51.8	39.9	1
13.1	65.7	58.1	2
23.8	67.1	54.2	3
11.7	69.9	62.6	4
8.0	59.1	54.7	+5
12.4	57.0	50.7	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

فالتباين في مستوى استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء واضحاً، فمثلاً الفجوة في معدل الاستخدام بين النساء اللواتي لديهن طفلاً واحداً والنساء اللواتي لديهن 4 أطفال عند

بلغت 22.7 نقط سنة 1992 ثم تقلصت إلى 18.1 نقطة سنة 2002. وذلك نتيجة الزيادة المسجلة في معدل الاستخدام خلال الفترة 1992-2002 بين النساء اللواتي لهن طفلا واحدا والتي بلغت 29.8% مقابل 11.7% بين النساء اللواتي لهن 4 أطفال.

4.7. مصادر الحصول على الوسيلة المستخدمة

يعتبر مصدر الحصول على وسائل منع الحمل عنصر هام يعكس مدى مشاركة المراكز المعنية بتوفير وسائل منع الحمل على المستوى الوطني، و التعرف على هذا المصدر يساعد في تقييم مدى فعالية القطاع العمومي و الخاص في نشر وسائل تنظيم الأسرة.

تشير معطيات الجدول رقم 48 إلى الدور الذي لعبه القطاع الخاص في توفير وسائل منع الحمل. ففي سنة 1992 قدرت مساهمة القطاع العام بـ 45.9% ثم انخفضت إلى 24.1% سنة 2002، وفي المقابل ارتفعت مساهمة القطاع الخاص من 52.9% سنة 1992 إلى 73.6% سنة 2002.

جدول رقم 48: توزيع النساء المستخدمات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب مصادر الحصول على الوسيلة أو الخدمة (ب %).

الوسيلة المستخدمة									مصادر الوسيلة المستخدمة
2002				1992					
مجموع الوسائل	الواقى الذكري	اللؤلؤ	الحبوب	مجموع الوسائل	الحقن	الواقى الذكري	اللؤلؤ	الحبوب	
24.1	6.1	62.9	21.9	45.9	16.7	18.1	73.0	43.9	مصدر عام
3.8	0.0	11.2	3.4	9.2	16.7	0.0	12.5	7.3	مستشفى
20.3	6.1	51.7	18.5	36.6	0.0	18.0	60.4	36.5	مصحة/مركز صحي عام
73.6	92.4	36.2	75.7	52.9	83.3	77.4	27.0	55.2	مصدر خاص
5.6	6.4	34.5	3.6	4.4	66.7	0.0	27.0	2.9	طبيب/مصحة خاصة
68.0	86.0	1.7	72.1	48.4	16.7	77.4	0.0	52.3	صيدلية
0.7	0.0	0.0	0.7	0.5	0.0	0.0	0.0	0.4	أخرى
1.6	1.4	0.9	1.6	0.8	0.0	4.5	0.0	0.6	غير مبين
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

إذا أخذنا طبيعة الوسيلة المستخدمة ومصدرها في الحسبان، نلاحظ بأن القطاع الخاص ساهم أكثر في توفير الوسائل التي لا تتطلب تدخلا طبيا كالحبوب و الواقى الذكري. وفي هذا المجال

ساهمت الصيدليات في توفير الحبوب بـ 52.3% و الواقيات بـ 77.4% سنة 1992، وارتفعت هاتان النسبتان إلى 72.1% و 86.0% على التوالي سنة 2002. أما القطاع العام ساهم أكثر في توفير الوسائل التي تتطلب تدخلا طبيا كتركيب اللولب، وفي هذا المجال بلغت مساهمة المراكز والمصحات العامة بـ 60.4% سنة 1992 و 51.7% سنة 2002.

هذه المعطيات بينت بأن القطاع العام لعب دورا كبيرا في توفير وسائل منع الحمل التي تتطلب تدخلا طبيا لاستعمالها كتركيب اللولب و التعقيم، في حين ساهم القطاع الخاص بشكل أساسي في توفير الوسائل التي لا تتطلب تدخلا طبيا كالحبوب و الأوقية و الحقن.

5.7. اختيار الوسيلة المستخدمة

يلعب اختيار وسيلة منع الحمل المبني على معلومات كافية و مفصلة عن الوسيلة دورا هاما في نجاح استعمالها، لذلك يجب إبلاغ النساء الراغبات في تنظيم نسلهن عن جميع الاختيارات بالنسبة لوسائل منع الحمل المختلفة. كما يجب أن يخبر مقدمي خدمات تنظيم الولادات جميع المستعملات عن الأعراض الجانبية للوسيلة وما يجب فعله عند حدوث أي من الأعراض الجانبية. و ذلك بهدف التخفيف أو التغلب عليها بالإضافة إلى خفض معدلات التوقف الغير ضرورية للوسائل التي تحتاج إلى إمداد. و الجدول رقم 49 يعرض لنا توزيع النساء المتزوجات المستعملات لوسائل تنظيم الولادات حسب سبب اختيارهن للوسيلة المستخدمة.

جدول رقم 49: توزيع النساء المتزوجات المستعملات لوسائل منع الحمل حسب سبب اختيار الوسيلة و الخصائص الخلفية للمبحوثة من خلال معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002 (بـ %).

المجموع	سبب اختيار الوسيلة المستعملة								الخصائص الخلفية
	فعالة	سهلة الاستعمال	غير مكلفة	نصيحة الطبيب	غير مؤثرة	فعالية طويلة	آخر	غير مبيّن	
مكان الإقامة									
ريف	44.2	27.9	2.1	10.9	11.2	2.0	1.4	0.3	100.0
حضر	42.1	32.1	2.8	11.0	7.6	2.3	1.5	0.6	100.0
المستوى التعليمي									
أمية	39.6	33.2	2.9	11.6	8.1	2.5	1.7	0.3	100.0
تعرف القراءة والكتابة	46.4	27.0	3.2	9.9	9.5	1.8	1.4	0.9	100.0
ابتدائي	46.5	27.1	1.7	11.5	9.9	1.7	1.2	0.4	100.0
متوسط أو إعدادي	45.8	26.9	1.4	10.8	10.9	2.2	1.7	0.3	100.0
ثانوي وأعلى	45.1	24.3	0.0	4.8	25.8	0.0	0.0	0.0	100.0

المجموع	43.3	29.6	2.4	11.0	9.7	2.1	1.5	0.4	100.0
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.									

يظهر من خلال معطيات الجدول المبين أعلاه بأن:

- 43% من النساء المستعملات لوسائل منع الحمل اعتمدن على مؤشر الفعالية و الجودة عند اختيارهن لوسيلة منع الحمل المستخدمة، و هذه النسبة لا تختلف كثيرا باختلاف مكان الإقامة والمستوى التعليمي للمرأة.

- صرحت 29.6% من المستعملات بأنهن اعتمدن على مؤشر سهولة استخدام الطريقة في اختيار الوسيلة المستخدمة، و هذه النسبة مرتفعة أكثر بين النساء الأميات و النساء المقيمات في الريف حيث بلغت 33.2% و 32.1% على التوالي.

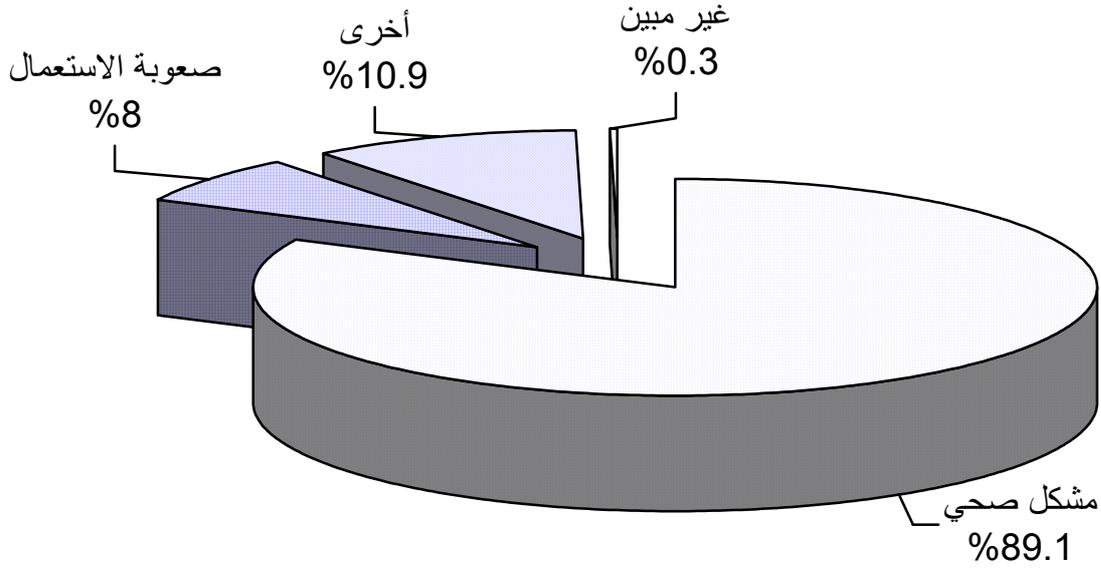
- أخذت 11% من المستعملات بنصائح الطبيب أو القابلة التي قدمت لهن والمتعلقة بالطريقة المستعملة، و هذه النسبة لم تتجاوز 4.8% بين النساء ذوات المستوى الثانوي و أعلى.

- أدلت 9.7% من المستعملات بأنهن اعتمدن على مؤشر الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام الطريقة في اختيار الوسيلة المستعملة، و ترتفع هذه النسبة إلى 25.8% بين النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى. وقد يرجع ذلك إلى اطلاعهن على المضاعفات و الأعراض الجانبية التي يسببها استعمال كل وسيلة و التي تختلف من طريقة إلى أخرى.

- استخدمت المؤشرات الأخرى بنسب ضعيفة، فمثلا نسبة المستعملات اللواتي اعتمدن على مؤشر التكلفة في اختيار الوسيلة المستخدمة لم يتجاوز 2.4%.

تشير هذه المعطيات إلى أن أغلبية النساء المستعملات لوسائل منع الحمل اعتمدن على مؤشر الجودة والفعالية و مؤشر سهولة استخدام الطريقة عند اختيارهن للوسيلة المستعملة. وأخذت نسبة ضعيفة من المستعملات بالنصائح المقدمة لهن من قبل الطبيب أو مقدمي خدمات تنظيم الأسرة في اختيارهن للوسيلة المستخدمة، وهذا ما قد يرفع من نسبة التعرض للأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام الطريقة المختارة من قبل المستعملات.

وعند ملاحظتنا للشكل رقم 11 الذي تناول نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل اللواتي تعرضن إلى مشاكل نتيجة الاستخدام، نجد بأن المشاكل الصحية الناتجة عن الاستعمال مست 89.1% من المستعملات، في حين عانت 8% من صعوبة الاستعمال وتعرضت 10.9% إلى مشاكل أخرى.



شكل رقم 11: نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل اللواتي عانين من مشكلة ما نتيجة الاستعمال حسب نوع المشكلة.

هذه المشاكل قد تؤثر على استمرارية استخدام الوسيلة، لذلك يجب العمل على تحسين وتوعية النساء بأن الطبيب هو الشخص المؤهل لتحديد الوسيلة المناسبة لكل امرأة ترغب في استعمال وسائل منع الحمل، و ذلك بهدف تجنب أو التقليل من الآثار الجانبية التي يسببها استخدام كل وسيلة.

6.7. أسباب التوقف أو عدم استخدام وسائل منع الحمل

1.6.7. أسباب التوقف

تعتبر أسباب التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل من الاهتمامات الرئيسية لبرامج تنظيم الولادات، فقد تختلف هذه الأسباب بين الأزواج و ذلك باختلاف أوضاعهم الاجتماعية و الاقتصادية وأماكن إقامتهم. و معطيات الجدول رقم 50 تلخص لنا هذه الأسباب حسب مكان الإقامة.

احتلت الآثار الجانبية الناتجة عن استخدام الوسيلة (مشاكل صحية أو اضطرابات الدورة الشهرية أو الزيادة في الوزن وغيرها) المرتبة الأولى بنسبة 30.1%، ونجد في المرتبة الثانية الرغبة في إنجاب طفل آخر بنسبة 30% ثم انقطاع الطمث أي سن اليأس بنسبة 13.1%، في حين بلغت نسبة التخلي عن الاستخدام بسبب المشاكل المتعلقة بالوسيلة المستخدمة (الإخفاق في استخدام الوسيلة أو عدم الارتياح للوسيلة المستخدمة أو عدم وفرة الوسيلة و صعوبة استعمالها) 12.2% من مجموع المتوقفات عن الاستعمال.

تتباين أسباب التخلي عن استعمال وسائل منع الحمل باختلاف مكان الإقامة، فالتوقف بسبب الرغبة في إنجاب طفل آخر أو بسبب المشاكل الصحية ذكر أكثر من قبل النساء المقيمات في

الحضر، في حين التوقف بسبب سن اليأس أو المشاكل المتعلقة بالوسيلة المستخدمة منتشر أكثر بين النساء المقيمات في الريف.

جدول رقم 50: التوزيع النسبي (بـ %) للنساء اللواتي سبق لهن استعمال وسائل منع الحمل وغير المستعملات عند إجراء المسح حسب السبب الرئيسي للتوقف عن الاستعمال ومكان الإقامة (معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002).

المجموع	مكان الإقامة		سبب التوقف عن الاستعمال
	ريف	حضر	
30.1	28.3	31.4	الآثار الجانبية
30.0	27.6	31.6	الرغبة في إنجاب طفل آخر
12.2	13.9	11.2	مشاكل متعلقة بالوسيلة المستعملة
13.1	13.3	12.9	سن اليأس
14.2	16.3	12.8	أخرى
0.3	0.5	0.2	غير مبين
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 19 في الملحق رقم 2 الذي يتناول أسباب التوقف عن استعمال وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة المستخدمة و الأسباب الرئيسية للتوقف التي ذكرتها السيدات المستجوبات، نلاحظ بأن الآثار الجانبية هي أكثر الأسباب شيوعا للتوقف عن الاستخدام، وذلك مهما كان نوع الوسيلة و بالخصوص مستخدمات طريقة الغرز و اللولب (55.6% و 32.4% عل التوالي). و يأتي في المرتبة الثانية سبب الرغبة في إنجاب طفل آخر و ذلك مهما كانت الوسيلة المستخدمة، ونجد في المرتبة الثالثة التوقف بسبب سن اليأس و ذكر أكثر من قبل مستخدمات اللولب و حبوب منع الحمل (25.2% و 17% على التوالي)، وأسباب التوقف المرتبطة بالوسيلة المستخدمة ذكرت أكثر من قبل مستعملات الحقن (19.7%).

للتقليل من نسبة الانقطاع عن استخدام وسائل منع الحمل يجب العمل على ما يلي:

* ضرورة إجراء الفحص الدقيق للمرأة الراغبة في استخدام وسائل تنظيم الولادات لاختبار الوسيلة المناسبة و توسيع إمكانية استقبال المراكز الصحية لمزيد من الرغبات.

* توسيع نطاق حملات التوعية لشرح الأسباب التي تؤدي إلى عدم نجاح الوسائل وتبديد الإشاعات حول الأمراض والآثار الناجمة عن الاستخدام.

* تقديم المشورة و المتابعة لمساعدة السيدات المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة في التغلب على مختلف المشاكل و العوائق التي تواجهها.

2.6.7. أسباب عدم الاستخدام

تكشف معطيات الجدول رقم 51 عن الأسباب الرئيسية التي جعلت السيدات المتزوجات غير المستخدمات لوسائل منع الحمل لا يرغبن في الاستخدام مستقبلا حسب مكان الإقامة .

جدول رقم 51: توزيع النساء المتزوجات عند إجراء المسح اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستعملات لوسائل منع الحمل و ليس لديهن نية الاستخدام مستقبلا حسب سبب عدم الرغبة في الاستعمال ومكان الإقامة (ب %).

مسح 2002			مسح 1992			أسباب عدم الرغبة في الاستخدام
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
49.2	49.2	49.2	32.0	28.6	37.4	أسباب مرتبطة بالإنجاب
34.1	35.3	33.4	22.7	19.4	28.0	انقطاع الدورة/ العقم
15.1	13.9	15.8	9.3	9.2	9.4	الرغبة في طفل آخر
4.1	4.4	4.0	21.3	23.0	18.5	معارضة الاستخدام
0.3	-	0.5	2.4	2.5	2.2	معارضة للتنظيم
2.3	2.8	2.1	11.8	12.1	11.2	عدم موافقة الأهل أو الزوج
1.5	1.6	1.4	7.1	8.4	5.1	أسباب دينية
0.4	0.3	0.5	4.0	5.2	2.1	نقص المعلومات عن الوسيلة
30.6	29.8	31.1	21.5	22.3	20.3	أسباب مرتبطة بالوسيلة
23.8	24.6	23.3	15.7	13.6	19.1	آثار جانبية
1.0	1.6	0.7	4.9	7.2	1.2	صعوبة الحصول على الوسيلة
0.1	0.4	-	0.9	1.5	0.0	تكلفة عالية
5.7	3.2	7.1	-	-	-	عدم الارتياح للوسيلة الموجودة
15.7	16.3	15.4	21.2	20.9	21.7	أخرى
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول بأن:

● 32% من السيدات غير المستخدمات لوسائل منع الحمل ليس لديهن نية الاستخدام مستقبلا لأسباب متعلقة بالإنجاب سنة 1992، وارتفعت هذه النسبة إلى 49.2% سنة 2002 و تتمثل هذه الأسباب في:

- عدم الحاجة لاستخدام وسائل منع الحمل بسبب عدم قدرة السيدة على الإنجاب نتيجة العقم أو انقطاع الدورة الشهرية، أي وصولها إلى سن اليأس بنسبة 22.7% سنة 1992 و 34.1% سنة

2002. وهذا السبب مس أكثر النساء المقيّمات في الحضر سنة 1992 و النساء المقيّمات في الريف سنة 2002.

- الرغبة في إنجاب طفل آخر بنسبة 9.3% سنة 1992 و 15.1% سنة 2002، و هذه النسبة لا تختلف كثيرا باختلاف مكان الإقامة.

• المعارضة في الاستخدام كانت سببا في 21.3% من حالات عدم النية في الاستخدام سنة 1992 و 4.1% سنة 2002، و شملت الأسباب التالية:

- عدم موافقة الأهل أو الزوج بنسبة 11.8% سنة 1992، و انخفضت هذه النسبة إلى 2.3% سنة 2002، و هذا يبين مدى وعي الأزواج بأهمية تنظيم الولادات.

- أسباب دينية بنسبة 7.1% سنة 1992 و 2.7% سنة 2002، و ترتفع هذه النسبة أكثر في الريف حيث بلغت 8.4% مقابل 5.1% في الحضر سنة 1992، في حين لم نسجل تباين كبير بين الواسطين سنة 2002.

• 21.5% من السيدات غير المستخدمات ليس لديهن نية الاستخدام مستقبلا لأسباب مرتبطة بالوسيلة سنة 1992 و 30.6% سنة 2002، و من هذه الأسباب نجد:

- الآثار الجانبية الناتجة عن استخدام الوسيلة بنسبة 15.7% سنة 1992 و 23.8% سنة 2002 و ترتفع هذه النسبة بين النساء المقيّمات في الريف حيث بلغت 19.1% مقابل 13.6% بين النساء المقيّمات في الحضر سنة 1992 و 23.3% مقابل 24.6% على التوالي سنة 2002.

- صعوبة الحصول على الوسيلة بنسبة 4.9% سنة 1992 و 1.0% سنة 2002، و ذكر هذا السبب أكثر من قبل النساء المقيّمات في الريف.

- التكلفة العالية بنسبة 0.9% سنة 1992 و 0.1% سنة 2002، و هذا السبب مس فقط النساء المقيّمات في الريف.

• نقص المعلومات عن وسائل منع الحمل ساهم في عدم النية في الاستخدام لنسبة 4% من النساء غير المستخدمات سنة 1992، و هذه النسبة لم تتجاوز 0.4% سنة 2002. وهذا يبين ارتفاع مستوى وعي النساء بوسائل منع الحمل.

• عدم الارتياح للوسيلة الموجودة بنسبة 5.7% سنة 2002، و ذكر هذا السبب أكثر من قبل النساء المقيّمات في الحضر.

يتضح من خلال هذه المعطيات بأن انقطاع الدورة/العقم يمثل السبب الرئيسي لعدم استخدام وسائل منع الحمل باحتلاله المرتبة الأولى، ثم تأتي الآثار الجانبية الناتجة عن استخدام الوسيلة وعدم الارتياح من استعمالها في المرتبة الثانية، ونجد الرغبة في إنجاب طفل آخر في المرتبة الثالثة. وتجدر الإشارة إلى أن السبب الديني ومعارضة الزوج أو الأهل كان ضمن الأسباب الرئيسية لعدم استخدام وسائل منع الحمل خاصة بين النساء المقيمات في الريف سنة 1992 ولم يعد حالياً عائقاً كبيراً لاستخدام. وقد يرجع ذلك إلى وعي الأزواج بأهمية استعمال وسائل تنظيم الولادات و فوائدها بالنسبة لصحة الأم والطفل من جهة، وإلى الظروف الاجتماعية و الاقتصادية التي تعيشها الأسرة كآزمة السكن و تدهور مستوى المعيشة و انتشار البطالة وغيرها من جهة أخرى.

وللحد من هذه الأسباب يجب توعية الأزواج بأهمية أخذ النصائح و الإرشادات المقدمة من قبل الطبيب أو القابلة أو مقدمي خدمات تنظيم الولادات المتعلقة باختيار واستعمال الوسيلة الملائمة وذلك قصد التخفيف من الآثار الجانبية الناتجة عن الاستعمال.

7.7. الحديث بين الزوجين في مجال تنظيم الولادات

تعكس المناقشة بين الزوجين في موضوع تنظيم الولادات مستوى اهتمام الطرفين باستخدام وسائل منع الحمل، و تمثل مؤشراً يبين مدى مساهمة المرأة في صنع القرار داخل الأسرة. ولما كان الاهتمام يتم التعبير عنه قبل استخدام الوسائل، فإنه يشير إلى الدافع وراء التفكير في استخدام هذه الوسائل. لذا تم سؤال السيدات المتزوجات اللواتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة وقت إجراء المسح عن ما إذا كن قد تحدثن مع أزواجهن عن تنظيم الولادات.

وفي هذا المجال تشير معطيات الجدول رقم 52 إلى أن مستوى النقاش بين النساء غير المستعملات لوسائل منع الحمل و أزواجهن عند إجراء المسح، يقل في المناطق الريفية و بين النساء في فئة السن 35- 49 سنة و يزداد مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة.

ففي سنة 1992 بلغت نسبة النساء اللواتي ناقشن أزواجهن في موضوع تنظيم الولادات 59.9% في الريف مقابل 76.6% في الحضر، وترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي لديهن مستوى ثانوي و أعلى حيث بلغت 78.8% مقابل 60.8% بين النساء الأميات. وفي سنة 2002 تقاربت النسب المسجلة بين النساء المقيمات في الحضر و المقيمات في الريف حيث بلغت 68.5% و 65.5% على التوالي، وازدادت الفجوة في هذه النسب بين النساء الأميات و النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى حيث بلغت 53.9% و 82.2% على التوالي.

وخلال الفترة 1992-2002 عرفت نسب مناقشة الأزواج في موضوع تنظيم الولادات انخفاضا بين النساء المقيمات في الحضر و النساء الأميات، وارتفعا بين النساء المقيمات في الريف أو النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى.

جدول رقم 52: نسب السيدات (بـ %) المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستخدمين لوسائل منع الحمل و ناقشن موضوع تنظيم الولادات مع أزواجهن حسب الخصائص الخلفية للمبحوثة.

مسح 2002			مسح 1992			الخصائص الخلفية
فئات السن			فئات السن			
المجموع	35- 49	أقل من 35	المجموع	35- 49	أقل من 35	
مكان الإقامة						
68.5	64.2	79.9	76.6	70.1	82.2	حضر
65.5	60.8	76.1	59.9	50.7	67.4	ريف
المستوى التعليمي						
53.9	53.6	55.9	60.8	55.4	67.4	أمية
71.5	66.2	82.0	77.9	69.9	81.7	لم تكمل الثانوي
82.2	72.3	84.0	78.8	86.2	77.7	ثانوي وأعلى
67.4	62.9	78.1	67.0	59.1	73.7	المجموع
المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.						

إن انخفاض مستوى النقاش بين الأزواج في موضوع تنظيم الولادات في المناطق الريفية وبين النساء الأميات يرتبط بالثقافة التقليدية في الأسرة، فهذه الأخيرة تمنع النقاش أو الحوار حول المسائل الإنجابية و مجالاتها المختلفة. وهذا الأمر يستدعي أن يكون الزوج ضمن الفئات المستهدفة في حملات التوعية الخاصة بالصحة الإنجابية، فالرجل يسيطر في عملية اتخاذ القرارات داخل الأسرة بما فيها القرارات الخاصة بصحة المرأة. كما يجب العمل على تمكين المرأة و توفير خيارات أكثر أمامها من خلال توسيع إمكانية حصولها على التعليم و الخدمات الصحية.

8.7. موقف الأزواج من استخدام وسائل منع الحمل

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم 53 بأن 61% من النساء غير المستعملات لوسائل منع الحمل عند إجراء المسح سنة 1992 صرحن بأن أزواجهن يوافقون استخدام وسائل منع الحمل، وارتفعت هذه النسبة إلى 86.5% سنة 2002. وبالمقابل صرحت 17.8% من النساء بأن أزواجهن يعارضون الاستخدام سنة 1992، وانخفضت هذه النسبة إلى 5.7% سنة 2002.

جدول رقم 53: توزيع السيدات المتزوجات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستخدمات لوسائل منع الحمل حسب موقف الزوج اتجاه استخدام وسائل منع الحمل وحسب الخصائص الخلفية للمبحوثة (بـ %).

موقف الزوج من استعمال وسائل منع الحمل								الخصائص الخلفية
مسح 2002				مسح 1992				
المجموع	لا تعرف	غير موافق	موافق	المجموع	لا تعرف	غير موافق	موافق	
مكان الإقامة								
100.0	5.6	5.0	89.4	100.0	13.9	13.8	72.7	حضر
100.0	11.6	6.6	81.8	100.0	26.7	20.8	52.4	ريف
المستوى التعليمي								
100.0	11.9	7.1	81.0	100.0	26.0	20.9	53.1	أمية
100.0	7.7	5.1	87.2	100.0	16.1	15.2	68.6	تعرف القراءة والكتابة
100.0	8.4	5.8	85.7	100.0	9.6	9.7	80.8	ابتدائي
100.0	4.2	4.2	91.6	100.0	10.1	9.8	80.1	متوسط
100.0	3.4	4.2	92.4	100.0	8.5	7.5	84.0	ثانوي وأعلى
100.0	-	-	100.0	100.0	40.0	20.0	40.0	غير مبين
100.0	7.8	5.7	86.5	100.0	21.3	17.8	61.0	المجموع

المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.

ترتفع نسبة الموافقة بين أزواج النساء المقيمات في الحضر (72.7% سنة 1992 و 89.4% سنة 2002) و أزواج النساء المتعلقات خاصة اللواتي حصلن على مستوى ثانوي وأعلى (84% سنة 1992 و 92.4% سنة 2002). أما نسبة المعارضة نجدها مرتفعة بين أزواج النساء المقيمات في الريف (20.8% سنة 1992 و 6.6% سنة 2002) و أزواج النساء الأميات (20.9% سنة 1992 و 7.1% سنة 2002)، فالعلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة

ومعارضة الأزواج لاستعمال وسائل منع الحمل علاقة عكسية. كما أن نسبة النساء اللواتي لا تعرفن موقف أزواجهن اتجاه استخدام وسائل منع الحمل ترتفع بين النساء المقيمت في الريف و النساء الأميات، و تنخفض بين النساء المقيمت في الحضر و النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 54 الذي يتناول موقف النساء غير العازبات وغير المستعملات لوسائل منع الحمل و موقف أزواجهن من الاستخدام، نلاحظ بأن 85.8% من مجموع السيدات غير المستخدمات لهن موقف إيجابي مع أزواجهن اتجاه استعمال وسائل منع الحمل و 1.6% لهن موقف سلبي و 3.9% يوافقن الاستخدام لكن أزواجهن يعارضون ذلك.

جدول رقم 54: توزيع النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير المستعملات لوسائل منع الحمل حسب موقفهن وموقف أزواجهن من استخدام وسائل تنظيم الولادات من خلال معطيات مسح صحة الأسرة 2002 (ب. %).

المجموع	غير مبين	غير موافقة	موافقة	موقف الزوجة
				موقف الزوج
86.4	0.2	0.4	85.8	موافق
5.7	0.2	1.6	3.9	غير موافق
7.9	1.9	0.5	5.5	غير مبين
100.0	2.3	2.5	95.2	المجموع

المصدر: 2002: المسح الجزائري لصحة الأسرة.

وبشكل عام فإن 86.4% من السيدات صرحن بأن أزواجهن يوافقون استخدام وسائل تنظيم الولادات و 5.7% يعارضون الاستخدام. فهذه المعطيات تبين بأن معارضة الأزواج ليس لها تأثيرا كبيرا على استخدام وسائل منع الحمل.

9.7. الحاجة غير الملابة في مجال تنظيم الولادات

إن توفير المعلومات عن أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل، ونية السيدات في الاستعمال مستقبلا على قدر كبير من الأهمية خاصة لدى صانعي السياسات و مديري البرامج. و ذلك قصد تحقيق و تلبية كل الاحتياجات من وسائل تنظيم الأسرة للنساء اللواتي يرغبن في المباشرة أو تحديد الإنجاب.

فنسبة الاحتياجات غير الملابة تمثل القسمة بين عدد النساء المتزوجات اللواتي لا يرغبن في إنجاب أطفال آخرين و معرضات لخطر الحمل ولا يستخدمن أية وسيلة من وسائل منع الحمل، و مجموع عدد النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة).

يعرض الجدول رقم 55 تقدير الحاجة الملابة و الحاجة غير الملابة من وسائل منع الحمل للنساء المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب فئات السن و عدد الأطفال الأحياء.

جدول رقم 55: نسبة النساء (ب %) المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) ذوات الحاجة غير الملابة لوسائل منع الحمل حسب الخصائص الخلفية للمبحوثة. (معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002).

نسبة الطلب المشبع	الطلب الكلي على وسائل منع الحمل	الحاجة غير الملابة لوسائل منع الحمل			الحاجة الملابة لوسائل منع الحمل	الخصائص الخلفية
		المجموع	لمباعدة الولادات	لتحديد الولادات		
فئات السن						
43.1	60.8	34.6	31.8	2.7	26.2	19 -15
56.7	72.5	31.4	29.3	2.1	41.1	24 -20
66.8	84.9	28.2	21.2	7.1	56.7	29 -25
71.9	85.3	24.0	12.8	11.2	61.3	34 -30
77.5	85.7	19.3	5.4	13.9	66.4	39 -35
72.4	82.6	22.8	2.1	20.7	59.8	44 -40
62.1	72.6	27.5	1.2	26.3	45.1	49 -45
عدد الأطفال الأحياء						
65.7	78.8	27.0	25.5	1.5	51.8	1
74.1	88.6	22.9	14.7	8.2	65.7	2
73.4	91.4	24.3	10.1	14.2	67.1	3
75.6	92.5	22.6	6.2	16.4	69.9	4
68.6	86.1	27.0	3.5	23.4	59.1	5 وأكثر
69.8	81.6	24.6	14.7	9.9	57.0	المجموع
المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002						

تشير معطيات الجدول رقم 55 إلى أن السيدات ذوات الحاجة غير الملابة لوسائل منع الحمل مثلن 24.6% من مجموع النساء المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، وترتفع هذه النسبة عند النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 30 سنة و النساء اللواتي لديهن 5 أطفال و أكثر. وبالمقابل مثلت السيدات ذوات الحاجة الملابة لوسائل منع الحمل (السيدات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل عند إجراء المسح) 57% من مجموع النساء المتزوجات.

تشمل السيدات ذوات الحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل (24.6%) على:

* السيدات المتزوجات حاليا (عند إجراء المسح) ذوات الحاجة إلى وسائل منع الحمل بغرض المباشرة بين الولادات ونسبتهن 14.7% من مجموع النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة)، وترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 30 سنة و النساء اللواتي لهن طفلا واحدا.

* السيدات المتزوجات حاليا ذوات الحاجة إلى وسائل منع الحمل بغرض تحديد الولادات و نسبتهن تقارب 10% من مجموع النساء المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، و ترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن 30 سنة و النساء اللواتي لهن 3 أطفال و أكثر.

وبالنظر إلى معطيات الجدول رقم 20 في الملحق رقم 2 نلاحظ بأن نسبة الفئة الأولى (المباشرة بين الولادات) ترتفع بين النساء اللواتي لهن مستوى ثانوي و أعلى (18%)، و ترتفع نسبة الفئة الثانية (تحديد الولادات) بين النساء الأميات (18.5%)، في حين لم نسجل اختلافا كبيرا في هذه النسب بين النساء المقيمات في الريف و المقيمات في الحضر.

وبصورة عامة، بلغ إجمالي الطلب (مجموع الحاجة الملباة و الحاجة غير الملباة) على وسائل تنظيم الولادات 81.6% من مجموع النساء المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، و قد تم إشباع 69.8% من إجمالي الطلب على وسائل منع الحمل.

خلاصة الفصل

تبين من خلال معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002 بأن 99.9% من النساء المستجوبات يعرفن على الأقل وسيلة ما من وسائل منع الحمل، في حين بلغ معدل استخدام هذه الوسائل 57% سنة 2002 بعد أن كان 50.8% سنة 1992. والارتفاع الحاصل في هذا المعدل خلال الفترة 1992-2002 مس فقط الوسائل الحديثة و خص أكثر النساء الأميات و المقيمات في المناطق الريفية، و بقيت الحبوب الوسيلة الأكثر استخداما بسبب فعاليتها و سهولة استخدامها.

كما تبين بأن عدم استخدام وسائل منع الحمل يرتبط بأسباب تتعلق بالإنجاب أو الوسيلة (العقم، انقطاع الدورة الشهرية، الرغبة في الإنجاب والآثار الجانبية) و ليس بمعارضة الاستخدام من قبل الأهل أو الأزواج. و لرفع مستوى الاستخدام يجب تغطية الطلب غير الملبي على وسائل منع الحمل و الذي بلغ 24.6% من مجموع النساء المتزوجات اللواتي في سن الإنجاب (15-49 سنة).

الفصل 8

المشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب وأمراض الجهاز الإنجابي

تمهيد

الصحة الجنسية هي إحدى العناصر التي تضمنتها المواضيع المتعددة للصحة الإنجابية، ويتمثل الغرض منها في تحسين نوعية الحياة و العلاقات الشخصية بين الزوجين، وذلك من خلال التوعية والتثقيف فيما يخص الصحة التناسلية بشكل خاص و الحياة الجنسية لدى الزوجين بشكل عام. ولا شك أن طبيعة المرأة تجعلها أكثر قابلية للإصابة بعدة أمراض متعلقة بالحمل و الولادة، بالإضافة إلى إصابتها بالأمراض الحادة و المزمنة، والتي تصاب بها كما يصاب بها الرجل أيضا كسوء التغذية و فقر الدم و الأمراض الطفيلية و غيرها.

سنتناول من خلال هذا الفصل تشريح الجهاز التناسلي للمرأة و نتطرق إلى أهم المشاكل التي قد تتعرض لها المرأة خلال فترة الحمل وعند الولادة، و كذا دراسة أهم أمراض الجهاز الإنجابي والكشف عن أسباب عدم تلقي العلاج اللازم.

1.8. تشريح الجهاز التناسلي عند المرأة

لكي يتسنى لنا فهم التهابات الجهاز التناسلي عند المرأة، سنقوم بعرض موجز عن تكوين ووظيفة أعضائها التناسلية. وهذا الجهاز يتكون من أعضاء تناسلية خارجية و أخرى داخلية.

1.1.8. الأعضاء التناسلية الخارجية

وهي الجزء الخارجي لجهاز المرأة التناسلي، و تقع أمام فتحة الشرج و أعلى منها بقليل وتتكون من:

- البظر: وهو جزء صغير دقيق من أعضاء الأنثى الجنسية، و يقع في مقدمة الأعضاء التناسلية الخارجية و فوق فتحة البول. وهو مركب من أنسجة شديدة الحساسية حيث أنه يشارك في الشعور الجنسي للمرأة وينتصب نتيجة الإثارة الجنسية، فهو يفرز مادة دهنية أثناء العملية الجنسية فتتملى أنسجته بالدم فتتصلب لتأخذ لون الاحمرار.

- جسم البظر: وهو جسم مغطى بطبقة جلدية رقيقة يلتهب و يحمر عند إصابة المرأة بالتهاب جلدي خارجي.

- فتحة مجرى البول: تأتي مباشرة تحت البظر، و مجرى البول عند الأنثى أقصر بكثير منه عند الرجل، ولذلك تنتقل إليه الجراثيم بسهولة و يحدث فيه الالتهاب.

- الشفرين الصغيرين: وهما ثنيتان من الجلد الرقيق لونهما وردي تتقابلان في الأمام حول البظر، و تتحدان في الخلف لتكونا حاجزا جلديا رقيقا يسمى الشوكة الفرجية، و تحميان ما تحتهما من الأنسجة الفرجية.

- الشفرين الكبيرين: هما طبقتان من الجلد تمتدان على جانبي الفتحة المهبلية، وهما عادة مطبقان يحفظان مدخل المهبل و مكسوان بالشعر و يحتويان على الغدد الدهنية و الغدد البارثولوجية. وفي بعض الأمراض التناسلية تنتفخ عادة غدة بارثولين و تحمر و يتجمع فيها القيح مما يستدعي إجراء عملية جراحية سريعة لاستئصال الغدة. و بعد البلوغ يغطي الشفران الكبيران الشفرين الصغيرين و يحميانهما من الاحتكاك و المؤثرات الخارجية.

- غشاء البكارة: وهو غشاء رقيق في نهاية المهبل و يأخذ أشكالا مختلفة، فقد يكون عل شكل هلال أو حلقيًا ذو فتحة واحدة أو متعدد الثقوب على هيئة غربال تسمح بمرور دم الحيض. وهذا الغشاء يتمزق بمجرد دخول أي جسم فيه ولا سيما عند أول جماع.

2.1.8. الأعضاء التناسلية الداخلية

توجد الأعضاء التناسلية الداخلية للمرأة في القسم السفلي من الفراغ الحوضي خلف المثانة، وتحفظ هذه الأعضاء في مواضعها أربطة عريضة تربطها بجدران الجسم من الداخل، و تتكون هذه الأعضاء من:

■ المهبل: وهو القناة التناسلية عند المرأة، و يمثل الممر الموصل بين فتحة الفرج الخارجية و بين الأعضاء الداخلية للجهاز التناسلي، حيث تسري الحيوانات المنوية داخله من فتحة الفرج صاعدة إلى الرحم. و هذه القناة عضلية مبطنة بغشاء مخاطي يتصل بغشاء الرحم، و يبلغ طولها 8 سم من الأمام وحوالي 12 سم من الخلف، و يتجه المهبل إلى أعلى و إلى الخلف ليحيط بعنق الرحم.

يتم الجماع بالمهبل حيث يقذف بالسائل المنوي في الجزء الأعلى منه ليصعد بعد ذلك إلى الرحم، و يسمح بمرور الطمث الذي ينزل من الرحم و كذلك يخرج الطفل منه أثناء الولادة.

■ الرحم: وهو جهاز عضلي مجوف يشبه الإجاصة يتغذى من الشرايين الدموية التي يحملها في طرفيه، و يتزايد حجمه أثناء الحمل بنمو الجنين فيه. و تنمو بطانته بفعل هرمونات المبيض كل شهر استعدادا لاحتضان البويضة المخصبة، فإذا لم يحدث الحمل انسلخت هذه البطانة بما فيها من أوعية دموية و خرجت من الرحم على شكل دم يقال له الطمث أو دم الحيض.

■ عنق الرحم: يصل عنق الرحم القناة المهبلية بجوف الرحم، وفي منتصف العنق هناك قناة تصب في المهبل من الخارج و في تجويف الرحم من الداخل. و في فترة الإخصاب تتمدد هذه القناة لكي تستقبل المادة المنوية و تسهل لها طريق العبور إلى جوف الرحم.

■ المبيضان: وهما غدتان تقع كل واحدة منهما على أحد جانبي الرحم، و هما المسؤولتان عن إنتاج البويضات منذ سن البلوغ حتى سن اليأس. و يتراوح طول المبيض بين ثلاثة إلى أربعة سنتيمترات، و يقوم بإفراز الهرمونات الأنثوية (الايستروجين و البروجيستيرون) التي من شأنها المساعدة على نمو الأعضاء التناسلية عند المرأة. و المبيض يقذف نحو الرحم عبر الأنبوب بويضة واحدة كل دورة شهرية، وإذا كان الأنبوب مسدودا بسبب الالتهابات، تقع البويضة في داخل النطف و تضع أو يلحقها الحيوان المنوي في الأنبوب وتبقى فيها. فيحدث حمل خارج الرحم بسبب التهابات و تعرجات الأنبوب مما يستدعي إجراء عملية جراحية لاستئصال الأنبوب الحامل.

■ البوقان (قناة فالوب): أنبوب تتسع نهايته على شكل البوق في كل جانب من جانبي الرحم، و تتمثل وظيفتهما في تلقف البويضة بمجرد قذفها من المبيض و الاحتفاظ بها ريثما يقوم الحيوان المنوي بإخصابها. و بعبارة أخرى فإن الإخصاب يحدث في البوق حيث تصعد النطفة إلى داخل المهبل ثم إلى

داخل الرحم ومنه إلى داخل البوق، و بعد الإخصاب تنتقل البويضة المخصبة إلى الرحم و تستقر في بطانته الداخلية.

2.8. المشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب

1.2.8. المشاكل الصحية المتعلقة بالحمل

1.1.2.8. تسمم الدم

إن تسمم الدم المبكر (قبل 34 أسبوعا من الحمل) يحمل معه خطرا كبيرا في مرحلة ما قبل الولادة، و ينبغي أن تحول مثل هذه الحالات إلى الرعاية المتخصصة. ونظرا لعدم وجود علاج نوعي لهذه الحالات، فإن معالجتها تشمل الراحة لتحسين وصول الدم إلى الجنين و الملاحظة الدقيقة.

2.1.2.8. أمراض تحلل الدم

تخضع الحوامل عادة إلى إجراء اختبار فرز الأجسام المضادة عند الزيارة الأول و في الأسبوع الثامن و العشرين، و ينبغي في مثل هذه الحالات نقل الدم للجنين في الحالات الخطيرة.

3.1.2.8. ضغط الدم المرتفع

تتراوح نسبة الإصابة بضغط الدم المرتفع بين 10% إلى 20% عند النساء الحوامل في السن 35 سنة و أكثر، وهذه النسبة تقارب ثلاثة أضعاف النسبة المسجلة عند الحوامل بين 20 و 25 سنة [43] ص58. فارتفاع ضغط الدم يزيد من مخاطر انسلاخ المشيمة، ويؤدي إلى صغر وزن الجنين و النزف و تسمم الحمل و وفيات المواليد. لذلك يجب على المرأة الحامل التي تشكو من ارتفاع ضغط الدم علاج ذلك تجنباً لحدوث تلك المخاطر.

4.1.2.8. النزف قبل الولادة

يقتصر النزف قبل الولادة عادة على النزف من جدار الرحم الناشئ عن انفصال جزء من المشيمة، و يصيب الحوامل البالغات 35 سنة و أكثر، وقد يكون سبب ذلك الارتفاع التدريجي في ضغط الدم. وتجدر الإشارة إلى أنه هناك عدد لا يستهان به من المضاعفات الطبية و الجراحية في القلب و الرئة و الكلى قد تحدث بنسب عالية عند الحوامل المتقدمات بالسن، إضافة إلى استمرار حدوث هذه الأمراض في فترة ما بعد الولادة [43] ص58. و لتجنب ذلك يجب على المرأة المصابة بالنزف أن تنتقل إلى أي مستشفى قريب تحسباً لأية مضاعفات قبل موعد ولادتها المحدد.

5.1.2.8. النزف الرحمي

يحدث هذا نتيجة انفصال الغشاء الساقط من الرحم، وقد ينفصل هذا الأخير بأكمله و يخرج من المهبل. فإذا شعرت المرأة بألم و مغص شديد مع نزيف رحمي أو حصل لها إغماء أو صدمة أو هبوط، فعليها بالاتصال بالطبيب أو التوجه إلى أقرب مستشفى.

6.1.2.8. مرض السكر

تزداد نسبة مضاعفات سكري الحمل مع تقدم عمر الحامل لتصل إلى ثلاثة أضعاف النسبة المسجلة عند الحوامل الأصغر سنا. وهذا المرض يؤدي إلى رفع نسبة التشوهات و مخاطر تعسر الولادة و الوفيات عند المواليد، إضافة إلى أثاره على الحامل و إمكانية استمراره بعد انتهاء الحمل.

7.1.2.8. زلال الحمل

وهو مرض شائع تتعرض له الحوامل و يسمى طبييا الأكلامسيا المنذرة، و يصيب الحوامل في الأشهر الأخيرة و شائع في البكرات و في الحمل التوأم. فإذا لم يعالج فإنه يشكل خطرا على الأم [20] ص 195.

8.1.2.8. الحمل خارج الرحم

يعتبر الحمل خارج الرحم من أنواع الحمل الخطيرة على المرأة، فهذا الأخير يؤدي إلى وفاة الجنين أو وفاة الأم أو مرضها إن لم يحسن العلاج.

2.2.8. المشاكل الصحية المتعلقة بالولادة

توجد العديد من مشاكل التوالد لدى النساء، وتشمل المضاعفات الطويلة الأمد للحمل و الولادة كهبوط الرحم و الناسور المهبلي و سلس البول و آلام الجماع و عدم الإنجاب و غ يرها.

1.2.2.8. سقوط الأعضاء التناسلية

يعد سقوط الأعضاء التناسلية حالة مرضية ينخفض فيها المهبل أو الرحم إلى مستوى أدنى من موضعيهما الطبيعيين، و قد يصل إلى درجة بروزهما خارج مدخل المهبل.

توجد أنواع مختلفة من سقوط الأعضاء التناسلية تبعا لدرجة انخفاض الرحم و المهبل من موضعيهما الطبيعيين، و قد يتضمن هذا جداري المهبل الأمامي أو الخلفي، وفي الحالات الشديدة قد ينزل الرحم نفسه في المهبل بدرجات مختلفة.

يصيب سقوط الأعضاء التناسلية النساء اللواتي ولدن أطفالا، وذلك نتيجة لتلف يقع خلال الولادة للعضلات و الأربطة التي تسند هذه الأعضاء. و يرجع ذلك إلى عدة أسباب نذكر من أهمها:

* ضعف أربطة عنق الرحم و قد يكون ذلك بسبب:

- ضعف خلقي يؤدي إلى سقوط الجهاز التناسلي في سن مبكرة.
- قلة هرمون الاويستروجين بعد سن اليأس الذي يؤثر على حيوية و قوة أربطة و عضلات عنق الرحم و بالتالي ضعفها.
- تكرار الولادة دون وجود فترة زمنية مناسبة فاصلة حتى تستعيد الأربطة و العضلات قوتها، أو محاولة الولادة قبل اتساع كامل لعنق الرحم، حيث يحدث هذا ضغط الرأس على عنق الرحم قبل اتساعه مضعفا أربطته.

* تمزق عضلات أرضية الحوض بسبب الولادة و عدم خياطة التمزق الناتج عنها.

* ميل الرحم للخلف مما يساعد على هبوط الرحم بالمهبل ثم الشد عليه.

- ومن أعراض سقوط الأعضاء التناسلية نجد معاناة المرأة من عدم الارتياح و الإحساس بالقلق و العرقلة، ويفترن هذا عادة بألم في الظهر. وعند سقوط جدار المهبل الأمامي قد يشد معه جدار المثانة، و يؤدي ذلك إلى معاناة المرأة من متاعب شديدة في التبول مثل الحاجة إلى التبول مرارا، و بالتالي حدوث التهابات في الجهاز البولي وعدم التحكم في البول أحيانا. و في حالة سقوط جدار المهبل الخلفي، قد تكون هناك صعوبة في تفريغ الأمعاء، و في كل الحالات تقريبا تعاني المرأة بدرجات مختلفة من عدم الارتياح و الألم عند الجماع.

تحدث أشد حالات سقوط الأعضاء التناسلية حدة، عندما يبرز من فتحة المهبل جزء من المثانة و المهبل و الرحم و جزء من المستقيم. فقد تعجز المرأة من التبول أو التبرز قبل أن تدفع الأعضاء الساقطة إلى مكانها بيدها أولا، و في مثل هذه الحالات الشديدة، كثيرا ما يتقرح عنق الرحم و المهبل الساقطان نتيجة لاحتكاك الأعضاء التناسلية بالملابس و الفخذين.

أما عن تشخيص سقوط الأعضاء التناسلية، فيتم عن طريق إجراء فحص للحوض، حيث يرى الطبيب أو الممرضة الأعضاء التناسلية الساقطة و هي بارزة في المهبل. و في الحالات الشديدة الخطورة، يصبح اتخاذ إجراء جراحي أمرا ضروريا، إما في صورة إصلاح لإعادة الرحم و المهبل و المثانة إلى مكانهم الأصلي الطبيعي، و إما في شكل استئصال للرحم و إصلاح الأربطة.

2.2.2.8. مشكلات في الجماع

وتشمل ألم أو صعوبة خلال الجماع أو النزف خلال الجماع أو بعده. وقد يحدث عسر الجماع بسبب التهاب ما، وقد يكون النزف المرتبط بالجماع علامة على وجود التهاب في عنق الرحم.

3.2.2.8. الناسور المهبلي

ويعني حدوث ثقب في قناة الولادة، فيسمح بتسرب السوائل من المثانة أو من الشرج إلى الفرج، مما يجعل المرأة تعاني من السلس طوال وجود هذه المشكلة. يرجع حدوث الناسور المهبلي إلى ضعف الإمكانات الصحية و عدم معالجة حالات الولادة بشكل طبي صحيح، حيث يعود السبب إلى تعسر الولادة و بقاء فترة المخاض لمدة طويلة، مما قد يسبب إتلاف الأنسجة في قناة الولادة و أنسجة المثانة و الشرج. وقد يعود إلى الولادة المنزلية غير المراقبة بشكل سليم حيث قد تستغرق أحيانا فترة المخاض عدة أيام، بالإضافة إلى الالتهابات المهبلية المزمنة التي تؤدي إلى هذه المشكلة.

4.2.2.8. مشكلات الدورة الشهرية

ويقصد بها عدم انتظام الدورة الشهرية للمرأة، أو حدوث ألم شديد مع نزول الطمث في الدورة الشهرية وعدم الاتساق في مقدار التدفق الشهري. وقد تكون بعض هذه المشكلات أحيانا دليلا على وجود التهاب في الحوض أو أن سن انقطاع الحيض بات وشيكا.

3.8. أمراض الجهاز الإنجابي

تطرق مسح صحة الأسرة عام 2002 إلى بعض أمراض الجهاز الإنجابي كهبوط الرحم و سلس البول و التهابات عنق الرحم و المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية و العقم، كما تناول مكان تلقي العلاج في حالة المرض و عوائق عدم تلقي الرعاية الصحية.

1.3.8. أعراض هبوط الرحم و سلس البول

تشير معطيات الجدول رقم 56 إلى أن 6.5% من مجموع السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) عانين من أعراض هبوط الرحم و 8.5% أصبن بسلس البول. وتتباين هذه النسب باختلاف مكان الإقامة و عمر السيدة عند إجراء المسح و عدد المواليد الأحياء فهي ترتفع بين: - النساء المقيمت في المناطق الريفية، فنسبة الإصابة بأعراض هبوط الرحم بلغت 7.7% بين النساء المقيمت في الريف و 5.7% بين النساء المقيمت في الحضر. في حين لم يسجل اختلافا كبيرا في نسبة الإصابة بسلس البول بين الريف و الحضر حيث بلغت 8.8% و 8.5% على التوالي.

- النساء الكبيرات في السن، حيث عانت 7.8% من النساء في فئة العمر 40- 49 سنة بأعراض هبوط الرحم و 10.7% من سلس البول مقابل 3.5% و 4.9% على التوالي بين النساء في فئة العمر 15- 29 سنة.

- النساء اللواتي أنجبن عدد أكبر من المواليد الأحياء، حيث أصيبت 10.1% من السيدات اللواتي أنجبن ستة مواليد أحياء و أكثر بأعراض هبوط الرحم و 12% بسلس البول مقابل 3.7% و 5.3% على التوالي عند النساء اللواتي أنجبن مولودين على الأكثر.

جدول رقم 56: نسب السيدات (%) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي عانين من أعراض هبوط الرحم و سلس البول حسب خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة 2002).

المجموع	فئات العمر			عدد المواليد الأحياء			مكان الإقامة		الأعراض
	49-40	39-30	29-15	+6	5-3	2-0	ريف	حضر	
هبوط الرحم	7.8	7.1	3.5	10.1	6.7	3.7	7.7	5.7	6.5
سلس البول	10.7	8.5	4.9	12.0	8.9	5.3	8.8	8.3	8.5

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

عموما، مست أعراض هبوط الرحم و سلس البول بنسب أكبر النساء اللواتي أنجبن عدد أكبر من المواليد الأحياء و النساء الكبيرات في السن، وخاصة النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن 40 سنة

كون هذه الفئة من النساء أكثر تعرضا لمشاكل الإنجاب. كما ارتفعت أعراض هبوط الرحم بين النساء الريفيات لأنهن أكثر إنجابا و أقل إقبالا على المراكز الصحية لتلقي الرعاية الطبية.

2.3.8. التهابات عنق الرحم

تشكل التهابات عنق الرحم أحد أمراض الجهاز الإنجابي التي تؤثر على صحة المرأة خاصة إذا لم تتلقى رعاية طبية، ومن أهم أعراض التهابات عنق الرحم نجد الآلام وحرقة عند التبول والإفرازات المهبلية الحادة غير المألوفة. وقد يصاحب ذلك مضاعفات أخرى كالحساسية حول الجهاز التناسلي و إفرازات ذات رائحة كريهة و آلام أسفل البطن غير مرتبطة بالدورة الشهرية. وسنتناول أهم هذه الأعراض في الجدول رقم 57.

جدول رقم 57 : نسب السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من التهاب في عنق الرحم حسب خلفية المبحوثة (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

المجموع	فئات العمر			عدد المواليد الأحياء			مكان الإقامة		الأعراض
	49-40	39-30	29-15	+6	5-3	2-0	ريف	حضر	
11.3	12.2	11.3	9.6	14.7	10.9	9.1	12.1	10.7	حرقة عند التبول
11.3	10.5	12.5	10.4	12.2	11.8	10.2	12.4	10.5	إفرازات مهبلية حادة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

تشير معطيات الجدول المبين أعلاه إلى أن 11.3% من السيدات عانين من أعراض التهابات عنق الرحم (حرقة عند التبول أو إفرازات مهبلية حادة) خلال الأشهر الثلاثة السابقة للمسح، و ترتفع هذه النسبة بين النساء المقيمات في الريف حيث عانت 12.1% منهن من حرقة عند التبول و 12.4% من إفرازات مهبلية حادة. كما أن النساء اللواتي أنجبن 6 مواليد أحياء أو أكبر هن الأكثر تعرضا لهذه الأعراض، حيث أصيبت 14.7% منهن بحرقة في التبول و 12.2% بإفرازات مهبلية حادة.

3.3.8. المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية

تبين معطيات الجدول رقم 58 نسب السيدات غير العازبات اللواتي تعرضن إلى اضطرابات في الدورة الشهرية حسب نوع الاضطراب و فئات السن المختلفة. وبشكل عام عانت 8.1% من السيدات من دورة شهرية غير منتظمة و اشتكت 6.7% من آلام حادة أو معقدة وتعرضت 6.7% إلى كثافة الدورة أي نزيف غير معتاد و أصيبت 4.8% بنزيف دام لمدة تزيد عن 7 أيام. تتباين نسبة الإصابة باضطرابات الدورة الشهرية باختلاف عمر المرأة، فعدم انتظام الدورة الشهرية و النزيف الذي دام أكثر من أسبوع منتشران أكثر عند المسنات خاصة النساء في فئة العمر 45- 49

سنة وذلك بنسبة 16% و 8.3% على التوالي. وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الفئة من النساء قاربت سن اليأس، في حين فإن نسبة النساء اللواتي عانين من آلام حادة أو معقدة و كثافة الدورة مرتفعة أكثر بين النساء في فئة السن (15- 19 سنة) حيث بلغت 17.2% و 11.5% على التوالي.

جدول رقم 58: نسب السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرضن إلى اضطرابات في الدورة الشهرية حسب سن المرأة و نوع الاضطراب (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

اضطرابات في الدورة الشهرية				
الدورة غير منتظمة	آلام حادة أو معقدة	كثافة الدورة أي نزيف بشكل غير معتاد	نزيف الدورة دام أكثر من 7 أيام	
7.3	17.2	11.5	2.8	19 - 15
5.9	6.8	4.6	1.5	24 - 20
6.9	5.9	4.2	3.8	29 - 25
6.0	6.9	4.1	4.5	34 - 30
5.7	6.3	4.2	4.0	39 - 35
8.8	6.3	5.3	5.0	44 - 40
16.0	7.8	9.7	8.3	49 - 45
8.1	6.7	6.7	4.8	المجموع
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.				

وبالنظر في معطيات الجدول رقم 21 في الملحق الذي يتناول المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية حسب عدد المواليد الأحياء، نلاحظ بأن اضطرابات الدورة تصيب أكثر السيدات اللواتي لم ينجبن بعد مواليد أحياء و السيدات اللواتي أنجبن ستة مواليد أحياء و أكثر، أي النساء غير المتعودات على الإنجاب و النساء اللواتي قاربن سن اليأس.

3-8-4- انعدام الخصوبة (العقم)

يتضح من خلال بيانات الجدول رقم 59 بأن 7.6% من مجموع النساء المتزوجات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) عقيمت، فهن يرغبن في إنجاب أطفال (عقم أولي) أو أطفال آخرين (عقم ثانوي) ولم يستطعن تحقيق ذلك. و ترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي لديهن طفلا واحدا على الأكثر، حيث بلغت 53.1% بين النساء اللواتي ليس لديهن أطفال و 12.6% بين النساء اللواتي لديهن طفلا واحدا. كما ترتفع بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 35 سنة و اللواتي تقل مدة

زواجهن عن 10 سنوات، حيث بلغت 16.2% بين النساء في فئة السن 20- 24 سنة وكذلك النساء اللواتي تقل مدة زواجهن عن 5 سنوات، و 12.6% بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة.

أما عن أسباب عدم القدرة على الإنجاب حسب تصريحات النساء المستجوبات نجد بأن 27.8% من النساء أرجعن ذلك إلى المرض، و ترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي تزيد أعمارهن عن 35 سنة و اللواتي تزيد مدة زواجهن عن 10 سنوات و النساء اللواتي أنجبن أطفالاً. وصرحت 9.6% بأن عدم قدرتهن على الإنجاب يرجع إلى عقمنهن و أدلت 8.2% بعقم أزواجهن. وتجدر الإشارة إلى أن 42% من النساء لا يعرفن السبب، و ترتفع هذه النسبة بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 30 سنة و النساء اللواتي تقل مدة زواجهن عن 5 سنوات، و يرجع ذلك إلى أن 23.5% من النساء اللواتي تعانين من عدم القدرة على الإنجاب لم يخضعن للفحص والعلاج. و ترتفع هذه النسبة إلى 58.1% بين النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة و 35.5% بين النساء اللواتي تقل مدة زواجهن عن 5 سنوات.

جدول رقم 59: نسبة النساء المتزوجات (بـ %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) وغير الحاملات عند إجراء المسح وغير القادرات على الإنجاب حسب السبب وحسب خلفية المبحوثة سنة 2002.

نسبة اللواتي لم يتلقين العلاج	سبب عدم القدرة على الإنجاب						نسبة النساء غير القادرات على الإنجاب	خلفية المبحوثة
	المجموع	غير مبين	أسباب أخرى	عقم الزوج	المرض	العقم		
فئات السن								
58.1	100	50.8	40.6	-	8.6	-	12.6	19 -15
39.0	100	50.9	15.9	4.8	24.4	3.9	16.2	24 -20
36.1	100	52.3	13.1	9.0	16.1	9.4	8.8	29 -25
22.9	100	42.9	10.8	8.7	24.6	13.0	8.3	34 -30
15.0	100	33.3	8.7	9.5	35.3	13.3	6.1	39 -35
11.2	100	36.9	12.3	9.2	31.8	9.8	7.6	44 -40
14.1	100	31.7	13.0	7.1	45.3	2.9	3.7	49 -45
مدة الزواج								
35.5	100	53.4	19.4	5.0	17.3	4.9	16.2	4 -0
24.3	100	38.8	13.2	10.4	24.7	13.0	10.7	9 -5
23.7	100	39.5	9.2	9.5	33.6	8.2	6.1	14 -10
6.5	100	35.3	6.1	10.4	30.8	17.4	5.8	19 -15
13.7	100	31.9	6.3	8.3	44.8	8.6	4.0	+ 20
عدد الأطفال الأحياء								
20.2	100	37.2	15.0	15.5	15.8	16.5	53.1	0
21.8	100	43.6	10.3	-	43.5	2.7	12.6	1
32.5	100	51.6	7.8	-	37.0	3.1	6.8	2
37.0	100	43.4	8.8	-	47.7	-	2.8	3
27.4	100	64.3	15.3	-	20.5	-	1.9	4
25.5	100	43.7	7.8	-	48.6	-	1.4	+5
23.5	100	42.0	12.3	8.2	27.8	9.6	7.6	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

4.8. دوافع عدم تلقي المشورة

تكشف معطيات الجدول رقم 60 عن أسباب و دوافع عدم تلقي المشورة من قبل السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من أعراض هبوط الرحم و سلس البول و التهابات عنق الرحم و اضطرابات في الدورة الشهرية.

جدول رقم 60: توزيع السيدات (ب %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مشاكل متعلقة بالجهاز الإنجابي و لم تتلقين المشورة حسب مكان الإقامة و السبب (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

مشاكل في الدورة الشهرية			التهابات عنق الرحم			سلس البول			دوافع عدم تلقي المشورة *
المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	المجموع	ريف	حضر	
23.6	15.8	30.3	11.2	8.9	14.0	16.2	14.8	17.6	لا تعتقد ذلك يساعد
35.3	47.2	25.0	54.3	67.1	38.2	54.4	64.4	44.7	التكلفة العالية
7.9	13.7	2.9	9.9	15.1	3.3	7.4	13.6	1.5	الخدمة غير متوفرة
9.5	7.5	11.2	12.7	12.4	13.0	8.7	11.1	6.4	مشغولة/الزوج مشغول
27.1	24.1	29.7	14.3	10.3		24.1	19.1	29.0	المشكلة لا تستدعي
11.1	13.0	9.4	12.3	11.5	13.1	8.9	11.2	6.7	محرجة/خائفة/آخر
8.1	10.2	6.4	-	-	-	-	-	-	هذه الحالة دائمة
4.9	2.5	7.1	7.2	4.7	10.0	2.9	1.8	3.1	غير مبين
127.5	134	122	121.9	130	111	122.6	136	106	المجموع
49.0	55.3	44.5	35.9	44.0	28.8	48.4	55.6	43.7	نسبة السيدات اللواتي لم يتلقين المشورة (%)

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002. * سمح بتعدد الإجابات

تشير معطيات الجدول إلى أن:

- 48.4% من السيدات اللواتي عانين من سلس البول لم تتلقين المشورة، وترتفع هذه النسبة أكثر عند النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 55.6% مقابل 43.7% عند النساء المقيمت في الحضر. ومن دوافع عدم تلقي المشورة نجد ارتفاع التكلفة بنسبة 54.4% (64.4% بين النساء المقيمت في الريف و 44.7% بين النساء المقيمت في الحضر)، واعتقاد 24.1% من السيدات بأن المشكلة لا تستدعي تلقي المشورة و صرحت 16.2% بأن تلقي المشورة لا يساعد في علاج المرض و أدلت 7.4% بعدم توفر الخدمة. وتجدر الإشارة إلى أن النسبة الأخيرة مرتفعة أكثر

بين النساء المقيمت في الريف حيث بلغت 13.6% مقابل 1.5% فقط بين النساء المقيمت في الحضر.

- 35.9% من السيدات اللواتي عانين من التهابات عنق الرحم لم تتلقين المشورة حول المرض، وارتفعت هذه النسبة إلى 44% بين النساء المقيمت في الريف مقابل 28.8% بين النساء المقيمت في الحضر. ومن أهم أسباب عدم تلقي المشورة نجد ارتفاع التكلفة بنسبة 54.3% (67.1% بين النساء المقيمت في الريف و 38.2% بين النساء المقيمت في الحضر)، وعدم خطورة المشكلة بـ 14.3% و انشغال السيدات أو انشغال أزواجهن بنسبة 12.7% و الاعتقاد بأن المشورة لا تساعد في علاج المرض بنسبة 11.2% وعدم توفر الخدمة بـ 9.9%. وترتفع النسبة الأخيرة بين النساء المقيمت في المناطق الريفية حيث بلغت 15.1% مقابل 3.3% بين النساء المقيمت فقط في الحضر.

- 49% من السيدات اللواتي تعرضن إلى أعراض اختلال الدورة الشهرية لم تتلقين المشورة، وقدرت هذه النسبة بـ 55.3% بين النساء المقيمت في الريف و 44.5% بين النساء المقيمت في الحضر. وفي مقدمة أسباب عدم تلقي المشورة نجد ارتفاع التكلفة بنسبة 35.3% (47.2% بين النساء المقيمت في الريف و 25% بين النساء المقيمت في الحضر) ثم يليها اعتقاد السيدة بأن المشكلة لا تستدعي المشورة بـ 27.1% ثم اعتقادها بأن المشورة لا تساعد في حل المشكلة بنسبة 23.6%.

ويتضح مما تقدم بأن دوافع عدم تلقي الرعاية الصحية ترجع أساسا إلى تكلفة الخدمة المرتفعة وعدم توافرها خاصة في المناطق الريفية، و كذلك إلى اعتقاد السيدات بأن المشكلة لا تستدعي اللجوء إلى الطبيب لتلقي الرعاية الصحية، و رأت نسبة أخرى بأن الرعاية الصحية لا تحل المشكلة وخاصة إذا تعلق الأمر بمشاكل الدورة الشهرية.

5.8. مكان تلقي الرعاية الصحية

تم استجواب السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) عن مكان تلقي الرعاية الصحية في حالة تعرضهن لمشكلة صحية ما. و الجدول رقم 61 يتناول الإجابات المصرح بها حسب المكان المفضل لتلقي الرعاية الصحية وعمر السيدات.

يتضح من خلال معطيات الجدول أن التوجه إلى الطبيب الخاص لتلقي الرعاية الصحية هو المكان المفضل لنسبة 60.4% من السيدات، وترتفع هذه النسبة عند النساء الأصغر سنا حيث بلغت 71% لدى النساء في فئة العمر 15- 19 سنة و 67% لدى النساء في فئة العمر 20- 24 سنة.

وتأتي العيادات المتعددة الخدمات و المراكز الصحية في المرتبة الثانية بـ 18.6%، وترتفع هذه النسبة بين النساء البالغات 35 سنة و أكثر، بينما اللجوء إلى المستشفيات و مراكز الأمومة احتل المرتبة الثالثة بـ 12.3% و تليها العيادات الخاصة بنسبة 5%.

جدول رقم 61: توزيع السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة)

حسب المكان المفضل لديهن لتلقي الرعاية الصحية ووفات السن (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

فئات السن	مستشفى أو مركز الأمومة	عيادة أو مركز صحي	عيادة خاصة	طبيب خاص	أخرى	غير مبين	المجموع
	9.7	10.8	1.6	71.0	6.3	0.6	100.0
	9.8	12.3	6.7	67.4	3.7	0.1	100.0
29 -25	12.5	15.6	4.7	63.6	3.2	0.4	100.0
	12.2	17.9	5.5	60.9	3.3	0.2	100.0
39 -35	12.2	20.9	5.3	58.5	3.0	0.1	100.0
	11.9	19.7	4.5	58.6	5.1	0.2	100.0
49 -45	14.1	20.4	4.3	58.0	3.0	0.2	100.0
المجموع	12.3	18.6	5.0	60.4	3.5	0.2	100.0

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

يختلف مكان تلقي الرعاية الصحية باختلاف عدد المواليد الأحياء لكل امرأة. فمن خلال معطيات الجدول رقم 62 الذي يبين توزيع السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15-49 سنة) حسب المكان المفضل لديهن لتلقي الرعاية الصحية و عدد المواليد الأحياء، نلاحظ بأن السيدات اللواتي أنجبن عدد مواليد أحياء أكبر أكثر ترددا على الهياكل الصحية العامة لتلقي الرعاية الصحية، و السيدات اللواتي لديهن عدد مواليد أحياء أقل أكثر ترددا على العيادات الخاصة أو الطبيب الخاص لتلقي الرعاية الصحية.

تتخفف نسبة النساء اللواتي فضلن الطبيب الخاص لتلقي الرعاية الصحية بارتفاع عدد المواليد الأحياء، فأكثر نسبة سجلت عند النساء اللواتي لم ينجبن بعد مواليد أحياء حيث بلغت 68.2% وأصغر نسبة سجلت عند النساء اللواتي أنجبن ستة مواليد أحياء أو أكثر بـ 55.5%. و قد يرجع ذلك إلى أن الفئة الأولى من النساء ليست لديهن تجربة في مجال الحمل و الولادة و بالتالي لم يتعودن على المراكز الصحية العمومية، و العكس بالنسبة للنساء اللواتي أنجبن عدد أكبر من المواليد الأحياء، فهن أكثر تعودا على الهياكل الصحية العامة كالمستشفيات و مراكز الأمومة و العيادات المتعددة الخدمات

و المراكز الصحية لتلقي الرعاية الصحية. فنسبة اللواتي فضلن العيادات و المراكز الصحية العامة بلغت 10.6% بين النساء اللواتي لم ينجبن بعد مواليد أحياء مقابل 21.7% بين النساء اللواتي أنجبن 6 مواليد أحياء أو أكثر.

جدول رقم 62: توزيع السيدات (بـ %) غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) حسب المكان المفضل لديهن لتلقي الرعاية الصحية و عدد المواليد الأحياء (معطيات مسح صحة الأسرة 2002).

عدد المواليد الأحياء	مستشفى أو مركز الأمومة	عيادة أو مركز صحي	عيادة خاصة	طبيب خاص	أخرى	غير مبين	المجموع
0	9.8	10.6	6.6	68.2	4.6	0.2	100.0
1- 2	11.2	16.6	5.6	63.2	3.3	0.1	100.0
3- 5	12.3	19.6	4.8	59.9	3.1	0.3	100.0
6 و أكثر	14.3	21.7	4.1	55.5	4.3	0.1	100.0
	12.3	18.6	5.0	60.4	3.5	0.2	100.0

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

ولم نسجل اختلافات كبيرة في مكان تلقي الرعاية الصحية باختلاف مكان الإقامة (أنظر معطيات الجدول رقم 22 في الملحق رقم 2).

6.8. عوائق تلقي العلاج الطبي

لتحديد عوائق تلقي الرعاية الصحية أو العلاج الطبي عند الإصابة بالمرض، تم استجواب السيدات غير العازبات و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) عن العوائق التي تحول دون حصولهن على الرعاية أو العلاج عندما تتعرضن للمرض.

تشير معطيات الجدول رقم 63 إلى أن 43.9% من السيدات صرحن بأن الحصول على المال للكشف و العلاج يمثل عائق لديهن لتلقي الرعاية أو العلاج الطبي، و ذكرت 28.6% منهن عامل بعد المسافة الفاصلة بين مقر إقامتهن و المركز الصحي. كما امتنعت 28.3% عن تلقي الرعاية الصحية بسبب عدم تمكنهن من الذهاب بمفردهن إلى مكان تلقي الرعاية، وكان الاضطرار لركوب المواصلات للذهاب إلى مكان تلقي الرعاية عائقا للحصول على الرعاية و العلاج الطبي لنسبة 27.7% من السيدات.

و تتباين عوائق تلقي الرعاية الصحية أو العلاج الطبي باختلاف المستوى التعليمي للمرأة، فالنساء الأميات هن الأكثر تصريحا بهذه العوائق مقارنة مع النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى. فعلى سبيل المثال بلغت نسبة النساء اللواتي صرحن بأن الحصول على المال يمثل

عائق لديهن لتلقي الرعاية الصحية 59.6% بين النساء الأميات و 6% بين النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى. ونفس الملاحظة تنطبق على باقي العوائق الأخرى، حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما قلت نسبة هذه العوائق.

جدول رقم 63: نسب السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي صرحن بالعوائق المختلفة للحصول على العلاج الطبي حسب الخصائص العامة للمبحوثة سنة 2002.

عوائق الحصول على العلاج الطبي							الخصائص العامة للمبحوثة
عدم وجود امرأة تقوم بالرعاية	لا تريد الذهاب بمفردها	الاضطرار لركوب المواصلات	بعد المركز الصحي	الحصول على المال للكشف	الحصول على الإذن	لا تعرف مكان الرعاية	
المستوى التعليمي							
17.4	36.9	39.2	40.3	59.6	24.9	15.4	أمية
14.8	26.3	25.5	25.2	41.3	18.5	9.8	كتابة
12.5	22.1	17.5	18.2	31.8	13.8	5.6	ابتدائي
10.7	15.4	11.2	12.6	19.3	10.6	4.9	إعدادي أو متوسط
4.8	7.4	4.3	6.4	6.0	2.2	0.8	ثانوي و أعلى
مكان الإقامة							
12.1	17.8	12.9	12.8	35.1	13.1	7.0	حضر
18.2	43.0	48.3	50.6	56.2	27.1	15.6	ريف
14.7	28.3	27.7	28.6	43.9	19.0	10.6	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

تتباين كذلك عوائق عدم تلقي الرعاية الصحية باختلاف مكان الإقامة، فبيانات الجدول تشير إلى أن 56.2% من النساء المقيمت في الريف صرحن بأن الحصول على المال للكشف يقف كعائق أمامهن لتلقي الرعاية، و ذكرت 50.6% بعد المسافة عن مركز تلقي الرعاية و أدلت 48.3% بالاضطرار لركوب المواصلات. و بلغت هذه النسب 35.1%، و 12.8% و 12.9% على التوالي بين النساء المقيمت في الحضر.

و بشكل عام يتضح من خلال معطيات الجدول بأن بعد المسافة عن مراكز تلقي الرعاية والاضطرار لركوب المواصلات و الحصول على المال للكشف شكلت أهم العوائق تلقي الرعاية الصحية أو العلاج الطبي.

خلاصة الفصل

خلاصة، مست المشاكل المتعلقة بالجهاز الإنجابي كهبوط الرحم و سلس البول و التهابات عنق الرحم أكثر السيدات المقيمات في الريف و النساء في فئة العمر 45-49 سنة و النساء اللواتي أنجن عدد أكبر من المواليد الأحياء. و شكلت التكلفة المرتفعة للخدمة المقدمة و عدم توافرها دوافع أساسية لعدم تلقي المشورة، كما أن بعد المسافة عن مراكز تلقي الرعاية و الاضطرار لركوب المواصلات و الحصول على المال للكشف و عدم رغبة النساء في الذهاب بمفردهن إلى مكان تلقي الرعاية مثلت عوائق رئيسية لتلقي الرعاية الصحية أو العلاج الطبي حسب تصريح السيدات خاصة بين النساء المقيمات في المناطق الريفية و النساء الأميات.

عرض و مناقشة نتائج الدراسة

تبين من خلال ما سبق بأن التحسن المسجل في مؤشرات الصحة الإنجابية (التطعيم ضد التيتانوس، الرعاية الصحية خلال فترة الحمل، الرعاية الصحية بعد عملية الوضع، استخدام وسائل تنظيم الولادات و غيرها) خلال الفترة 1992- 2002 خص بالدرجة الأولى النساء المقيمات في المناطق الريفية و النساء الأميات. فالارتفاع الحاصل في مؤشرات الصحة الإنجابية بين النساء المقيمات في المناطق الريفية، يرجع إلى التحسن في وفرة الخدمات الصحية في هذه المناطق. فعند دراستنا لأسباب عدم تلقي الرعاية الصحية، تبين بأن نسبة النساء اللواتي لم يتلقين أية رعاية صحية خلال و بعد فترة الحمل بسبب عدم توفر الخدمة الصحية انخفضت خلال الفترة 1992- 2002 خاصة في المناطق الريفية. كما تراجع نسبة النساء المقيمات في الريف غير المستخدمات لوسائل تنظيم الولادات بسبب عدم توفر الوسيلة من 7.2% سنة 1992 إلى 1.6% سنة 2002. أما الارتفاع الحاصل في مؤشرات الصحة الإنجابية بين النساء الأميات خلال الفترة المذكورة يرجع إلى انخفاض نسبة النساء الأميات اللواتي شملتهن عينة الدراسة سنة 2002 و التي بلغت 45.5% مقابل 55.1% سنة 1992.

كشفت هذه الدراسة عن وجود قصور في مستوى معرفة السيدات بالأمراض المنقولة جنسيا و بطرق انتقالها (مرض السيلان و الزهري) و الوقاية منها (مرض الإيدز) خاصة بين النساء الأميات. فمعطيات مسح صحة الأسرة لسنة 2002 بينت بأن 20.9% من النساء الأميات لا تعرفن أية طريقة للوقاية من مرض الإيدز، في حين كل النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى تعرفن على الأقل طريقة من طرق الوقاية. كما تبين من خلال معطيات نفس المسح وجود فوارق جوهرية في مستوى الوعي بالأمراض المنقولة جنسيا بين مختلف مناطق البلاد. فمثلا نسبة الوعي بمرض الإيدز بلغت 91.6% في بعض ولايات الغرب الجزائري كولاية سيدي بلعباس و تلمسان، في حين لم تتجاوز هذه النسبة 43.1% في ولاية الجلفة.

يعتبر التأكد من الحمل و المضاعفات الصحية أهم الأسباب التي جعلت النساء الحوامل يلجأن إلى المؤسسات الطبية لطلب الرعاية الصحية خلال فترة الحمل. و بالمقابل مثل عدم تعرض النساء إلى مشاكل صحية السبب الرئيسي الذي جعلهن لا يترددن على المراكز الصحية لتلقي الرعاية الصحية خلال و بعد فترة الحمل. فمعطيات المسحين بينت بأن الرعاية الصحية خلال و بعد فترة الحمل لم تتم بشكل روتيني و إنما كان سببها تعرض النساء إلى مضاعفات و مشاكل صحية خلال هذه الفترة. و هذا يعتبر مؤشرا على عدم وعي النساء بأهمية الرعاية الصحية خصوصا النساء المقيمات في الريف، فقد يعاني الجنين من مشاكل صحية و تشوهات خلقية و التي غالبا لا تشعر بها

الحامل. و هذا يستدعي العمل على توعية النساء بأهمية الرعاية المتكاملة أثناء و بعد الحمل وتشجيعهن على الزيارات المبكرة و المنتظمة لوحدة رعاية الأمومة.

يتباين مستوى تلقي الرعاية الصحية باختلاف مكان إقامة المرأة، فالنساء المقيمت في المناطق الحضرية هن الأكثر تردداً على المستشفيات و المراكز الصحية العامة لتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل و لإجراء عملية الوضع مقارنة مع النساء المقيمت في المناطق الريفية. فمثلاً الفارق في مستوى تلقي الرعاية الصحية خلال فترة الحمل بين هاتين الفئتين بلغ 23.6 نقاط سنة 1992 و 15.2 نقاط سنة 2002. و يفسر هذا الاختلاف بوفرة الخدمات الصحية أكثر في المناطق الحضرية مقارنة مع المناطق الريفية و بتكلفة أقل. فالمرأة المقيمة في الريف قد تضطر إلى قطع مسافات طويلة للحصول على الخدمة الصحية اللازمة، و هذا ما يؤدي إلى رفع تكلفة الخدمة المطلوبة.

تختلف كذلك مؤشرات الصحة الإنجابية بتباين المستوى التعليمي للمرأة، فالنساء اللواتي حصلن على مستوى تعليمي مرتفع أكثر وعياً و معرفة بالأمراض المنتقلة جنسياً. كما أن معدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة و مستوى تلقي الرعاية الصحية يرتفعان مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. فمثلاً الفارق في نسبة المتابعة الصحية أثناء الحمل بين النساء الأميات و النساء اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و أعلى بلغ 38.3 نقاط سنة 1992 و 29.7 نقاط سنة 2002، و قدر الفارق في نسبة المتابعة الصحية بعد الوضع بين هاتين الفئتين من النساء 20.4 نقاط سنة 1992 و 34.2 نقاط سنة 2002. إضافة إلى ذلك أظهرت معطيات المسح بأن النساء المتعلقات أقل إنجاباً و أقل لجوءاً إلى زواج الأقارب. هذه المعطيات تبين بأن المستوى التعليمي للمرأة يعتبر من العوامل المؤثرة على صحة المرأة الإنجابية.

تبين من خلال بيانات المسح بأن تكلفة الوسيلة أو الخدمة الصحية المقدمة أصبحت تندرج ضمن الأسباب الرئيسية لعدم تلقي الرعاية الصحية خاصة في المناطق الريفية. فنسبة النساء اللواتي لم يتلقين رعاية صحية أثناء الحمل بسبب ارتفاع تكلفة الخدمات المقدمة ارتفعت من 7.3% سنة 1992 إلى 21.9% سنة 2002 في الريف و من 3.5% إلى 18.2% على التوالي في الحضر. إضافة إلى ذلك شكل سبب تكلفة الخدمة الصحية المرتفعة دافعا أساسياً لعدم تلقي المشورة من قبل النساء اللواتي عانين من مشاكل متعلقة بالجهاز الإنجابي سنة 2002. كما صرحت 56.2% من النساء المقيمت في الريف اللواتي عانين من مشاكل مرتبطة بجهازهن الإنجابي بأنهن لم يتلقين العلاج الطبي بسبب عدم حصولهن على المال و صرحت 50.6% ببعد المسافة عن المركز الصحي و 48.3% بالإضطراب لركوب المواصلات للذهاب إلى مراكز تلقي العلاج.

إضافة إلى ذلك كشفت معطيات المسحين عن عدم وجود اتساق بين مستوى الوعي بوسائل منع الحمل و معدل استخدام هذه الوسائل. ففي سنة 2002، بلغت نسبة النساء المستجوبات اللواتي يعرفن على الأقل وسيلة ما من وسائل منع الحمل 99.9%، في حين بلغ معدل استخدام هذه الوسائل 57%. كما بينت معطيات مسح صحة الأسرة لسنة 2002 وجود فوارق جوهرية في معدل استخدام وسائل منع الحمل حسب ولايات الوطن. فنسبة الاستعمال بلغت 65.2% في ولاية وهران و تلمسان و سيدي بلعباس و عين تموشنت، في حين لم تتجاوز 32% في ولايات الجنوب الجزائري كولاية أدرار و تامنراست و إليزي و تندوف. أما الطلب غير الملبى من وسائل منع الحمل بلغ 24.6% من مجموع النساء المتزوجات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة)، و توزعت هذه النسبة إلى 14.7% بغرض المباشرة بين الولادات و 9.9% بغرض تحديد الولادات.

و في الأخير نشير إلى أنه هناك عوامل أخرى قد تؤثر على مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية لم تتطرق إليها هذه الدراسة بسبب غياب المعطيات الخاصة بها كدور الأسرة و الأزواج في مجال صحة المرأة الإنجابية و كذلك أثر التكلفة الاجتماعية على مستوى الاستفادة من الخدمات الصحية كنوع المعاملة التي تتلقاها المرأة في المراكز الصحية، طول فترة الانتظار التي تقضيها المرأة قبل مقابلتها للمختصين لإجراء الرعاية الصحية، التنقل إلى المراكز الصحية، طول الرحلة إلى مكان تلقي الرعاية الصحية و نوعية الخدمات المقدمة. و العلاقة الموجودة بين هذه العوامل و مستوى الرعاية الصحية الإنجابية يكون موضوع لدراسات مستقبلية.

الخاتمة

أولت الجزائر اهتماما كبيرا بقضايا الصحة الإنجابية بعد المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية الذي انعقد بالقاهرة سنة 1994، حيث عملت على توسيع مجال التخطيط العائلي و الولادة والعلاجات المستعجلة المتعلقة بالتوليد و أمراض النساء، كما أعطت أهمية كبيرة لعلاج حالات العقم و سرطان عنق الرحم و الثدي. و استمرت في بناء الهياكل الصحية و تجهيزها بمعدات متطورة و تكوين الأطباء و المستخدمين الصحيين. و كان من نتائج هذه الجهود تحسن مستوى التغطية الصحية و مستوى الرعاية الصحية و تنظيم الولادات، لكن لا زال المجتمع الجزائري يعاني من بعض الظواهر التي لها تأثير سلبي على صحة الأمهات كزواج الأقارب و الإنجاب المكثف خصوصا بيت النساء المقيمتات في المناطق الريفية و النساء الأميات. كما بينت معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002 وجود فوارق جوهرية في مؤشرات الصحة الإنجابية بين مختلف ولايات البلاد و وجود قصور في مستوى الرعاية الصحية بعد الولادة و ضعف مستوى المعرفة بالأمراض المنتقلة جنسيا. و هذا الأخير يعتبر مؤشرا على ضعف وسائل الإعلام في مجال الصحة الإنجابية و غياب التثقيف الصحي التي أكدت عليها وثيقة مؤتمر القاهرة الدولي للسكان و التنمية سنة 1994. إضافة إلى ذلك هناك عوامل حالت دون الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية أهمها ارتفاع التكلفة الاقتصادية للخدمات الصحية خصوصا في الأرياف، حيث أن المرأة المقيمة في الريف تتحمل مصاريف إضافية تتعلق بتكلفة التنقل إلى مكان تلقي الخدمة الصحية و ذلك نتيجة البعد الجغرافي عن مراكز تقديم الخدمات.

هذه المؤشرات تستدعي العمل على تدعيم البيئة الاجتماعية و الاقتصادية للتغلب على المعوقات التي تحد من إمكانية حصول النساء على الرعاية الصحية الإنجابية مثل الحواجز المالية حيث خدمات الأمومة تقدم مجانا و لا تضطر النساء إلى دفع تكاليف الخدمات، و كذلك توفير المواصلات عند الحالات الطارئة التي تحتاج إلى تدخلات سريعة، كما يجب العمل على تمكين المرأة و توفير خيارات أكثر أمامها من خلال توسيع إمكانية حصولها على التعليم و الخدمات الصحية. و لرفع مستوى الوعي بأهمية الرعاية الصحية الإنجابية يجب إدراج قضايا الصحة الإنجابية ضمن مفردات المنهج الدراسي في المرحلة الأساسية من مراحل التعليم.

و أخيرا نأمل أن يكون لهذه الدراسة دور في رفع مستوى الوعي العام بقضايا الصحة الإنجابية للمرأة، كما نأمل أن تساعد في صياغة سياسات صحية خاصة في المستقبل.

الهوامش

- [1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Rapport principal, Alger, (2004) .
- [2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Population et Développement en Algérie, Rapport National, Conférence Internationale sur la Population et le Développement, CIPD+10, Décembre (2003) .
- [3] الأمم المتحدة، تقرير المؤتمر الدولي للسكان و التنمية بالقاهرة، 5-13 سبتمبر 1994، نيويورك (1995).
- [4] رولان بريسا، معجم علم السكان، ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية بالقاهرة، مصر، (2007).
- [5] محمد حسن محمد المعمري و آخرون، مفاهيم السياسة السكانية و الصحة الإنجابية من منظور شرعي، اليمن، المعهد العالي للتوجيه و الارشاد، (1991).
- [6] Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), Santé reproductive, stratégie de la région Africaine 1998-2007, Bureau Régional de l'Afrique, (1997).
- [7] O.M.S., Manuel d'analyse de la mortalité, Paris, INED, (1985).
- [8] Office National des Statistiques (O.N.S.), Population urbaine et rurale par commune, R.G.P.H., (1987).
- [9] ختام حسين تميم، العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية و الوضع الاقتصادي و الاجتماعي في سورية، رسالة دكتوراه في الاقتصاد، جامعة دمشق، كلية الاقتصاد، مركز الدراسات السكانية، (2004-2003).
- [10] عزت فهيم محروس الشيشيني، أثر العوامل السكانية و الاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني، القاهرة، (2000).
- [11] المركز الديمغرافي بالقاهرة، استقصاء مدى إمام الشباب في مصر بالصحة الإنجابية، القاهرة، (1995) .

- [12] اللجنة الوطنية للسكان، تحسين الصحة الإنجابية في البلدان النامية، الأردن، (1997).
- [13] شاهد طوبيا و آخرون، المرأة العربية: لمحة عن التنوع و التغيير، دار النخيل للنشر والطباعة، القاهرة، (1995).
- [14] مركز الحقوق الإنجابية، الحقوق الإنجابية من حقوق الإنسان، نيويورك، (2003).
- [15] مركز الحقوق الإنجابية، البقاء على قيد الحياة بعد الحمل و الولادة، حق من حقوق الإنسان الدولية، نيويورك، (2005).
- [16] الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، الملحق رقم 46، نيويورك (1979).
- [17] صندوق الأمم المتحدة للسكان، "حالة سكان العالم وعد المساواة: الإنصاف بين الجنسين والصحة الإنجابية والغايات الإنمائية للألفية"، نيويورك، (2005)، مرجع سابق، ص 26-35.
- [18] مركز الحقوق الإنجابية، البقاء على قيد الحياة بعد الحمل و الولادة، حق من حقوق الإنسان الدولية، نيويورك، (2005).
- [19] محمود أمين حشمة، الصحة الإنجابية في المواثيق الدولية لحقوق الإنسان، مركز عمان لدراسات حقوق الإنسان، ط1، الأردن، (2002).
- [20] احمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، ط1، دار النهضة العربية للنشر، بيروت، لبنان، (2000).
- [21] حسان بغدادي، الرعاية المثالية للحامل، ط1، دار القدس للعلوم، دمشق، (2004).
- [22] جمعية تنظيم الأسرة السورية، 25 عاما من أجل الأسرة السورية، دمشق، (1999).
- [23] صندوق الأمم المتحدة للسكان، استعراض البرنامج المشترك بين الأقطار لصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2000 - 2003، الدورة الأولى العادية لعام 2004، 23 إلى 30 جانفي 2004.
- [24] نبيل يونس و آخرون، صحة المرأة الإنجابية: أمراض النساء من منظور طبي واجتماعي، سلسلة السياسات في مجال الصحة الإنجابية رقم 2، مجلس السكان، المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال إفريقيا، مصر، بدون سنة.
- [25] نادية رمسيس فرح، حياة المرأة وصحتها، سينا للطبع والنشر، القاهرة، (1992).
- [26] زكريا الشيخة، أمراض النساء: الأعراض و الوقاية و العلاج، ط1، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، (2001).
- [27] توفيق اسماعيل و آخرون، الصحة الإنجابية في سورية، لجنة التنسيق للبرنامج الوطني للتحفيز السكاني و البرنامج الفرعي للصحة الإنجابية، بدون سنة.
- [28] عماد الدين تنوخي و آخرون، التوليد و أمراض النساء، الجزء الثاني، منشورات جامعة دمشق، سورية، (2006).
- [28] أيمن محمد عادل، دليل المرأة في الحمل و الولادة، ط1، مكتبة النافذة، القاهرة، مصر، (2006).
- [29] صندوق الأمم المتحدة للسكان. حالة سكان العالم، نيويورك، (1997).
- [30] ايمن محمد عادل، أمراض النساء: الأسباب و الوقاية و العلاج، ط1، مكتبة النافذة، القاهرة، مصر، (2006).

- [31] جمال ابو السرور، أمانة نصير و آخرون، الدليل المبسط للمفاهيم السكانية و الوضع الديموغرافي و قضايا السكان في العالم الإسلامي، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية و العلوم و الثقافة، إيسيسكو، (2000).
- [32] اقبال ابراهيم محفوظ، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الصحية، اتجاهات تطبيقية، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، مصر (1999).
- [33] Office National des Statistiques, Rétrospective statistiques 1970-2002, Edition (2005).
- [34] وزارة الصحة و السكان، السكان و التنمية في الجزائر، التقرير الوطني ن د س ت +5، الجزائر، (1998).
- [35] اللجنة الوطنية للسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، الجزائر (2001).
- [36] عبد الخالق حسن يوسف، المشاكل الجنسية في مائتين و خمسين سؤال و جواب، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت، (2004).
- [37] ناصر بوكلي حسن، الصحة التناسلية النسائية: المفهوم، الوقاية و العلاج، ط1، دار ابن النفيس للطباعة و النشر، دمشق، (2002).
- [38] سبيرو فاخوري، الأمراض المتناقلة عبر الجنس، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، (1991).
- [39] احمد رجاء عبد الحميد رجب، الأمراض المنقولة جنسيا، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية و العلوم و الثقافة، إيسيسكو، الرباط، (1998).
- [40] Institut pasteur Alger, Donnés sur les IST/Sida, Direction de la prévention.
- [41] شاهد طوبيا وآخرون، المرأة العربية: لمحة عن التنوع والتغيير، دار النخيل للنشر، القاهرة، (1995).
- [42] صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم 1998، الأجيال الجديدة، نيويورك (1998).
- [43] جمعية تنظيم الأسرة في لبنان، قراءة تحليلية لارتفاع متوسط سن الزواج في لبنان، منشورات جمعية تنظيم الأسرة، بيروت، لبنان، (2002).
- [44] كارون تركنجتون وآخرون، صحة المرأة، الدليل غير الرسمي، ط1، مكتبة جرير، المملكة العربية السعودية، (2003).
- [45] FRIBOURG, A., La Régulation des naissances, In revue du praticien, tome XXV, n° 57, Paris, (1980).
- [46] مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية، التربية السكانية: التكاثر البشري، مؤسسة خدمات الطباعة، المكلس، لبنان، (1988).
- [47] Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, La santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annuel, Alger, (2002).
- [48] شويكار زكي و آخرون، الأمومة و الطفولة، سلسلة وصفية طبية، ط1، مجموعة النيل العربية، القاهرة، (2000).
- [49] عز الدين محمد نجيب، متاعب المرأة في مرحلة الزواج، مكتبة ابن سينا للطباعة و النشر، القاهرة، (1993).

- [50] علي محمد المكاوي و آخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي، وكالة الأهرام للتوزيع، القاهرة (1998).
- [51] عماد الدين تنوخي و آخرون، التوليد و أمراض النساء، الجزء الثاني، ط2، منشورات جامعة دمشق، (2006).
- [52] غانم بيبي، اتفاقية حقوق الطفل: المراهقون و المراهقات و الزواج المبكر في المجتمعات العربية، الفرات للطباعة و النشر، بيروت، (2001).
- [53] ماري كلود دولاهاي، دليل المرأة من سن المراهقة إلى سن اليأس، دار الفراشة للطباعة و النشر، بيروت، (2000).
- [54] محمد الجوهرى، الصحة و البيئة: دراسات اجتماعية و أنثروبولوجية، القاهرة، (2007).
- [55] محمد قرني، مشاكل الحمل و عدم الخصوبة، المركز العربي للنشر بالإسكندرية معروف أخوان، مصر، بدون سنة.
- [56] هشام حسن مخلوف و آخرون، السكان و الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة، القاهرة، (2004).
- [57] أريكا هانت، الحمل و الولادة، ط1، مؤسسة الانتشار العربي، بيروت، لبنان، (1992).
- [58] الاتحاد العام النسائي و البرنامج الفرعي للتحفيز السكاني، المرأة السورية: حقائق و أرقام، سورية، بدون تاريخ.
- [59] وزارة الصحة، دليل المتدرب في الصحة الإنجابية للعناصر الصحية المساعدة، مديرية الرعاية الصحية الأولية، دمشق، (2006).
- [60] صلاح مواجده و آخرون، الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة و الأمومة المأمونة: توفر الخدمات و نوعيتها من وجهة نظر إقليمية، اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا، النشرة السكانية، العدد 46، (1998).
- [61] عبد الحليم الجوخدار و آخرون، الصحة الإنجابية للمراهقين و الشباب في الدول العربية، اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا، النشرة السكانية، العدد 46، (1998).
- [62] الأمم المتحدة، الحق في أعلى مستوى للصحة يمكن الحصول عليه، لجنة الحقوق الاقتصادية، الاجتماعية و الثقافية ، نيويورك (2000).
- [63] جامعة الدول العربية، صحة الأسرة العربية و السكان، بحوث و دراسات ، دورية علمية متخصصة، المشرع العربي لصحة الأسرة، العدد الأول، القاهرة (2008).
- [64] المجلس القومي للسكان، دراسة المعرفة و الاتجاهات و السلوك اتجاه الصحة الإنجابية بين المراهقين و الشباب في محافظة أسيوط، التقرير النهائي، وحدة إدارة البحوث، القاهرة، (1998).
- [65] المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي، تقرير حول صحة الأم و الطفل، لجنة السكان و الاحتياجات الاجتماعية، الدورة التاسعة، 28- 29 أكتوبر 1997، الجزائر، (1997).
- [66] المركز الديموغرافي بالقاهرة، التحليل المتعمق لدور الأزواج في الصحة الإنجابية، القاهرة، (1996).
- [67] المركز الديموغرافي بالقاهرة، تقرير مسح تباينات الخصوبة و تنظيم الأسرة في سيناء 1999، القاهرة، (1999).
- [68] وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، (2001).

[69] وزارة الصحة والسكان و المجلس القومي للسكان، المسح السكاني الصحي 2005، التقرير النهائي، القاهرة، (2007).

[70] الهيئة الدولية لصحة الأسرة، "الرجال و الصحة الإنجابية"، نيويورك، (1999).

[71] اليونسكو، "الإيدز من منظور العلوم الاجتماعية"، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مجلة ربع سنوية، العدد 186، القاهرة (2005).

[72] اليونسكو، "السكان: القضايا و السياسات"، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مجلة ربع سنوية، العدد 141، القاهرة (1994).

[73] اليونسكو، "السياسات الصحية و القيم الاجتماعية"، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مجلة ربع سنوية، العدد 161، القاهرة (1999).

[74] اليونسكو، "النتائج: تمكين المرأة من حقوقها-عشر سنوات بعد مؤتمر بيكين"، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مجلة ربع سنوية، العدد 184، القاهرة (2005).

[75] توفيق اسماعيل و آخرون، المرأة في سورية: حقائق و أرقام، الاتحاد العام النسائي و لجنة التنسيق للبرنامج الوطني للتحفيز السكاني، سورية، بدون تاريخ.

[76] PASINI, W., Désir d'enfant et contraception, collection orientation/via, Paris, non daté.

[77] ABDELMONEIM, A., et AZELMAT, M., Etat de santé des femmes et morbidité reproductive, Maroc, (2004).

[78] ABOUZAHAR, C., et WARDLAW, T., La mortalité maternelle à la fin d'une décennie: des signes de progrès, O.M.S, (2001).

[79] ABOUZAHAR, C., Mortalité maternelle: Aider les mère à survivre, O.M.S, (2000).

[80] BREIN, H., Contraception: Quel choix pour quelle vie?, Institut National de la santé et de la recherche médicale, Paris, non daté.

[81] Comité National de la santé reproductive et planification familiale, protocoles d'intervention en santé reproductive et planification familiale, à l'usage des personnels prestataires, Alger, (1997).

[82] Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, Politique National de population à l'horizon 2010, Rapport du Comite National de Population, Alger, (2002).

[83] Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, Maternité sans risques, Actes de la conférence maghrébine, Maroc, Marrakech, 23-26 octobre 1991.

[84] O.M.S., grossesse et VIH/SIDA, Aide-mémoire n° 250, Genève, (2000).

[85] O.M.S., Les droits de la personne, les femmes et le VIH/SIDA, Aide-mémoire n° 247, Genève, (2000).

[86] O.M.S., Les femmes et le VIH/SIDA, Aide-mémoire n°242, Genève, (2000).

[87] O.M.S., Les femmes et les infections sexuellement transmissibles, Aide-mémoire n° 249, Genève, (2000).

- [88] O.M.S., Soins obstétricaux essentiels, Aide-mémoire n°245, Genève, (2000).
- [89] Office National des Statistiques (O.N.S.), Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1992, Rapport principal, Alger, (1994).
- [90] BROUWERE, V., et autre, Réduire les risques de la maternité: Stratégies et évidence scientifique, Belgique, (2001).
- [91] Centre National d'étude et d'analyses pour la planification, "Famille et démographie en Algérie", Alger, (1999).
- [92] Centre National d'étude et d'analyses pour la planification, "Les effets du programme d'ajustement structurel sur les populations vulnérables", Alger, (2001).
- [93] Population Information Program, Poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction, Population Reports, Série M, n°17, New York, (2003).

الملحق 1

التعريف بأنواع وسائل منع الحمل

1. تعريف وسائل منع الحمل

وسائل منع الحمل هي مجموعة الطرق أو الأساليب التي تستخدمها الزوجة أو الزوج أو كليهما معا لمنع حدوث الحمل لفترة ما، على أن تعود الزوجة أو الزوج إلى خصوبتهما بعد التوقف عن استخدام الوسيلة. ويشترط في هذه الوسائل أن تكون آمنة وفعالة و تستعمل باتفاق و رضا الزوجين ودون إكراه، و قد تستخدم للمباعدة بين الولادات أو لتحديدتها، و ذلك بما يعود بالفائدة على صحة الأم والطفل و الأسرة و من ثم المجتمع.

2. أنواع وسائل منع الحمل

هناك أنواع متعددة من وسائل تنظيم الولادات، كل وسيلة تختلف عن الأخرى سواء من حيث الاستعمال أو الفعالية أو الآثار الجانبية الناتجة عن استخدامها. و حتى تكون وسيلة تنظيم الولادات مقبولة و مثالية، يجب ألا تؤثر على العلاقة الزوجية و تكون فعاليتها عالية جدا و مؤقتة و غير مكلفة و أعراضها الجانبية محدودة.

يعتمد في اختيار وسيلة تنظيم الولادات على فترة التنظيم، فالوسيلة المناسبة لحديثي الزواج يجب اختيارها بعناية حيث يكون القصد منها هو تأجيل الحمل، و الوسيلة المناسبة لتباعد المدة بين الحمل قد تختلف عن الوسيلة المناسبة للتوقف عن الإنجاب. و يمكن تصنيف وسائل تنظيم الولادات حسب الفعالية إلى وسائل حديثة (فعالة) و أخرى تقليدية (غير فعالة).

1.2. الوسائل الحديثة

1.1.2. حبوب منع الحمل (الأقراص)

تمنع الأقراص الحمل و ذلك بمجرد تناولها يوميا، تم اكتشافها من طرف البيولوجي بينكوس (Pincus) عن طريق تركيب مشتقات هرمون البروجيسترون المشع عن طريق الفم. استعملت أولا لمعالجة العقم الهرموني ثم جربت كوسيلة لمنع الحمل في بورتوريكو (Porto-Rico).

حبوب منع الحمل هي وسيلة هرمونية تتناولها المرأة يوميا عن طريق الفم ابتداء من اليوم الخامس للدورة الشهرية، وتستمر في أخذها يوميا و ذلك لمدة 21 يوما سواء حدث اتصال جنسي أم لم يحدث. و عندما ينتهي الشريط تتوقف لمدة سبعة أيام، و في اليوم الثامن تبدأ في تناول الشريط الجديد، وذلك للمحافظة على انتظامها و يبطل تناولها بانتظام عملية التبويض بصفة مؤقتة.

تؤخذ الحبوب بانتظام يوميا، فإذا حدث أن نسيت السيدة أخذ الحبة يجب أن تأخذها بمجرد أن تتذكر مع أخذ الحبة التالية في موعدها. و تجدر الإشارة إلى أن استخدام حبوب منع الحمل بدون انتظام أو "عند الحاجة" فقط غير سليم، و قد يؤدي إلى حدوث الحمل و إلى نزول الدم على فترات متكررة و عدم انتظام الدورة الشهرية.

تصل فعالية الحبوب إلى أكثر من 99% إذا تم استخدامها بالطريقة الصحيحة، و عند التوقف عن استخدامها تعود خصوبة المرأة إلى طبيعتها العادية.

توجد أنواع مختلفة لحبوب منع الحمل، يختلف كل نوع عن الآخر من حيث طبيعة و كمية الهرمونات الموجودة به. و كل سيدة تختلف عن الأخرى في نوع الحبوب التي تناسبها حيث أن الطبيب المتخصص هو الذي يستطيع أن يحدد ذلك. فهناك حبوب تستخدم في الأحوال العادية و تحتوي على نوعين من الهرمونات و هما هرموني الأستروجين و البروجستيرون، و هناك حبوب تحتوي على هرمون البروجستيرون و تستخدم في حالات الرضاعة الطبيعية، و ذلك لأنها لا تؤثر على كمية الحليب و مكوناته. و يمكن البدء في استخدامها بعد 40 يوما من الولادة ويتم تناولها يوميا بصفة مستمرة وبدون توقف حتى في أيام الحيض، و تصل فعالية هذا النوع إلى 97% إذا تم استخدامها بدقة و بصفة مستمرة.

قد يصاحب تناول الحبوب خلال الأشهر الأولى بعض الأعراض الجانبية البسيطة كنزول إفرازات دموية أو نقط من الدم بصورة غير منتظمة، حدوث غثيان أو صداع، الشعور بالإرهاق و ثقل الثديين، حدوث زيادة ملحوظة في وزن النساء اللواتي يستخدمنها بسبب تجميعها للمياه و الأملاح في الجسم، زيادة فرص الإصابة بسرطان عنق الرحم عند النساء اللواتي يستخدمن الحبوب لفترات طويلة. و قد تتسبب في ارتفاع ضغط الدم لدى بعض النساء، كما أنها تقلل من القيمة الغذائية لحليب الأم و قد يؤثر ذلك على درجة استفادة الطفل الرضيع من الرضاعة. لذلك ينصح المرضعات عن استخدام الحبوب بعد الستة أشهر الأولى، بحيث يكون الطفل قد بدأ في تناول وجبات خارجية بجانب الرضاعة، و بالتالي يستطيع من خلالها أن يعوض النقص الحادث في لبن الأم المستخدمة لحبوب منع الحمل.

أما عن المزايا الطبية لاستخدام حبوب منع الحمل، نجد أنها وسيلة سهلة وفعالة و متداولة، كما أنها تحدث انتظاما في دورة الحيض و تقلل من كمية الدم التي تفقدها السيدة أثناء الدورة الشهرية و التي تعرضها لحدوث فقر الدم. بالإضافة إلى ذلك فهي وقائية أي تمنع من الإصابة ببعض الأمراض و التهابات الجهاز التناسلي، حيث تستخدم كعقار وقائي من قبل السيدات اللواتي يوجد في تاريخ عائلاتهن حالات إصابة بسرطان الرحم لحمايتهن من الإصابة المستقبلية بهذا المرض.

ومن الإرشادات الهامة التي تقدم لمستعملات الحبوب نذكر:

* لا يجب على المرأة التوقف عن استعمال الأقراص فور سفر زوجها، بل يجب أن تستمر في تعاطيها إلى أن تنتهي الدورة الشهرية.

* قد يؤدي نسيان الزوجة استعمال الأقراص لمدة يومين متتاليين خصوصا في 12 يوما الأولى من الدورة الشهرية إلى حدوث الحمل.

* قد يؤدي نسيان تعاطي قرص أو قرصين أو ثلاثة أقراص إلى حدوث الدورة الشهرية التالية قبل موعدها العادي بأيام، و يفضل في هذه الحالة وقف الأقراص ثم البدء مرة أخرى في اليوم الخامس لنزول الدورة الشهرية الجديدة.

* ينصح بعدم استعمال الحبوب بعد بلوغ المرأة سن 35 سنة و في حالات مرض السكر و القلب و الكبد و الكلى و ضغط الدم و دوالي الساقين و سرطان الثدي و الرحم.

* عند انقطاع الطمث و بلوغ المرأة سن اليأس يجب التوقف عن استعمال الأقراص، لأن المرأة في هذه المرحلة تصبح غير قادرة على الإنجاب بسبب توقف المبيض عن إفراز البويضة.

2.1.2. اللولب

اللولب عبارة عن جهاز صغير على شكل حلقة، متغير الحجم و الطول، مصنوع من البلاستيك و مغلف إما من الجلد أو من الجلد و الفضة معا. يوضع من قبل الطبيب في رحم المرأة ابتداء من اليوم الخامس من الدورة الشهرية، و يعمل على منع تعشيش البويضة إذا ما تم وضعه بشكل صحيح. و تقدر فعاليته بـ 98% لمدة تصل إلى عشر سنوات طالما بقي في الرحم و تعود خصوبة المرأة إلى طبيعتها بمجرد إخراج اللولب.

قد يعقب تركيب اللولب الشعور ببعض التقلصات في الثلاثة أشهر الأولى و نزول كمية بسيطة من الدم و حدوث التهابات في الجهاز التناسلي وفي هذه الحالة يجب إزالته فوراً. وقد يساعد على حدوث حمل خارج الرحم أو يحدث انسدادا لقناتي فالوب نتيجة عدم معالجة الالتهابات فور حدوثها و بالتالي حدوث العقم، و قد يخترق اللولب جدار الرحم و يدخل إلى تجويف البطن.

ومن مزايا اللولب أنه وسيلة فعالة لمنع الحمل، ولا يتطلب اهتماما يوميا مثل تناول حبوب

منع الحمل بانتظام أو الترقب و متابعة مظاهر الخصوبة. فهو يعمل مباشرة بعد وضعه داخل الرحم و تعود إمكانية الحمل أيضا مباشرة بعد سحبه من الرحم. كما أن اللولب النحاسي أو المزود بالمواد الطبية لا يؤثر في حجم أو في تكوين لبن الرضاعة بالنسبة للنساء اللواتي يرضعن أطفالهن. و بالتالي يمكن استعماله أثناء الرضاعة دون أن يفرز مواد مع الحليب، كما أنه يناسب السيدات اللواتي يقمن بأعمال شاقة و مرهقة أكثر من غيره من الوسائل الأخرى.

يجب الكشف على اللولب بعد كل ستة شهور للتأكد من عدم حدوث التهابات أو أي مضاعفات ومن وجود اللولب في مكانه. وفي حالة الشعور بوجود أي التهابات مهبلية أو ألم أسفل البطن أو زيادة كبيرة في الطمث يجب استشارة الطبيب.

لا يجب استعمال اللولب في الحالات التالية: الحمل و اشتباه الحمل، التهابات الجهاز التناسلي، إضرابات في الطمث، وجود أورام ليفية، بعد عملية قيصرية حديثة، عدم سبق الإنجاب و تاريخ سابق لحمل خارج الرحم. ومنه فإن اللولب غير ملائم لكل النساء و بالتالي يجب على المرأة التي تستخدم اللولب معرفة ما يلي:

- * تحديد مكان الخيوط و الرجوع إلى المركز الطبي في حالة عدم استطاعتها ذلك.
- * يصاحب استخدام اللولب أعراض جانبية عادية مثل الزيادة في النزيف.
- * الحاجة إلى طلب الرعاية الطبية إذا ظهرت أية علامات أو أعراض للتلوث و ألم في الحوض و النزيف الغزير غير العادي و الإفراز الغزير.
- * الحمل في حالة وجود اللولب في مكانه يكون منتبذا، و لذلك فألم البطن و غياب الطمث قد يكون من علامات الحمل المنتبذ.
- * الموعد الموصى به لاستبدال اللولب.
- * إذا وقع حمل و كان اللولب في مكانه يجب على المرأة أن تعرض نفسها على الطبيب حتى و لو كانت راغبة في استمرار الحمل.

3.1.2. حقن منع الحمل

تحتوى حقن منع الحمل على كمية بسيطة من الهرمونات كالبروجستيرون و الأستروجين، وهي وسيلة فعالة جدا و تمنع الحمل بنسبة قد تصل إلى 100% إذا تم استخدامها في موعدها بدقة. كما أنها تناسب الكثير من السيدات و يمكن استخدامها أثناء الرضاعة، و تختلف أنواعها حسب المدة فمنها ما يعطى كل شهر و منها ما يعطى كل ثلاثة شهور.

ومن آثار حقن منع الحمل الجانبية أنها تؤدي إلى نزول قطرات دم بعد انتهاء الحيض، وقد يحدث الحيض قبل مواعده، وقد تطول فترته أو قد يتأخر الحيض أو ينقطع. كما ينتج عن استعمالها عدم انتظام الدورة الشهرية، وهذا لا يسبب ضررا صحيا لأن كمية الدم غالبا ما تكون بسيطة، و لكن يجب على كل سيدة تنوي استخدام حقن منع الحمل أن تتوقع ذلك.

4.1.2. الغرز

تعتبر طريقة الغرز (الغرسات الهرمونية) من أحدث وسائل تنظيم الولادات، و هي عبارة عن ستة كبسولات تأخذ شكل أنبوب صغير جدا بحجم عود الكبريت، و تغرس تحت الجلد بمحقن خاص تحت تخدير موضعي في أعلى الذراع، و تحتوي على مادة بروجيسترون تعمل على منع التبويض وبالتالي منع الحمل. كما أنها تغير من طبيعة إفرازات عنق الرحم مما يجعله غير صالح للاختراق بواسطة الحيوان المنوي، و يستمر مفعولها لمدة خمس سنوات، و يمكن إخراجها في أي وقت عن طريق عملية جراحية بسيطة. ومن آثارها الجانبية أنها تؤدي إلى حدوث التهابات أو تلوث في مكان الزرع واضطراب في الدورة الشهرية و آلام الثدي.

ينصح المرأة بعدم استخدام طريقة الغرز إذا كانت [44] ص183:

- حامل.
- تتناول أدوية ضد الصرع.
- تعاني من نزيف مهبل غير معتاد و بدون أسباب.
- تعاني من جلطات دموية في الأوردة.
- تعاني من جلطات أو انسداد شرياني رئوي أم مرض من أمراض الكبد.

5.1.2. التعقيم

هو اختيار حر لتنظيم الولادات من قبل الأزواج الذين لا يرغبون في الإنجاب ولا يريدون أطفالا في المستقبل. و يستعمل في الحالات التي يشكل فيها الحمل خطرا على حياة الأم، أي تكون هناك ضرورة طبية مؤكدة لمنع الحمل بصفة دائمة، و تتم هذه العملية على المرأة أو الرجل.

1.5.1.2. تعقيم النساء

يتم تعقيم النساء باستعمال طرق جراحية مختلفة، و ذلك باستئصال جزء من قناتي فالوب و ربطهما، و بالتالي يستحيل على البويضات أن تنتقل من المبيض إلى الرحم فيمنع الحمل منعا دائما. وتتم الجراحة تحت مخدر عمومي باستخدام المنظار الضوئي الجراحي أو أسلوب التجفيف الكهربائي لجزء من كلتا القناتين. وتسبب هذه العملية عقما دائما ولا تؤثر في الناحية الجنسية.

2.5.1.2. تعقيم الرجال

يتم تعقيم الرجال عن طريق عملية جراحية بسيطة، حيث يتم قطع أو ربط الوعاء المنوي الناقل أي الأنبوب الذي يحمل المنى من الخصيتين إلى العضو الذكري.

2.2. الوسائل التقليدية

1.2.2. الواقي الذكري

وهو كيس صغير مصنوع من المطاط متين بدرجة كبير و شفاف، يتراوح طوله بين 15 و 20 سم وقطره بين 3 و 4 سم، فهو مخصص لتغطية عضو الرجل التناسلي بعد الانتصاب قبل عملية الاتصال الجنسي، حيث يتجمع السائل المنوي في قمته و بالتالي يمنع وصول النطفة إلى الرحم. ويراعي بعد الجماع أن تمسك حافة الواقي الذكري جيدا عند الانسحاب من المهبل حتى لا يتسرب منه السائل المنوي إلى داخل المهبل.

تباع مختلف الأوعية ملتفة حول نفسها، و يوضع كل واق في علبة محكمة السد من ورق بلاستيكي أو من الألمنيوم. و تكون بعض الأوعية مزينة بالسيليكون و يطلو الحديث منها بمواد تعمل على إبطال عمل الحيوان المنوي، و تزود نهاية كل واق بخزان صغير يتجمع فيه السائل المنوي.

من مزايا الواقي الذكري أنه يمكن لأي زوج أن يستخدمه و بدون مراجعة الطبيب، ويمكن الحصول عليه بسعر رخيص من أي صيدلية، كما أن استعماله لا يسبب أي ضرر أو آثار جانبية. وهو يمنع حدوث الحمل بدرجة كبيرة إذا ما أستخدم بالطريقة الصحيحة و بصفة مستمرة حيث تصل فعاليته إلى 80%، إضافة إلى ذلك فإن استخدامه يمنع انتقال الأمراض التناسلية من طرف إلى آخر.

ومن عيوبه هو التمزق أثناء الجماع، و قد يكون مثقوبا و تتسرب منه الحيوانات المنوية إلى المهبل، و كذلك عدم التلامس المباشر بين الزوجين مما يقلل من اللذة الحسية.

2.2.2. الحاجب الحاجز

هو عبارة عن حجاب أو ستار سميك مطاطي يأخذ شكل القبة مرصوص بناض بلاستيكي، له أحجام مختلفة حيث يختار الطبيب المقاس المناسب، و يدرّب الزوجة على استخدامه و يتم إدخاله في المهبل قبل الجماع. وقد توضع مادة قاتلة للحيوان المنوي على الحاجز، فهو يعمل على منع وصول الحيوان المنوي إلى عنق الرحم، كما يقي من الأمراض المعدية و من الالتهابات و الإصابات المرضية للجهاز التناسلي.

يستعمل الحاجب الحاجز مباشرة قبل كل عملية أو اتصال جنسي أو ساعتين على الأكثر قبل الاتصال الجنسي، و من الضروري تركه في مكانه ما بين ست وثمان ساعات بعد آخر عملية [45]

ص4007.

يأخذ الحاجب الحاجز أشكالاً و أبعاداً مختلفة، حيث يمكننا تمييز ثلاثة أنواع رئيسية وهي: حاجب ذو نابض و حاجب مقوس و حاجب ذو سفرة. وتتطلب كل هذه الأنواع شترطين أساسيين عند استعمالها وهما:

- 1- وضع الحاجب بعناية في موضعه اللازم و نزعه بطريقة جيدة.
- 2- مراعاة الوقت الكافي و اللازم لنجاح استعماله من طرف كل مستخدمة.

3.2.2. العزل أو القذف الخارجي

وهي أقدم طريقة و منتشرة بدرجة كبيرة في العالم، و تتمثل في سحب العضو التناسلي للرجل من المهبل قبل القذف و ليتم ذلك خارج المهبل. ونسبة نجاح هذه الوسيلة في منع الحمل أقل كثيراً من الوسائل الأخرى، و السبب في ذلك يرجع إلى أن هناك كمية بسيطة من السائل المنوي تتسرب من العضو الذكري قبل القذف، و هي تحتوي على الآلاف من الحيوانات المنوية و التي قد تسبب حدوث الحمل. إضافة إلى ذلك قد لا يستطيع الزوج التحكم في التوقيت و يحدث القذف داخل المهبل، أو يحدث القذف على مدخل المهبل و هذا قد يتسبب في حدوث الحمل في كلتا الحالتين.

من عيوب هذه الوسيلة أنها غير مريحة للزوج و الزوجة ولا تتيح لهما الاستمتاع بالعلاقة الزوجية. ففي أغلب الأحيان لا تصل الزوجة إلى مرحلة الإشباع الجنسي عند ممارسة الزوج لهذه الطريقة، مما يؤدي إلى احتقان مزمن بالحوض، وهي حالة تسبب آلام في أسفل الظهر و الإحساس بالثقل في منطقة الحوض نتيجة بطء في الدورة الدموية في منطقة الجهاز التناسلي. وهذه الوسيلة غير فعالة و ذلك بسبب:

- * عدم السيطرة على النفس.
- * خروج الحيوانات المنوية إلى الإحليل قبل القذف.
- * التأخر في نزع عضو الرجل التناسلي من المهبل عند قرب عملية القذف.
- * إمكانية وجود الحيوانات المنوية في الإحليل في حال تكرار الاتصال الجنسي.

4.2.2. فترة الأمان

هي طريقة طبيعية تعتمد على منع الاتصال المباشر بين الزوج و الزوجة خلال أيام الدورة الشهرية المتوقع التبويض فيها. و لتحديد أيام التبويض نعلم على عد أيام الدورة الشهرية أو التغيرات التي تحدث لمخاط عنق الرحم أو التغيرات في درجة حرارة جسم المرأة.

هناك طرق متعددة لتوقع فترة الخصوبة أي موعد التبويض وهي: طريقة أوجينو و طريقة كنوس و طريقة أخذ حرارة الجسم. وتستند هذه الطرق إلى الملاحظات التالية:

- * لا تحصل عملية التبويض إلا مرة واحدة خلال الدورة الشهرية.
- * لا تكون البويضة قابلة للإخصاب إلا خلال 24 أو 36 ساعة التي تلي انطلاقها من المبيض.
- * لا تحافظ الحيوانات المنوية على قدرتها على التلقيح إلا خلال ثلاثة أو أربعة أيام.

2.2.1.4. طريقة أوجينو

توصل الطبيب الياباني أوجينو سنة 1924 إلى تحديد فترة الإباضة بين اليوم السادس عشر واليوم الثاني عشر اللذين يسبقان حدوث الطمث [47] ص55. و لتحديد اليوم الأول من فترة الخصوبة نقوم بطرح العدد 18 من عدد أيام أقصر دورة شهرية (16 يوما يضاف لها يومين و هي مدة حياة الحيوانات المنوية)، ولتحديد آخر يوم من هذه الفترة نطرح الرقم 11 من عدد أيام أطول دورة شهرية (12 يوما يطرح منها يوما واحدا وهو مدة حياة البويضة).

فإذا كانت مدة الدورة الشهرية تتراوح بين 25 و 31 يوما، يكون أول يوم من فترة الخصوبة هو اليوم السابع من الدورة الشهرية، و يمثل اليوم العشرين من الدورة الشهرية آخر يوم من فترة الخصوبة. و نتيجة لمعرفة فترة الخصوبة، يمكن السماح بالاتصال الجنسي حتى اليوم السادس من الدورة الشهرية واعتبارا من اليوم الحادي والعشرين من هذه الدورة بدون تعرض المرأة للحمل. يعاب على هذه الطريق فشلها في حالة عدم انتظام الدورة الشهرية في مواعيدها، فلا تستطيع المرأة الاعتماد عليها وحدها.

2.2.2.4. طريقة كنوس

وضع الطبيب النمساوي كنوس طريقة مشتقة من طريقة أوجينو لتحديد فترة الخصوبة لدى المرأة، و بالتالي فترة الأمان لديها خلال دورتها الشهرية. و لتحديد اليوم الأول من فترة الخصوبة نقوم بطرح العدد 17 من عدد أيام أقصر دورة شهرية، و لتحديد آخر يوم من هذه الفترة نطرح الرقم 13 من عدد أيام أطول دورة شهرية.

إذا كانت مدة الدورة الشهرية تتراوح بين 25 و 32 يوما، يكون أول يوم من فترة الخصوبة هو اليوم الثامن من الدورة الشهرية، و يمثل اليوم التاسع عشر من الدورة الشهرية آخر يوم من فترة الخصوبة.

إن طريقتي أوجينو و كنوس لا تعطيان دائما نتائج مضمونة، فقد دلت الإحصاءات على أن احتمال فشلهما يتراوح بين 8% و 35% عموما [46] ص56.

3.4.2.2. طريقة قياس درجة حرارة الجسم القاعدية

يمكن تحديد تاريخ التبويض عن طريق قياس درجة حرارة جسم المرأة كل يوم قبل النهوض من الفراش و بانتظام. فإذا وضعت نتائج قياس الحرارة الشرجية كل يوم على منحني، نلاحظ بأنه قبل عملية التبويض تكاد تكون جميع النقاط (درجات الحرارة المحصل عليها) دون السطر الذي يمثل 36.7 درجة مئوية، و بعدها تكاد تكون جميع النقاط فوق السطر المذكور، و عادة ما تكون فوق السطر الذي يمثل 37 درجة مئوية، و ذلك حتى تاريخ بدء الحيض و عندها تنخفض الحرارة مجدداً. و يعزى ارتفاع الحرارة إلى هرمون البروجيسترون الذي يفرزه الجسم الأصفر و الذي يتميز بخصائص رافعة للحرارة، و يمثل تاريخ التبويض أدنى نقطة على المنحني تسبق ارتفاع الحرارة.

تسمح طريقة قياس درجة حرارة الجسم بمعرفة الفترة التي يجب الامتناع فيها عن ممارسة العلاقات الجنسية و بالتالي تجنب وقوع الحمل.

لاستعمال هذه الطريقة يتوجب توافر الشروط التالية:

- تقاس الحرارة عند الاستيقاظ و قبل النهوض من الفراش يومياً عن طريق استعمال ميزان الحرارة نفسه.

- تحدد الحرارة يومياً و تسجل على منحني مرقم بأعشار الدرجات و ذلك خلال دورتين شهريتين كاملتين على الأقل.

إن النتائج التي تعطيها طريقة قياس حرارة الجسم مضمونة إذ تم تطبيقها بصورة صحيحة.

5.2.2. الرضاعة الطبيعية

الرضاعة الطبيعية ذات أهمية بالغة لنمو الطفل بصورة صحية و سليمة، فلبن الأم هو الغذاء الكافي و الأمثل كما أنه يحمي الطفل من الأمراض التي تكثر الإصابة بها في مرحلة الطفولة المبكرة. إضافة إلى ذلك فإن الرضاعة الطبيعية تستعمل كوسيلة لتأخير الحمل بعد ولادة الطفل، و يلاحظ أن الحيض لا يحدث لدى بعض النساء طالما أنهن يرضعن من الثدي. ويستدل من الإحصاءات المتوافرة أن ثلث النساء اللواتي يرضعن من الثدي مدة تسعة أشهر بدون انقطاع لا يعاودهن الحيض خلال هذه المدة [46] ص55.

و تفسر ظاهرة إعاقه الحمل لدى النساء المرضعات بوجود هرمون البرولكتين المانع لتكوين الجسم الأصفر. و هذا الأخير يفرز هرموني البروجسترون و الاستراديول اللذين يؤثران في بطانة الرحم فيزداد سمكها و تنتهي لاستقبال البويضة في حال إخصابها.

يجب على المستعملات للرضاعة الطبيعية أن يقمن بالرعاية الطبية و إجراء فحوصات بعد الولادة، لأنه قد يقع أحيانا حمل الأم المرضعة و تسمى هذه الظاهرة "بالغيل"، و معناه العلمي هو الإشارة إلى رضاعة الطفل من لبن الحامل. فهذه الظاهرة تترك آثارا سيئة فقد لا تظهر حتى يكبر الطفل، كما أن الحمل أثناء الرضاعة يؤثر فعلا على كمية المواد الغذائية في اللبن، فتتقص فيه المواد البروتينية و الفيتامينات اللازمة لنمو الرضيع. و يزيد الضرر كلما قصرت الفترة بين ولادة الرضيع و حمل الأم، و لذلك ينصح الزوجان بأن لا تقل الفترة بين حمل و آخر عن عامين.

ويمكننا تلخيص فوائد الرضاعة الطبيعية في ما يلي:

- بالنسبة للطفل:

- تحافظ على حياة الطفل، فالأطفال الذين يرضعون لبن آلام أفضل و اقل تعرضا للإصابة بالأمراض المعدية.
- الرضاعة المتكررة تخلق اتصال وثيق بين الأم و طفلها و تساعد على تكوين العلاقة الطيبة بينهما.
- تجعل الطفل أكثر إحساسا بالأمان و الحنان و أكثر استقرارا من الناحية النفسية.
- لبن الأم يحتوى على جميع العناصر الغذائية التي تقيد الطفل، كما أن نسبة الدسم و السوائل الموجودة فيه و حرارته تتناسب مع عمر الطفل و تغير الموسم و اختلاف الليل و النهار، و هو يكفى كغذاء كامل للطفل خلال الست شهور الأولى من عمره.

- بالنسبة للأم:

- الرضاعة الطبيعية تعتبر مانعا طبيعيا للحمل (رضاعة كاملة).
- تساعد على انكماش و عودة الرحم إلى وضعه الطبيعي.
- الإرضاع من الثدي يجعل الإصابة بسرطان الثدي نادرا.
- الرضاعة من الثدي تجنب الأم مشاكل احتقان الثدي و ما ينتج عنه من مضاعفات مؤلمة.
- الإرضاع أكثر راحة للأم فهو يجنبها مشاق إعداد الحليب و تعقيم الأدوات و تنظيفها، بالإضافة إلى تجنب مشاق العناية بالأمراض التي قد تصيب الطفل بسبب الرضاعة الاصطناعية.
- يقوي حنانها و عاطفتها اتجاه طفلها و تجعله أكثر ارتباطا و تعلقا بها.

الملحق 2

الجدول

جدول رقم 1: تطور متوسط العمر عند الزواج الأول حسب الجنس خلال الفترة 1966-2002.

الجنس	1966	1970	1977	1987	1992	1998	2002
الذكور	23.8	24.4	25.3	27.7	30.1	31.3	33.0
الإناث	18.3	19.3	20.9	23.7	25.9	27.6	29.6
الفرق	5.5	5.1	4.4	3.9	4.2	3.5	3.4

المصدر: 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل
 باقي السنوات: وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، الجزائر، 2001، ص5.

جدول رقم 2: معدل التغطية الصحية حسب الولايات سنة 2002 [47].

الرمز	الولاية	عدد السكان لكل:			الرمز	الولاية	عدد السكان لكل:			
		طبيب	ط أسنان	صيدلي			طبيب	ط أسنان	صيدلي	
1	أدرار	220	9684	23518	26	المدينة	1850	5091	17076	
2	الشلف	2574	7054	15663	27	مستغانم	1413	5522	11624	
3		1873	6155	10137	28	مسيلة	2057	7864	10651	
4	أم البواقي	1238	4877	5623	29	معسكر	1298	5497	6898	
5	باتنة	1208	4981	7007	30	ورقلة	1501	4997	9086	
6	بجاية	1380	4167	8445	31	وهران	436	2362	3701	
7	بسكرة	1415	5726	6323	32	البيض	1725	6219	11817	
8	بشار	1176	4345	13835	33	اليزي	539	1779	8897	
9	البلدية	625	2143	5246	34	ب بو عريج	1610	5512	9274	
10	البويرة	1826	5123	11014	35	بومرداس	1240	4084	8985	
11	تامنراست	2023	9327	16789	36	الطارف	1523	3084	6716	
12	تبسة	1832	7399	8007	37	تندوف	1213	4332	10107	
13	تلمسان	738	2919	4162	38	تيسمسيلت	2061	7774	27210	
14	تيارت	2062	6505	13975	39	الواد	2198	8027	12308	
15	تيزي وزو	883	2317	6592	40	خنشلة	1580	6405	6522	
16	الجزائر	311	1618	2782	41	سوق اهراس	1793	5723	8664	
17	الجلفة	2732	11561	13520	42	تبيازة	914	2562	6628	
18	جيجل	1624	4183		43	ميلة	1680	5051	5755	
19	سطيف	1274	5290	7611	44	عين الدفلة	2040	6216	14642	
20	سعيدة	1208	4957	7696	45	النعامة	1340	5280	7576	
21	سكيكدة	1467	3381	4805	46	ع تموشنت	962	2876	5655	
22	س بلعباس	598	3509	5263	47	غرداية	1327	5400	8384	
23	عنابة	458	2770	2970	48	غيلزان	2184	6934	11209	
24	قالمة	1473	4253	6175	المستوى الوطني			931	3732	6283
25				3768						

جدول رقم 3: نسبة النساء غير العازبات (ب %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي يعرفن الأمراض المنتقلة جنسيا حسب مكان الإقامة و المناطق الصحية الثانوية سنة 2002.

مكان الإقامة			الولايات التابعة للمنطقة الصحية الثانوية	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
المجموع	الريف	الحضر			
87.6	79.6	88.5	الجزائر	11	الوسط
67.4	61.4	76.9	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	12	
73.5	67.3	82.0	ددة، عين الدفلة، برج بوعريريج	13	
77.0	73.2	79.3	البليدة، تيبازة	14	
43.1	15.1	54.1	الجلفة	15	
68.6	45.4	71.5	قسنطينة، عنابة	21	الشرق
54.1	34.5	76.2	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميلة	22	
64.7	50.2	78.3	قالمة، الطارف، سوق اهراس	23	
56.6	42.7	63.5	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	24	
75.3	69.6	81.0	المسيلة	25	
91.6	88.2	93.4	تلمسان، سيدي بلعباس	31	الغرب
89.0	82.2	91.3	وهران، عين تموشنت	32	
74.8	64.9	84.3	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	33	
62.2	54.6	71.3	الشلف، مستغانم، غليزان	34	
68.0	48.0	75.1	بشار، ورقلة، البيض، النعامة، غرداية	41	الجنوب
56.1	44.6	66.1	الأغواط، بسكرة، الواد	42	
46.2	34.9	63.7	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	43	
68.7	56.3	77.6			المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 4: توزيع النساء غير العازبات (بـ %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي انتهى حملهن الأخير (خلال الخمس سنوات السابقة للمسح) بإسقاط أو إجهاض متعمد أو ولادة مية حسب مكان الإقامة سنة 2002.

نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن	نسبة النساء اللواتي انتهى حملهن الأخير بإسقاط أو إجهاض أو ولادة مية	المجموع	نوع الحدث			بوثة
			ولادة مية	إجهاض متعمد	إسقاط	
63.0	8.2	100	11.6	11.9	76.5	حضر
55.3	8.3	100	17.6	13.3	69.1	ريف
59.8	8.2	100	14.1	12.5	73.4	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 5: توزيع النساء غير العازبات (بـ %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي انتهى حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بإسقاط أو إجهاض متعمد أو ولادة مية حسب وقت وقوع الظاهرة وخلفية المبحوثة سنة 2002.

وقت وقوع الإسقاط أو الإجهاض المتعمد أو الولادة المية					خلفية المبحوثة
المجموع	غير مبين	الثلث الثاني من الحمل	الثلث الثاني من الحمل	الثلث الأول من الحمل	
مكان الإقامة					
100	0.5	12.5	18.3	68.7	حضر
100	0.5	15.2	19.2	65.1	ريف
المستوى التعليمي					
100	0.7	15.7	16.4	67.2	أمية
100	-	8.3	25.0	66.7	تقرأ وتكتب
100	0.6	15.1	21.1	63.2	ابتدائي
100	-	13.6	16.7	69.7	متوسط
100	0.7	11.1	18.8	69.4	ثانوي وأعلى
100	0.5	13.6	18.6	67.2	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 6: نسبة النساء غير العازبات (بـ %) وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تابعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الإقامة و المناطق الصحية الثانوية سنة 2002.

مكان الإقامة			الولايات التابعة للمنطقة الصحية الثانوية	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
المجموع	الريف	الحضر			
97.2	100	96.7	الجزائر	11	الوسط
86.7	84.3	91.5	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	12	
76.7	71.5	83.8	ددة، عين الدفلة، برج بوعريريج	13	
92.6	89.1	95.4	البلدية، تيبازة	14	
75.1	58.0	82.3	الجلفة	15	
91.0	69.4	93.8	قسنطينة، عنابة	21	الشرق
65.5	46.7	86.6	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميلة	22	
89.6	79.5	99.2	قالمة، الطارف، سوق اهراس	23	
70.0	60.5	74.2	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	24	
85.8	81.7	89.9	المسيلة	25	
83.4	79.8	85.7	تلمسان، سيدي بلعباس	31	الغرب
81.8	81.9	81.8	وهران، عين تموشنت	32	
71.2	63.6	80.5	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	33	
74.9	68.6	84.2	الشلف، مستغانم، غليزان	34	
80.1	61.2	88.0	بشار، ورقلة، البيض، النعامة، غرداية	41	الجنوب
84.5	80.4	88.5	الأغواط، بسكرة، الواد	42	
74.1	67.5	85.6	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	43	
79.9	71.2	86.9			المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 7: توزيع النساء غير العازبات (بـ%) وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تابعن حملهن الأخير خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب سبب المتابعة وخلفية المبحوثة سنة 1992.

نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن	المجموع	سبب المتابعة			خلفية المبحوثة
		غير مبين	مشاكل صحية	متابعة منتظمة	
مكان الإقامة					
48.0	100	0.1	43.1	56.8	حضر
71.6	100	0.4	58.1	41.6	ريف
المستوى التعليمي					
48.1	100	0.4	57.6	42.1	أمي
65.3	100	-	45.7	54.3	تعرف القراءة والكتابة
78.1	100	-	46.4	53.6	ابتدائي
77.0	100	-	35.9	64.1	متوسط
86.4	100	0.8	41.1	58.0	ثانوي وأعلى
58.4	100	0.2	50.0	49.8	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992

جدول رقم 8: توزيع النساء غير العازبات (بـ%) وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تابعن حملهن الأخير خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب سبب المتابعة وخلفية المبحوثة سنة 2002.

المجموع	سبب المتابعة						خلفية المبحوثة
	أخرى	رعاية روتينية	مضاعفات صحية	ضمان حمل سليم	ضمان صحة جيدة للطفل	التأكد من الحمل	
مكان الإقامة							
100	1.8	5.2	14.0	24.3	15.2	39.6	حضر
100	1.4	5.3	19.4	21.9	16.1	35.9	ريف
المستوى التعليمي							
100	1.9	5.5	17.1	24.1	16.4	35.1	دون الابتدائي
100	1.4	3.2	14.9	21.3	12.1	48.2	ابتدائي
100	-	5.5	13.1	17.1	13.1	51.3	متوسط
100	-	4.4	8.4	22.2	10.0	55.2	ثانوي وأعلى
100	1.6	5.3	16.1	23.3	15.6	38.2	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 9: نسبة النساء (بـ %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي وضعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في مؤسسة صحية حسب مكان الإقامة والمناطق الصحية الثانوية سنة 2002.

مكان الإقامة			الولايات التابعة للمنطقة الصحية الثانوية	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
المجموع	الريف	الحضر			
99.5	100	99.4	الجزائر	11	الوسط
96.3	97.6	93.7	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	12	
87.1	81.4	95.0	بديا، عين الدفلة، برج بوعريريج	13	
97.8	96.6	98.7	البلدية، تيبازة	14	
67.3	48.5	75.1	الجلفة	15	
98.1	90.2	99.2	قسنطينة، عنابة	21	الشرق
94.2	89.1	100	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميله	22	
94.2	88.3	100	قالمة، الطارف، سوق اهراس	23	
92.5	85.9	95.3	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	24	
92.7	90.0	95.3	المسيلة	25	
89.3	75.6	97.9	تلمسان، سيدي بلعباس	31	الغرب
98.9	97.1	99.5	وهران، عين تموشنت	32	
89.3	85.7	93.7	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	33	
92.3	91.0	94.4	الشلف، مستغانم، غليزان	34	
88.2	76.6	93.1	بشار، ورقلة، البيض، النعام، غرداية	41	الجنوب
84.7	73.0	96.0	الأغواط، بسكرة، الواد	42	
54.9	45.3	71.4	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	43	
90.9	85.1	95.5			المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 10: التوزيع النسبي لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح الذين تلقت أمهاتهم رعاية صحية بعد الوضع حسب الطرف المتكفل بالرعاية وخلفية المبحوثة (ب %).

الطرف المتكفل بالرعاية*										خلفية المبحوثة
2002					1992					
المجموع	غير مابين	قابلة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	المجموع	غير مابين	قابلة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	
المستوى التعليمي										
105.9	5.9	1.8	28.1	70.1	100.0	12.4	3.5	16.5	67.6	أمية
102.7	2.4	1.7	34.8	63.8	100.0	6.5	1.6	21.5	70.4	تعرف القراءة والكتابة
105.7	1.4	0.0	29.4	74.9	100.0	8.7	1.1	36.4	53.8	ابتدائي
105.0	0.2	0.0	30.9	73.9	100.0	5.7	0.0	32.1	62.2	متوسط أو إعدادي
104.6	1.2	0.0	21.5	81.9	100.0	1.1	0.0	31.6	67.3	ثانوي وأعلى
مكان الإقامة										
105.3	2.1	0.3	32.0	70.9	100.0	6.8	2.0	26.3	64.9	حضر
100.0	3.7	1.5	24.3	70.5	100.0	11.5	2.4	18.8	67.3	ريف
105.1	2.7	0.7	29.6	72.1	100.0	9.3	2.0	22.7	66.0	المجموع
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002. * سمح بتعدد الإجابات										

جدول رقم 11: نسبة زواج الأقارب (بـ %) حسب نوع الرابطة والمناطق الصحية الثانوية سنة

2002.

نوع رابطة الزواج			الولايات التابعة للمنطقة الصحية الثانوية	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
المجموع	رابطة أخرى	ابن العم			
26.7	8.8	17.9	الجزائر	11	الوسط
26.2	9.0	17.2	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	12	
32.5	11.5	21.0	ددة، عين الدفلة، برج بوعريريج	13	
28.8	9.2	19.6	البليدة، تيبازة	14	
49.2	10.5	38.7	الجلفة	15	
32.5	15.2	17.3	قسنطينة، عنابة	21	الشرق
25.8	9.3	16.4	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميلة	22	
33.9	17.5	16.4	قالمة، الطارف، سوق اهراس	23	
43.9	19.4	24.5	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	24	
50.1	18.3	31.9	المسيلة	25	
33.9	12.1	21.8	تلمسان، سيدي بلعباس	31	الغرب
25.2	8.8	16.4	وهران، عين تموشنت	32	
30.9	7.3	23.6	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	33	
25.5	8.4	17.1	الشلف، مستغانم، غليزان	34	
39.9	12.2	27.7	بشار، ورقلة، البيض، النعام، غرداية	41	الجنوب
48.9	12.1	36.8	الأغواط، بسكرة، الواد	42	
54.5	10.5	44.1	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	43	
33.3	11.3	22.0			المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 12: نسبة النساء (بـ %) غير العازبات (15- 49 سنة) اللواتي عانين من مضاعفات صحية أثناء حملهن الأخير الذي لم ينتهي بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح من خلال معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.

النسبة	التكرار	المضاعفات الصحية أثناء الحمل
58.1	351	- نزيف مهبطي حاد
8.1	49	- ارتفاع في ضغط الدم
9.1	55	- تورم في الوجه أو الجسم
21.3	129	- صداع حاد
35.9	217	- ألم في أسفل البطن
18.0	109	- ارتفاع شديد في الحرارة
12.1	73	- ألم عند التبول
9.3	56	- صعوبة شديدة في التنفس
5.0	30	- تشنجات غير ناجمة عن حمى
3.3	20	- الصفرة
6.6	40	- أخرى
76.0	459	على الأقل مشكلة
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002.		

جدول رقم 13: نسب السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تزوجن مع أحد أقاربهن حسب مكان الإقامة و المستوى التعليمي سنة 2002.

مكان الإقامة			المستوى التعليمي
المجموع	ريف	حضر	
39.2	38.4	40.2	أمية
32.1	35.6	29.9	تعرف القراءة والكتابة
29.0	32.4	27.4	ابتدائي
25.9	34.2	23.7	متوسط أو إعدادي
12.9	13.1	12.8	ثانوي وأعلى
33.4	36.7	31.0	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

جدول رقم 14: التوزيع النسبي للسيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة)
حسب صلة القرابة بين الزوجين وفئات السن سنة 2002.

المجموع	توجد صلة قرابة		لا توجد صلة قرابة	فئات السن
	صلة أخرى	ابن عم / خال		
100.0	15.0	24.0	61.0	19 - 15
100.0	10.2	22.1	67.7	24 - 20
100.0	12.4	21.8	65.7	29 - 25
100.0	10.6	24.2	65.3	34 - 30
100.0	11.8	21.4	66.8	39 - 35
100.0	10.9	20.4	68.6	44 - 40
100.0	11.9	21.8	66.3	49 - 45
100.0	11.4	22.0	66.6	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

جدول رقم 15: المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (IST) والخصوبة المكتملة حسب الولايات سنة 2002.

الخصوبة المكتملة	IST	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
4.8	1.4	الجزائر	الوسط
6.1	2.1	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	
7.6	2.5	بديا، عين الدفلة، برج بوعريريج	
5.4	2.1	البليدة، تيبازة	
7.1	3.8	الجلفة	
4.9	2.0	قسنطينة، عنابة	الشرق
6.9	2.5	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميله	
5.5	1.9	قالمة، الطارف، سوق اهراس	
6.7	2.5	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	
7.3	3.1	المسيلة	
5.0	1.9	تلمسان، سيدي بلعباس	الغرب
5.2	2.0	وهران، عين تموشنت	
6.2	2.6	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	
6.4	2.3	الشلف، مستغانم، غليزان	
6.7	3.3	بشار، ورقلة، البيض، النعامة، غرداية	الجنوب
6.8	3.6	الأغواط، بسكرة، الواد	
6.9	4.2	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	
6.2	2.4	المستوى الوطني	
المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.			

جدول رقم 16: الفترة الفاصلة بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح (الولادتين الأخيرتين) حسب فئات السن (بالأشهر).

مسح 2002					مسح 1992					فئات السن
الفترة بالأشهر					الفترة بالأشهر					
الوسيط	المجموع	+36	35-24	24>	الوسيط	المجموع	+36	35-24	24>	
26.7	100.0	0.0	70.1	29.9	16.9	100.0	0.0	13.6	86.4	19-15
30.4	100.0	34.0	33.3	32.6	22.4	100.0	8.9	33.6	57.4	24-20
34.0	100.0	44.8	30.7	24.4	27.3	100.0	27.4	34.6	38.0	29-25
41.2	100.0	60.1	22.9	16.9	31.5	100.0	38.0	35.9	26.1	34-30
48.6	100.0	68.2	18.9	13.0	33.5	100.0	44.4	32.1	23.5	39-35
50.6	100.0	68.3	19.7	12.0	35.0	100.0	48.9	31.9	19.2	44-40
56.9	100.0	76.5	17.3	6.2	35.2	100.0	57.5	24.4	18.1	49-45
42.3	100.0	61.0	22.7	16.4	30.4	100.0	36.3	33.6	30.1	المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992. المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

جدول رقم 17: معدل استخدام وسائل منع الحمل حسب نوع الطريقة المستعملة والمناطق الصحية
الثانوية سنة 2002.

نوع الطريقة المستعملة			الولايات التابعة للمنطقة الصحية الثانوية	رمز المنطقة الصحية الثانوية	منطقة السكن
المجموع	طريقة تقليدية	طريقة حديثة			
58.5	8.1	50.4	الجزائر	11	الوسط
54.7	9.3	45.4	بجاية، تيزي وزو، بومرداس	12	
57.3	3.9	53.4	ددة، عين الدفلة، برج بوعريريج	13	
64.2	6.0	58.2	البليدة، تيبازة	14	
46.4	3.3	43.1	الجلفة	15	
62.9	8.9	54.0	قسنطينة، عنابة	21	الشرق
58.9	5.6	53.3	جيجل، سطيف، سكيكدة، ميله	22	
59.4	3.8	55.6	قالمة، الطارف، سوق اهراس	23	
49.0	5.6	43.4	ام البواقي، باتنة، تبسة، خنشلة	24	
54.3	3.8	50.5	المسيلة	25	
65.2	5.2	60.0	تلمسان، سيدي بلعباس	31	الغرب
65.2	2.8	62.4	وهران، عين تموشنت	32	
64.2	1.6	62.6	تيارت، سعيدة، معسكر، تيسمسيلت	33	
59.7	1.4	58.3	الشلف، مستغانم، غليزان	34	
47.9	7.0	40.9	بشار، ورقلة، البيض، النعام، غرداية	41	الجنوب
47.5	5.1	42.4	الأغواط، بسكرة، الواد	42	
32.0	2.8	29.2	أدرار، تامنراست، إليزي، تندوف	43	
57.0	5.3	51.7			المجموع

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 18: نسبة النساء (بـ %) المستعملات لوسائل منع الحمل اللواتي تعرضن إلى مشاكل نتيجة الاستعمال حسب نوع المشكلة من خلال معطيات صحة الأسرة سنة 2002.

المجموع	فئات السن		نوع المشكلة
	49 -30	29 -15	
89.1	88.3	93.3	مشكل صحي
8.0	8.3	6.5	صعوبة الاستعمال
10.9	12.0	4.3	أخرى
0.3	0.4	0.0	غير مبيّن
11.3	12.0	8.3	نسبة النساء اللواتي عانين من مشكلة

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 19: توزيع النساء غير العازبات اللواتي في سن الإنجاب (15- 49 سنة) وسبق لهن استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل ثم توقفن عن الاستخدام حسب السبب الرئيسي للتوقف ونوع الوسيلة المستعملة (بـ%).

نوع الوسيلة المستخدمة								أسباب التوقف عن الاستخدام
المجموع	أخرى	الرضاعة	الأوقية	الغرز	الحقن	اللولب	الحبوب	
30.1	30.3	26.5	31.3	55.6	29.6	32.4	29.8	الآثار الجانبية
30.0	32.9	15.7	31.4	33.3	15.9	15.3	21.4	إنجاب طفل آخر
12.2	15.6	8.6	8.8	-	19.7	11.8	11.1	ق بالوسيلة
13.1	11.0	17.8	8.5	-	14.6	25.2	17.0	سن اليأس
14.6	10.2	31.4	20.0	11.1	20.2	15.3	20.7	أخرى
100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002.

جدول رقم 20: نسبة النساء المتزوجات (بـ %) و في سن الإنجاب (15- 49 سنة) ذوات الحاجة الملباة والحاجة غير الملباة لوسائل منع الحمل حسب خلفية المبحوثة من خلال معطيات مسح صحة الأسرة سنة 2002.

نسبة الطلب المشبع	الطلب الكلي على وسائل منع الحمل	الحاجة غير الملباة لوسائل منع الحمل			الحاجة الملباة لوسائل منع الحمل	خلفية المبحوثة
		المجموع	لمباعدة الولادات	لتحديد الولادات		
مكان الإقامة						
71.4	82.6	23.6	9.0	14.6	59.0	حضر
67.7	80.3	25.9	11.0	14.9	54.4	ريف
المستوى التعليمي						
67.1	78.8	25.9	7.5	18.5	52.9	أمية
72.0	82.4	23.1	8.0	15.0	59.3	تعرف القراءة والكتابة
70.8	84.4	24.6	13.6	10.9	59.8	ابتدائي
75.0	83.9	21.0	12.5	8.5	62.9	متوسط أو إعدادي
68.1	85.6	27.3	18.0	9.3	58.3	ثانوي وأعلى
69.8	81.6	24.6	14.7	9.9	57.0	المجموع
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.						

جدول رقم 21: نسب السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تعرضن إلى اضطرابات في الدورة الشهرية حسب عدد المواليد الأحياء و نوع الاضطراب (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

اضطرابات في الدورة الشهرية				عدد المواليد الأحياء
الدورة غير منتظمة	الأم حادة أو معقدة	كثافة الدورة أي نزيف بشكل غير معتاد	نزيف الدورة دام أكثر من 7 أيام	
10.1	12.6	8.0	5.2	بدون أطفال
7.0	5.8	4.1	3.6	2-1
7.6	5.4	4.4	4.9	5-3
9.6	7.9	7.2	5.6	6 و أكثر
8.1	6.7	6.7	4.8	المجموع
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.				

جدول رقم 22: توزيع السيدات (بـ %) غير العازبات وفي سن الإنجاب (15- 49 سنة) اللواتي تلقين المشورة حسب مكان الإقامة و مكان تلقي المشورة (معطيات مسح صحة الأسرة عام 2002).

مكان تلقي المشورة							
المجموع	غير مبيّن	أخرى	طبيب خاص	عيادة خاصة	عيادة أو مركز صحي	مستشفى أو مركز الأمومة	
100.0	0.2	3.2	61.2	5.2	17.3	12.9	حضر
100.0	0.2	4.1	59.2	4.7	20.2	11.6	ريف
100.0	0.2	3.5	60.4	5.0	18.6	12.3	
المصدر: المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.							

