

ECONOMIC AND SOCIAL FACTORS AND THEIR IMPACT ON WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH: CASE OF ALGERIA

Samia MOUSSAOUI¹

Dr, National School of Management, Algeria

Abstract

All countries and organizations paid attention to women's health and providing the necessary care for them and their children, through primary health and reproductive health programs, especially after health problems increased as a result of different human behavior. Which led to the emergence of problems in reproductive health, and our contribution came in order to try to identify the economic and social factors and their impact on the reproductive health of women, while highlighting the conditions of reproductive health in Algeria and its outputs according to what enhances the requirements of women's health care, and focusing on the most important obstacles and future challenges in front of participation women in the development process

In order to achieve these goals, the study relied on the analytical descriptive approach through the data of the National Bureau of Statistics, the Ministry of Health, Population and Hospital Reform, and the National Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) conducted in Algeria, in addition to the United Nations reports and various studies.

The study concluded that despite Algeria's efforts in the health sector by implementing development plans and reforms, there is a gap between reproductive health outcomes and socioeconomic changes for women.

The study also recommends thinking about integrating development plans aimed at improving the reproductive health of women, or rather mothers and children, by avoiding early or late pregnancy, spacing between births, as well as reducing the number of children, in addition to contacting and benefiting from pioneering global experiences in the field of health.

Key words: Reproductive Health, Family Planning, Family income, Health Care.

 <http://dx.doi.org/10.47832/2757-5403.20.2>

¹  samia.moussaoui04@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9771-6034>

العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها على الصحة الإيجابية للمرأة

- تجربة الجزائر -

سامية موساوي

د، المدرسة العليا للمناجمت، الجزائر

الملخص

اهتمت جميع الدول والمنظمات بصحة المرأة وتوفير العناية الأتمة لها وللأطفال، من خلال برامج الصحة الأولية والصحة الإيجابية خاصة بعد أن تزايدت المشكلات الصحية نتيجة السلوك الإنساني المختلف. مما أدى إلى ظهور مشكلات في الصحة الإيجابية، وقد جاءت مساهمتنا من أجل محاولة التعرف على العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها على الصحة الإيجابية للمرأة، مع إبراز أوضاع الصحة الإيجابية في الجزائر ومخرجاتها وفق ما يعزز متطلبات الرعاية الصحية للمرأة، والتركيز على أهم العقبات والتحديات المستقبلية امام مشاركة المرأة في عملية التنمية.

ومن أجل تحقيق هذه الأهداف اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي عن طريق معطيات الديوان الوطني للإحصاء، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والمسوحات الوطنية العنقودية متعددة المؤشرات MICS المنجزة في الجزائر، بالإضافة إلى تقارير الأمم المتحدة ومختلف الدراسات.

توصلت الدراسة على أنه بالرغم من بذل الجزائر مجهودات في قطاع الصحة عن طريق تنفيذ المخططات التنموية والإصلاحات إلا انه هناك فجوة بين مخرجات الصحة الإيجابية والتغيرات السوسيواقتصادية للمرأة.

كما توصي الدراسة إلى التفكير في ادماج خطط تنموية موجهة لتحسين الصحة الانجابية للمرأة او بالأحرى الأمهات والأطفال من خلال تفادي الحمل المبكر او المتأخر والتباعد بين الولادات فضلا عن تقليص عدد الأطفال، بالإضافة إلى الاحتكاك بالتجارب العالمية الرائدة في مجال الصحة والاستفادة منها.

الكلمات المفتاحية: الصحة الإيجابية، تنظيم الأسرة، الدخل الأسري، الرعاية الصحية.

المقدمة

اهتمت معظم دول العالم في إطار الصحة الإيجابية والمحافظة على صحة الأم والطفل، بتوجيه السلوك الإيجابي للمرأة، وذلك برفع سن الزواج وسن الإنجاب ونشر الثقافة الصحية التي تساهم في تقليص عدد الأطفال والتباعد بين الولادات إضافة إلى تمكين المرأة وتشجيعها في مجال التعليم والشغل للمشاركة في عملية التنمية، ومنحها الاستقلالية وقوة اتخاذ القرارات المتعلقة بحاضرها ومستقبلها داخل وخارج الأسرة وساهم ذلك بشكل كبير في تحسين مكانة المرأة الاجتماعية والاقتصادية، ودفعها إلى التخطيط وبرمجة توقيت وعدد الولادات حسب ما يتوافق مع قدراتها الجسدية والمادية ومكانتها الاجتماعية والاقتصادية. وكان ذلك بداية لتحول عميق في مجال الخصوبة من سلوك طبيعي

يعتمد على القدرة البيولوجية للمرأة وعلى سن ومدة الزواج، إلى سلوك اختياري تتدخل فيها الإرادة البشرية والوسائل الطبية المختلفة للقضاء على الأمومة المبكرة وتقليل عدد المواليد والفترة الإنجابية عند المرأة.

حسب الإحصائيات الخاصة بوفيات الأمهات الواردة في التقرير الوطني للتنمية البشرية لسنة 2011 والسداسي الثاني من سنة 2014 بالجزائر، أثبت أن نسبة 26 إلى 30% من وفيات الأمهات بالجزائر تتعلق في الغالب بولادة أول طفل في سن 33 سنة، وأن سبب الوفيات يرجع بنسبة كبيرة إلى حدوث نزيف، وأن نسبة وفيات الأمهات في سن 40-44 سنة و 49-45 سنة قدرت بـ 11,4% و 2,7% سنة 2011 وبـ 12,4% و 4,1% سنة 2014 في كل فئة سن على التوالي (C.N.E.S,2016,p83) وفي المخطط الوطني للتقليل من وفيات الأمهات 2015-2019 الذي أعلنته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تم الإشارة إلى أن حالات الحمل ابتداء من سن 35 سنة تشكل خطرا كبيرا على حياة المرأة حوالي 20% من وفيات الأمهات تكون في هذا السن السبب الرئيسي في حدوثها هو النزيف، لذا لابد من استهداف النساء من الفئة 40-49 سنة وتقليل معدلات الحمل لديه (MSPRH & ONS,2015,p9) ، إضافة إلى كل ذلك صعوبة الحمل والإنجاب.

ومن هذا المنطلق نطرح الأسئلة التالية:

- ما هي العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على الصحة الإنجابية للمرأة؟

- هل يوجد تدني في خدمات الرعاية الصحية الأولية للمرأة؟

- ما العوامل التي أدت إلى تدهور الصحة الإنجابية للمرأة؟

أهداف البحث:

- 1- التعرف على حجم ونوع التدني في الرعاية الصحية الأولية.
- 2- لفت نظر الأمهات والأسر بالصحة الإنجابية.
- 3- التعرف على العوامل الاجتماعية وأثرها على الصحة الإنجابية.
- 4- اقتراح بعض التوصيات من أجل الوصول إلى تنفيذ تلك الأهداف بنجاح متماشيا مع متطلبات العصر.

المنهجية المعتمدة:

تعتمد الورقة البحثية على إحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات ONS، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالإضافة إلى استخدام تقارير الأمم المتحدة، والاستعانة بمختلف الدراسات والمنشورات العلمية. كما نتبع المنهج الكمي والإحصائي من أجل تسليط الضوء حول الصحة الإنجابية والتغيرات السوسيواقتصادية للمرأة.

قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى مجموعة من النقاط والمتمثلة في:

1-تحديد المفاهيم

- 2-التصورات الاجتماعية والطبية للصحة الإيجابية
- 3-المستوى الإقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها
- 4-الصحة الإيجابية وعلاقتها ببعض المحددات الديموغرافية
- 5-الاستنتاجات
- 6-التوصيات

1-تحديد المفاهيم:

1-1-الصحة الإيجابية:

على الرغم من وجود تعاريف مختلفة للصحة الإيجابية تداولها كثير من المتخصصين والمفكرين إلا أن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994 الذي عرفها على أنها:

"حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد الخلو من المرض والإعاقة و لذا تعني الصحة الإيجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية مأمونة وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعد تواتره ويشمل هذا الشرط الأخير ضمانا على حق الرجل و المرأة في استخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة و الفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانهما و التي لا تتعارض مع القانون و على الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تتجاز بأمان فترة الحمل و الولادة و ما بعد مرحلة الإنجاب و كذلك للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة"(آسيا،2015، ص88).

1-2- مفهوم الأسرة:

يمكن القول بأن الكثرة الغالبة من علماء الاجتماع البارزين، كانوا يميلون إلى الاعتقاد بأن الأسرة تتطور من أشكال كبيرة أو ممتدة إلى أشكال أصغر فأصغر باستمرار فيرى دوركايم مثلا، الذي كان يعتقد أن الأسرة أخذت في ظل الثقافات الراقية القديمة تقلص من أكبر أشكالها المعروفة إلى أشكال أصغر فأصغر، ولو أنه لم يستبعد احتمال بقاء بعض الأشكال القديمة في فترات أحدث تاريخيا. ويعزو الباحثون تقلص الأشكال الممتدة من الأسرة إلى سببان رئيسيان يرتبطان ببعضهما ارتباطا عضويا إلى حد ما، هما التصنيع والتحضر. وإذا كان صحيحا أن نمو الصناعة لا يؤدي بالضرورة إلى عمومية الأسرة النووية، كذلك التخلف الاقتصادي البلاد النامية لا ينفي بحال من الأحوال وجود أسر نووية في الطبقة الدنيا. (زيدان، 1977، ص5)

1-3- مفهوم تنظيم الأسرة:

يعرف تنظيم الأسرة على أنه إجراء يتخذه كلا الزوجين في دائرة حياتهما الزوجية الأسرية، دون أن يتخذ صفة الكلية أو التعميم أو الإلزام، بمعنى أنه لا يكون صادرا عن جبهة خارجية كالحكومة أو أي سلطة أخرى، ويقضي هذا الإجراء بمراعاة كافة الظروف التي تجعل من الانجاب العشوائي مشكلة وثقلا تنسحب آثاره السلبية عليهما وعلى أطفالهما ويكون هذا الإجراء مع طبيعة الظروف المحيطة فهو يتغير تبعا لتغيرها وتبدلها، وعليه فتتنظيم النسل لا يعني

الامتناع الكلي و النهائي عن الانجاب ولا يتيح استعمال الوسائل التي تجعل من القدرة أمرا مستحيلا (فتحي، 1985، ص15).

يعتبر تنظيم الأسرة كحق من حقوق الانسان الأساسية المعترف بها، بمثابة تمكين الأفراد والأزواج من تحديد عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات، لتحسين صحة الأم والطفل والحد من استخدام الاجهاز ومن المخاطر الصحية، لتوسيع فرص المرأة في التعليم والتوظيف والمشاركة الاجتماعية (مجد، 1979، ص2).

عرف مؤتمر الرباط المنعقد عن الإسلام وتنظيم الأسرة عام 1971 تنظيم الأسرة بأنه ذاك الاجراء الذي يتخذه الزوجان عن قناعة تامة ودون اكراه أو اجبار لتأخير الحمل أو تعجيل حدوثه باستخدام أي من الوسائل المباحة شرعاً والأمنة صحياً، وذلك مراعاة لظروفهم المعيشية المختلفة، فتحدد أوقات الإنجاب بما يتناسب مع أوضاعهم الاقتصادية، والاجتماعية، والصحية، ويتفادون بذلك أضرار الانجاب العشوائي (مجد، 1979، ص2).

4-1- المركز الإجتماعي:

"المركز الإجتماعي هو المركز الذي يشغله الفرد في جماعة ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها طبقا لقواعد سلوكية مقررّة، وقد يكون المركز الإجتماعي منسوبا أو مفروضا. والدور الاجتماعي هو المركز أو المنصب الذي يحتله الفرد والذي يحدد واجباته وحقوقه الاجتماعية. والفرد الواحد في المجتمع يأخذ عدة أدوار اجتماعية والمركز الاجتماعي والعلامة أو الإشارة التي تحدد طبيعة الدور الاجتماعي ... إلخ" (مصطفى، 1987، ص18). "وعرف أيضا على أنه الوضع الذي يشغله الشخص أو الأسرة أو الجماعة القرابية في النسق الاجتماعي بالنسبة للآخرين، وقد يحدد هذا الوضع الحقوق والواجبات وأنواع السلوك الأخرى بما في ذلك طبيعة ومدى العلاقة بأشخاص آخرين لهم مكانات مختلفة" (يونس، 2004، ص9). وعرفه أحمد زكي بدوي: "على أنه المركز الذي يشغله الفرد في جماعة (أب، ابن، مدرس رئيس، مؤسس) ويرتبط بكل مركز أدوار محددة يقوم بها الفرد طبقا لقواعد سلوكية مقررّة وقد يكون المركز الاجتماعي منسوبا أو مفروضا لا يستطيع الفرد أن يغير منه وهو يرتبط عادة بمولد الشخص أو أصله أو نسبه أو جنسه أو ديانته، كما قد يكون المركز الاجتماعي مكتسبا وهو المركز الذي يصل إليه الفرد بمجهوده أو قدرته الشخصية" (مجد، 2006/2005، ص6).

أما في بحثنا فنقصد به المركز الاجتماعي الذي تحتله المرأة في الصحة الانجابية من مشاركتها في العمل خارج البيت ومقدار دخل أسرتها وكذا مستوى تعليمها.

2-التصورات الاجتماعية والطبية للصحة الإنجابية:

1-2-مكانة المرأة في العائلة الجزائرية:

إن الحديث عن المرأة الجزائرية ومحاولة فهم مكانتها ودورها في العائلة الجزائرية التقليدية يقتضي منا الرجوع إلى المجتمع ككل بحيث أن تحديد المكانة التي تتمتع بها ودورها ومركزها الاجتماعي لا يتم إلا حسب طبيعة النظام السائد والذي يعتبر جزء لا يتجزأ منه، هذا من جهة ومن جهة أخرى من حيث علاقتها بالرجل الذي يعتبر المحرك الرئيسي لكل من العائلة والمجتمع، مما يجعلنا نقول بأن العائلة الجزائرية تتميز بكونها ذات نظام أبوي وبالتالي تعرف بتمييزها الجنسي، على أساس أن لكل من الذكر والأنثى مكانة اجتماعية وأدوار اجتماعية مختلفة ومتباينة.

"أما فيما يخص مكانة المرأة فإن الصورة التي تتكون لدى الملاحظ يتبين من خلالها أنها لا تساوي أي شيء، كما أنه ليس لديها الحق في التعبير ولا تتمتع بالحرية المعنوية والجنسية. فقيمتها تعتبر عديمة، ضف إلى ذلك أنها مسلوقة من حقها في التعبير، وأنها ليست حرة في حياتها، بحيث أن المرأة مطبوعة بعدم النضج والجمود والسلبية، وهذا مهما كانت مكانتها أو نوع العلاقات التي تربطها بالمجتمع، كما أنها أي المرأة تعد فردا ثانويا ومهمشة اجتماعيا وقاصرة" (حياة، 2013/2014، ص12).

" هذا من جهة ومن جهة أخرى فهذا يعني للمرأة الضمان ضد الطلاق وتعدد الزوجات و تعزيز مكانتها في العائلة ضف إلى ذلك أن دورها يتمثل في تربية الأطفال والاعتناء بهم تلبية حاجات الزوج وخدمته والحفاظ على تقاليد العائلة وغرسها في الأجيال، بمعنى نقل ثقافة المجتمع لهم و ترسيخها لهم عن طريق عملية التنشئة الاجتماعية لأن العادة تقتضي أن تكون هي الحارسة على ثقافة المجتمع، أما فيما يخص تنافس النساء فيما بينهن لإنجاب الذكور، فهذا راجع لكون المرأة الولود تحظى بقيمة ومكانة اجتماعية مقارنة مع المرأة العاقر.

فالمرأة إذن تكتسب الإحترام والتشريف إلا وفقط إذا كانت أما وعلى وجه الخصوص أما للذكور، كما أن شخصيتها تكتمل بهذه الصفة، بحيث أن الأهمية الكبيرة والمعطاة لخصوبة المرأة تجعل العقيمة أو تلك التي لا تنجب سوى البنات في حالة عدم الاستقرار، فالأمومة هي الوظيفة الاجتماعية المعترف بها في المجتمع الجزائري وأن بقاء المرأة في بيت زوجها يتحدد بعملية الإنجاب أما تدعيمه فيكون حسب عدد الأطفال الذين تنجبهم ولا سيما الذكور منهم، فبعد الإنجاب ترقى في السلم الاجتماعي، بالتالي تطمح لأداء دور اجتماعي آخر يتمثل في دور الحماة" (عادل بغزه، 2008/2009، ص15)

2-2- العوامل المؤثرة على الصحة الانجابية:

إن المدخل الطبيعي نحو التطور والرفاهية للإنسان لابد أن يمر عبر بوابة الصحة والعافية إذ بدونها يصعب الإستمتاع بالحياة، كما أن اعتلال الصحة يكدر صفو الحياة.

إن الفرد الذي يتمتع بالصحة هو كل من كان صحيح البدن خاليا من المرض أو العجز قادرا على التعليم واكتساب الخبرات والعمل والإنتاج وفي نفس الوقت متمتعاً بالاستقرار النفسي ويستطيع أن يتحمل تبعات الحياة ويواجه مصاعبها ومتطلباتها ويكون قادرا على التعامل مع الآخرين وكسب صداقتهم ومحبتهم والتأثير فيهم عارفاً بمسؤولياته متمتعاً بحقوقه وباكتمال صحة الفرد البدنية والنفسية والاجتماعية يصبح عاملا مؤثرا في تقدم المجتمع ورفاهيته وتطوره غير أن هناك مجموعة من العوامل التي تحدد مستوى صحة الفرد ونوجزها فيما يلي:

أ. عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض: "يعرف المسبب النوعي بالعنصر أو المادة سواء كان حيا أو غير حي، وجميع الأمراض ترتبط بنظريتين، نظرية السبب الواحد للمرض و نظرية الأسباب المتعددة و في نظرية السبب الواحد يكون المرض ناتجا من سبب واحد وبناءا عليه يظهر المرض، فمثلا مرض السل ينتج من ميكروب السل أما نظرية الأسباب المتعددة فهي تقوم على أن المرض ناتج من عدة أسباب اجتمعت و تفاعلت فأدت إلى ظهور المرض، وعلى ذلك فإن المستوى الصحي في المجتمع غير ثابت بل هو في حالة ديناميكية متحركة، لأن المرض ينتج من تفاعل عدة قوى، ويكون المستوى الصحي محصلة أو نتيجة التفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل، فإذا تغلبت الحالة أو العوامل السلبية ظهرت الحالة المرضية وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت حالة الصحة والسلامة، ومن أهم المسببات

النوعية للأمراض نجد المسببات النفسية والإجتماعية وهي الأمراض الناتجة عن الضغط العصبي والنفسي مشكلات الحياة الحديثة والمشكلات الناتجة عن الأعباء الأسرية والمهنية وعدم بسبب الشعور بالأمان والطمأنينة وكذلك تلك التي تنتج من عدم التوازن الوجداني" (عادل، 2009/2008، ص15)

ب - العوامل البيئية والثقافية والإجتماعية:

من بين العوامل البيئية والثقافية والاجتماعية التي تؤثر على الصحة الإنجابية نلخصها كالآتي:

"المستوى الإقتصادي الذي يؤثر في كفاية الغذاء والمسكن والتعليم بالإضافة إلى المستوى التعليمي وهو يؤثر في الوعي الصحي والسلوك الصحي فانتشار الأمية خاصة بين أوساط النساء يؤدي إلى افتقارهن للوعي الصحي بأهمية الرعاية الطبية كما نجد أيضاً كثافة السكان وهي تؤثر في العادات والتقاليد الممارسة من طرف تجمع سكاني معين وكذا الإزدحام والضوضاء بالإضافة للخدمات الصحية ومدى توافرها أو قصورها والإقبال عليها." (نفس المرجع السابق، ص23)

هذا وتحمل المرأة معظم عبء سوء الصحة وذلك لعدة أسباب منها الحمل والإنجاب والتربية بالإضافة إلى توقف الدورة الشهرية أي دخول المرأة مرحلة سن اليأس حيث تعيش خلالها تغيرات فسيولوجية وبيولوجية وسيكولوجية التي تؤثر تأثيراً مباشراً على سلوك المرأة وصحتها كما أن تدني مكانتها في الأسرة والمجتمع العربي عامة والجزائري خاصة يجعلها غير مسموح لها وغير قادرة على اتخاذ القرار في البحث عن الرعاية الصحية التي تطلبها مما يزيد من تدهور صحتها.

إن المستوى الصحي العام للنساء في الوطن العربي يتميز بالتدهور والتراجع فالمرأة العربية منذ ولادتها تواجه سلسلة من المشاكل الصحية التي تؤدي بها إلى الفقر والإعتلال الصحي وحتى نتجاوز هذا الوضع الصحي يتطلب الأمر وجود تدابير صحية بالإضافة إلى تدابير لتحسين وضع المرأة الإجتماعي والإقتصادي برفع معدل التعليم و توفير المزيد من الفرص لزيادة الدخل و القضاء على الممارسات الضارة وإعلاء المكانة الإجتماعية وعلى برامج صحة الأم أن تشمل الرعاية لها في جميع المراحل العمرية كرضيعة و طفلة و مراهقة و كأمراً أثناء فترة الإنجاب و ما بعدها (فترة ما بعد سن الإنجاب) لأن صحة الأمهات تبدأ من وهي طفلة.(نفس المرجع السابق، ص55)

2-3-الصحة وعلاقتها بالمعرفة والمعتقدات والإتجاهات السلوكية:

يتأثر السلوك الصحي للناس تأثراً بالغاً بمعارفهم الصحية و بكيفية تعاطيهم لأموال الصحة و المخاطر المرتبطة بها، بالإضافة إلى الأنماط الثقافية التي تتعدد داخل إطار المجتمع الواحد حيث لكل منها درجة معينة في قدرتها على القبول أو رفض بعض الإتجاهات والمعتقدات والقيم، ولذلك يجب أن يضع أي برنامج صحي شامل تغيير هذه القيم والمعتقدات في المجتمع ويتطلب البرنامج الصحي توعية الأفراد من حيث تحسين صحتهم معناه ارتقاءهم في السلم الإجتماعي وزيادة رفاهيتهم وتحسن مستوى معيشتهم، وأن الرعاية الصحية الطبية تقوم على أساس الإقناع و التعبير عن طريق الوسائل السمعية والبصرية.

يعتبر الإعلام أحد عناصر التحديث في المجتمع حيث أن تطوره يسمح للفرد بتوسيع مداركه وخياله كما يمكن الدول من تعبئة سكانها وتوجيههم نحو قيم وأدوار وعقائد سياسية واجتماعية واقتصادية مرغوبة، فقد شهد القرن الماضي والسنوات التي تلتها تطورات متسارعة على مستوى تكنولوجيا الإتصال والمعلوماتية سواء على مستوى التجهيزات أو البرامج (التلفزيون والقنوات الفضائية - الراديو والجرائد...) من حيث الأداء والإنتاجية وتوسيع الإستعمال

أصبح لهذه الوسائل ومنها بالأخص الراديو و التلفزيون دور شمولي يتعدى مداه وسرعة الاستجابة إليه ما يمكن أن يتم بثه من خلال المؤسسات التعليمية المختلفة و هذا لقدرتها على المخاطبة عن بعد بالصوت والصورة، فهي قادرة على تجاوز الحدود الجغرافية وبهذا تستطيع مخاطبة كل فئات المجتمع المختلفة حتى أولئك الذين يجهلون القراءة والكتابة في آن واحد فالإعلام اليوم يوظف الترفيه و التسلية و التثقيف رسالة إيصال فكرة وتشكيل عقل وصناعة ذوق عام وزراعة اهتمام معينة للأداء.(صندوق الأمم المتحدة،2009، ص40)

2-4- تأثير العادات الموروثة على صحة المرأة:

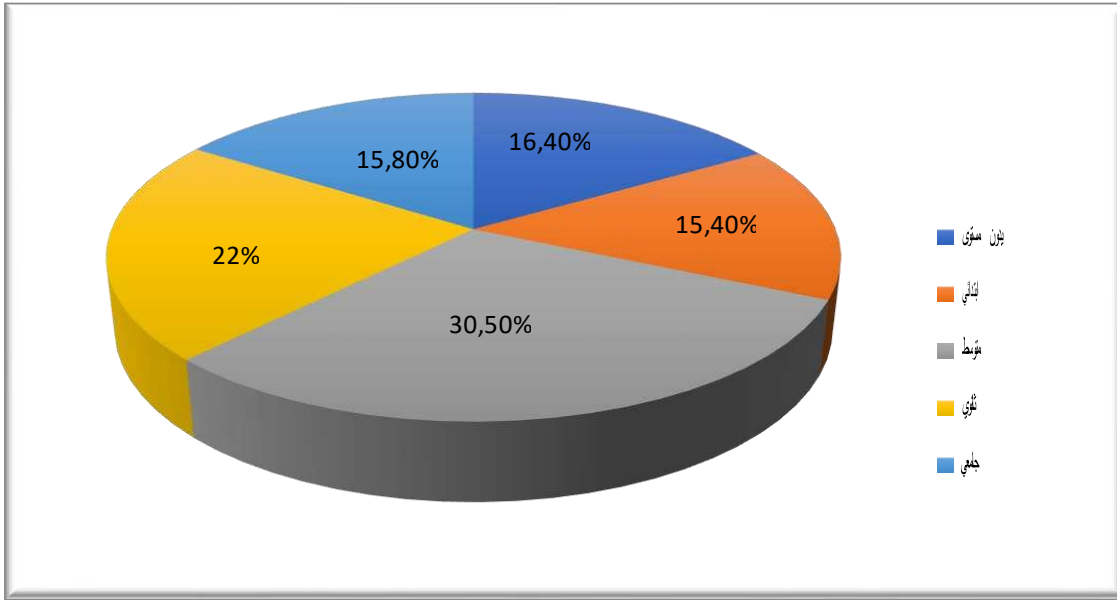
الصحة العامة كما أسلفنا الذكر لا تتأثر فقط بالأوضاع الإقتصادية والاستقرار الإجتماعي والسياسي، وبكفاءة النظم الصحية ونوعيتها، وإنما تتأثر كذلك بمجموع المعتقدات والقيم السائدة في المجتمع والتي تترك آثارها في توجيهات المواطنين إزاء الصحة والدرجة التي ينتفعون بها من المرافق والإجراءات الصحية والطبية. "تؤثر بعض المعتقدات والممارسات الشائعة في صحة المرأة ويتجسد ذلك في تفضيل المجتمع الراسخ والمتجذر للمواليد الذكور وما يترتب عن ذلك من آثار متعددة الجوانب وفي الممارسة المؤذية المتمثلة في تشويه الأعضاء التناسلية التي ينجر على إثرها عدة معاناة تعقيدات نفسية واجتماعية تستمر وتتواصل ويمكن أن تتفاقم خلال مراحل العمر القادمة خاصة بالنسبة للمرأة فعادة يستقبل الوليد الذكر في العائلات العربية الأكثر فقرا بصورة خاصة بالإبتهاج والترحاب أما مولد الأنثى فقد يعد حدثا يحزن العائلة بأكملها و تترك الأم ضحية شفقة الأقارب. "(نفس المرجع السابق، ص41)

2-5- تأثير التعليم والوعي على الصحة الانجابية:

" يلعب التعليم دورا كبيرا في توسيع مبدأ التحديث وهذا بسبب قدرته على تغيير المعتقدات التقليدية والمواقف والإتجاهات البالية فضلا على قدرته على تغيير سلوك الأفراد ولاسيما إن تعلق الأمر بالمرأة. إذا كنا قادرين على تمكين المرأة من التحكم في حياتهن فإننا سنكون قادرين على إيجاد بيئة أكثر دعما للنساء، ويبدأ التمكين مع التعليم فهو أفضل استثمار نستطيع القيام به ابتداء من الفتيات القادرات على الإنتظام في المدرسة الابتدائية وانتهاء بتعليم النساء القراءة والكتابة وتوفير التثقيف في مجال الصحة العامة ومع بقاء الكثير مما يجب عمله أخذت العديد من الدول تحقق تقدما في هذا الإتجاه ففي الجزائر مثلا تتطوع خدمات رعاية الامومة والطفولة لتثقيف النساء والفتيات حول صحة المرأة وتظهر الدراسات الواحدة تلو الأخرى أن النساء المتعلمات أفضل إعدادا وتجهيزا للحصول على دخل لدعم أسرهن وأكثر استثمار"(مليكة،2002/2003، ص69)

وهو ما تؤكد الإحصائيات الواردة في الشكل رقم 1 الآتي:

الشكل رقم 1: توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي.



Source : MSPRH, UNICEF et FNUAP, (2015), Suivre de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012- 2013, MSPRH, Alger, p18.

من خلال معطيات الشكل البياني رقم 01 الخاص بتوزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي نلاحظ أن 16.40% من الأمهات بدون مستوى وقبل التمدرس مجتمعة، كما قدرت نسبة اللواتي لهن مستوى الابتدائي ب 15.40% بينما نسبة الأمهات في المتوسط كانت 30.50% ما نسبتهن في المستوى الثانوي فقدرت ب 22%، في حين قدرت نسبة الأمهات في المستوى الجامعي ب 15.8% وهي نسبة تبقى قليلة مقارنة بباقي المستويات خاصة المتوسط والثانوي.

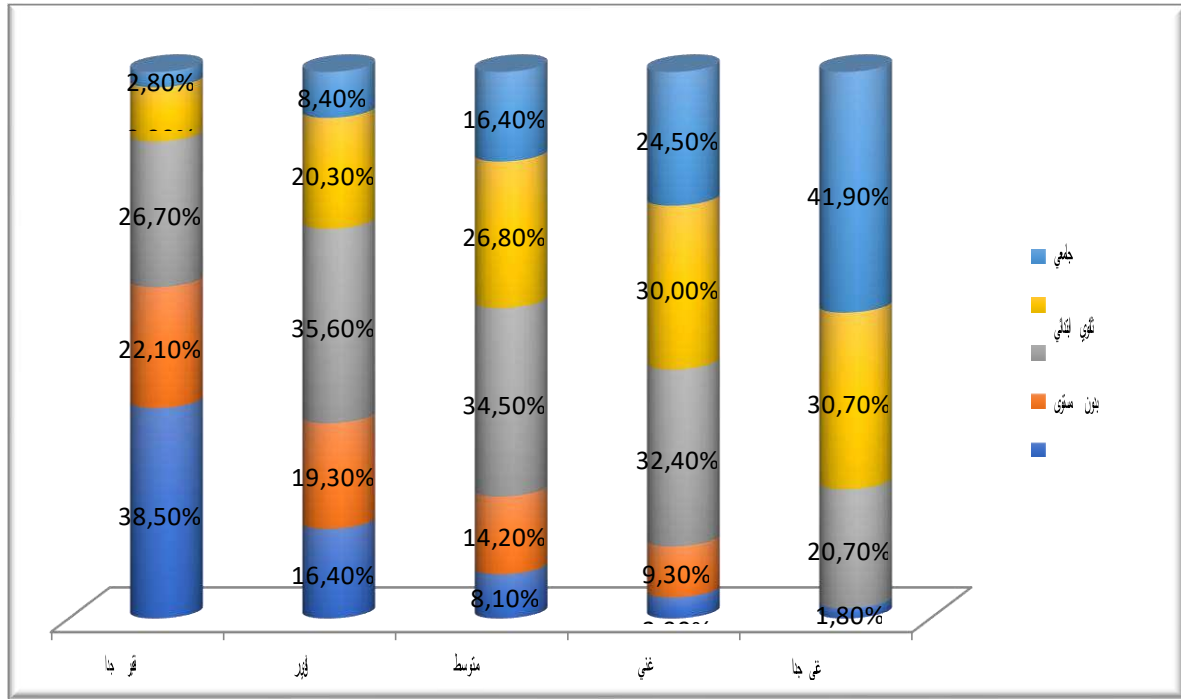
هذا ونجد أن تطور نسبة الإلمام بالقراءة والكتابة في تزايد مستمر سنة بعد سنة خاصة في الشريحة العمرية (15-24) سنة، فقد ارتفعت النسبة من 21.61% سنة 1989 إلى 91.73% سنة 2008، أما عن إتمام مرحلة التعليم الابتدائي فقد كانت النسبة 29.63% سنة 1972، لترتفع إلى ما نسبته 105.37% سنة 2016 حيث تجاوزت نسبة 100%، فيما يخص التمدرس للفتيات خاصة الفئة (14-16) سنة حسب التعدادات التي قامت بها الجزائر بين 1966 و 2008 فتراوحت نسبتهن بين حوالي 38 حسب تعداد 1966 و 89 حسب تعداد 2008، كذلك نجد ما نسبته 63.03% من الفتيات متحصلات على شهادة جامعية للموسم 2012-2013.

أما بعد التدرج فقدرت نسبة التحاقهن ب 50.08% من نفس الموسم، وهذا ما يوضح جليا التحاق المرأة بالتعليم وتزايد أعداد المتعلمات. (ظريف، 2020، ص12).

3- المستوى الإقتصادي للمرأة وتأثيره على صحتها:

3-1- الدخل وعلاقته بالصحة:

" الربط بين الصحة و الدخل عامل أساسي، فالفقراء يرون أن انعدام الدخل يعني لهم عدم الاستقرار و القلق والعار والمهانة والعجز كما يدرك الفقراء الأبعاد المتعددة للصحة حيث تحدد الصحة الجيدة بأنها مكون أساسي من مكونات الحياة الجيدة وفي وصفهم للرفاه يمكن تحديد ثلاث أنواع وهي : الرفاه المادي ويعبر عنه غالبا بمعنى الكفاية أما الرفاه البدني وهو أن يكون المرء قويا وصحيح الجسم بالإضافة إلى الرفاه الاجتماعي ويشمل أن يكون للمرء أولاد ويقوم على رعايتهم واحترام الذات والأمن والثقة بالمستقبل وحرية الإختيار والتصرف والقدرة على مساعدة الآخرين ومنه فإن الفقر يؤدي إلى إضعاف الصحة المتدهورة تؤدي إلى الفقر حيث تصبح حلقة مفرغة وهذا ما ينطبق على الأسرة المعاشة والمرأة حيث كشفت بعض البحوث أنه كلما قل دخل المرأة قل احتمال سعيها للحصول على الرعاية الصحية (الشكل رقم 2).



الرسم البياني رقم 3-2: توزيع أعداد الأمهات حسب المستوى التعليمي ومؤشر الثروة

Source : MSPRH, UNICEF et FNUAP, (2015), Suivre de la situation des enfants et des femmes,

Enquête par groupes à indicateurs multiples (MICS) 2012- 2013, MSPRH, Alger, p23.

من خلال معطيات الشكل 2 الخاص بتوزيع أعداد الأمهات حسب المستوى التعليمي نصيبهن من مؤشر الثروة كما يلي على التوالي: (فقير جداً 22.10%، فقير 19.30%، متوسط 14.20%، غني غني جداً 4.90%) نلاحظ أننا نتجه من نسب مرتفعة إلى منخفضة للأمهات كلما اتجهنا من فقير جداً إلى غني جداً، في حين بلغت نسب الأمهات المنتمين للمستوى التعليمي متوسط حسب مؤشر الثروة على الترتيب (فقير جداً 26.70%، فقير 35.60%، متوسط 35.50% وهي نسب مرتفعة نوعاً ما، في حين بلغت نسبتهن في مؤشري الثروة الغني وغني جداً 32.40%، 20.70% على الترتيب،

نلاحظ الزيادة في نسبة الأمهات ذوات مستوى تعليمي أعلى كلما انتقلنا لمؤشر ثروة مرتفع والعكس صحيح. بينما بلغت نسبة الأمهات المنتمين إلى المستوى التعليمي الثانوي حسب مؤشر الثروة (فقير جدا 26.0%، متوسط 34.50%، غني 32.40%، غني جدا 20.70%)، في حين قدرت نسبة الأمهات المنتمين إلى المستوى التعليمي الجامعي حسب مؤشر الثروة كالتالي (فقير جدا 2.80%، فقير 8.40%، متوسط 16.40%، غني 24.50%، غني جدا 41.90%). تلاحظ أن نسبة توزيع الأمهات للمستويين التعليميين الثانوي والجامعي حسب مؤشر ثروة غني وغني جدا مرتفعة مقارنة بباقي المستويات الأخرى، يتضح انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للام ارتفع مؤشرالثروة. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2002، ص33)

2-3- المستوى المعيشي وعلاقته بالصحة:

لقد شهد القطاع الإقتصادي في السنوات الأخيرة عدة هزات تسببت في إدخال البلاد في أزمة اقتصادية حادة كان بدايتها مع انهيار أسعار المحروقات في منتصف الثمانينات صاحب ذلك انخفاض الدينار، لتدخل بعدها البلاد في عهد الإصلاحات وأهمها الإقتصادية حيث أبرمت السلطات الجزائرية اتفاقية مع صندوق النقد الدولي حول إعادة الجدولة وكذا تحرير الأسعار وتجميد الأجور.

إن كل هذه الإنعكاسات السلبية للأزمة الإقتصادية على الأسرة قد تمكنت من التأثير بشدة على قرارات المرأة في استغلال الخدمات المتاحة للصحة الإنجابية وذلك بارتفاع تكاليف الخدمات.

"إن التدهور في مستوى المعيشة قد زاد حدة نظرا لارتفاع معدل البطالة الذي انتقل من 21.4 بالمئة في سنة 1987 إلى 26 بالمئة سنة 1996 أما بحلول سنة 2003 تقلصت النسبة إلى 23.72 بالمئة ثم 17.65 بالمئة سنة 2004 واستمرت في الإنخفاض لتصبح 12.3 بالمئة سنة 2006" 1 ثم 9.8 بالمئة سنة 2013. (ONS,2011-2013,p4)

" إن انتشار الفقر يعرقل أيضا تحسين ظروف المسكن وبالتالي يساهم في تردي الأوضاع الصحية داخل المسكن حيث تلعب دورا كبيرا في التأثير على المستوى الصحي للسكان على وجه العموم وللمرأة على وجه الخصوص كما انتقلت العائلة الجزائرية من نمط الأسرة الأحادية في سكن حضاري إلى الرجوع إلى الأسرة الكبيرة في محيط غير حضاري حيث يتواجد الأولياء والأبناء المتزوجين و العزاب في غياب مسكن مناسب هذه العوامل المجهولة في التحليل السياسية لصالح العائلة تجعل من هذه الأخيرة في حالة وجودها غير مناسبة كما و نوعا." (المجلس الإقتصادي والاجتماعي، 2007، ص30)

3-3- عمل المرأة وعلاقته بالصحة:

يعد الفراغ الذي تعيشه المرأة خلال مرحلة سن اليأس من المسببات الرئيسية للقلق و التوتر والإكتئاب نظرا لشعورها بانتهاء مهامها المتمثلة في الإنجاب و التربية، فالتغيرات الفسيولوجية لا تعمل في فراغ و إنما يظهر تأثيرها سلبا أو إيجابا من خلال السياق النفسي والاجتماعي الذي تعيشه المرأة و يمكن أن يكون العمل أحد الحلول المناسبة لاجتياز مرحلة سن اليأس في ظروف حسنة و هذا عن طريق تخفيف الأعراض فالمرأة العاملة تشعر أنها قادرة على العطاء والإنتاج كما أن المرأة التي مرت بالمراحل العمرية السابقة بشكل ناجح و متوازن مثل مرحلة المراهقة و الزواج و الحمل

فإنها ستمر غالباً بمرحلة ما بعد انقطاع الطمث بشكل آمن أما المرأة التي عانت اضطرابات في تلك المرحلة أو عانت صعوبات نفسية و اجتماعية كثيرة في حياتها و تفقد الثقة في نفسها و تفقد الشعور بالرضا فإنها ستكون معرضة للإضطراب بشكل واضح و المرأة التي جعلت كل كيانها في الحمل و الولادة و ليس لها جوانب أو نجاحات شخصية أخرى تدعمها فإنها يحتمل أن تعاني فراغاً هائلاً حين يكبر أبناءها و يمكن أن يتركوا المنزل مما يؤثر سلباً على صحتها النفسية و الإجماعية و البدنية و المرأة المحبطة في علاقتها الزوجية يحتمل أن تعاني بشكل كبير في هذه المرحلة.

هذا وقد أثبتت كثير من الدراسات أن خروج المرأة للعمل كانت له الدوافع الحقيقية إليه الحاجة الاقتصادية كما أن خروج المرأة للعمل سبباً في تغيير مكانتها الاجتماعية داخل الأسرة و في المجتمع الكبير أيضاً، فالعمل الحديث أعطى للمرأة شعوراً بالطمأنينة و الحرية الاقتصادية بصفته مورداً منظماً للدخل العائد من عملها. وهو ما تؤكد الإحصائيات الواردة في الجدول 1 الآتي:

الجدول 1: نسبة الإناث المشتغلات لمجموع المشتغلين (قوة العمل-%)

السنة	1966	%	1987	%	2008	%	2015	%
الذكور	2682209	96	4848660	90,8	8999000	83,2	9615000	81.6
الاناث	111474	4	492442	9,2	1811000	16,8	2317000	19.4

Source : MSPRH, UNICEF et FNUAP, (2015), Suivie de la situation des enfants et des femmes,

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012- 2013, MSPRH, Alger, p30.

يبين الجدول 1 تطور نسبة اليد العاملة عند الجنسين، وأهم ما يمكن ملاحظته هو أن نسبة النساء المشتغلات ما فتئت ترتفع من فترة إلى أخرى بين سنتي 1966 و 2015. وجاء هذا الارتفاع بوتائر غير منتظمة، ففي الفترة الممتدة بين 1966 و 1987 كسبت نسبة النساء المشتغلات فيها ما يقارب 4 نقاط (من 4.96% إلى 8.8% بمعدل 0.5 نقطة كل سنتين)، بينما كسبت ما يزيد عن 8 نقاط بين سنتي 2006 و 2015 (من 8.8% إلى 16.9% بمعدل 0.5 نقطة كل سنة). في حين تراجعت إلى أقل من 0.5 نقط فقط كل 3 سنوات في الفترة بين 2006 و 2015.

وإذا ما تمت المقارنة بين الجنسين، فإننا نجد أنه بعدما كانت تشتغل امرأة لكل 20 رجل سنة 1966، أصبح هذا المؤشر يمثل امرأة واحدة لكل 5 رجال سنة 2006، ثم امرأتين لكل 9 رجال سنة 2015. وقد كان للنمو المحقق في مجال التعليم بالنسبة للإناث أثر واضح على تزايد نصيبهن في مجال التشغيل. وإذا تواصلت هذه النزعة بنفس الوتيرة فإنه من المرجح أن تزداد نسبة النساء العاملات في سوق العمل لتقارب المستوى العالمي خلال العقد القادمين.

4- الصحة الإنجابية وعلاقتها ببعض المحددات الديموغرافية:

تتأثر الصحة عموماً والصحة الإنجابية خصوصاً بمجموعة من المحددات الديموغرافية التي نذكر منها:

1-4- متوسط السن عند الزواج الأول:

يعتبر انخفاض سن المرأة عند الزواج من العوامل المؤثرة في رفع الخصوبة لديها، فمن الناحية النظرية والعلمية فإن ارتفاع سن الزواج يؤثر على مستوى الخصوبة مما يعني ضياع عدد من السنوات التي قد تستثمر في إنجاب الأطفال فإذا كان المتوسط يبلغ 18 سنة فإن متوسط عدد السنوات المفقودة من فترة الإنجاب يكون حوالي 3 سنوات ويكون مستوى الخصوبة متأثر وفق هذا الحد.

وعليه نخلص إلى أنه كلما تأخر سن الزواج أو قل الإقبال عليه بسبب الظروف الإقتصادية والإجتماعية انخفضت معدلات الولادات وانخفضت بذلك الخصوبة حيث يساهم سن الزواج الأول في تحديد الحياة الإنجابية وغالباً ما يكون له دور كبير في تحديد الوضعية الصحية للمرأة هذا عن طريق الإنجاب المبكر أو المتأخر حيث أكدت الكثير من الدراسات التقارير على وجود أخطار تهدد صحة المرأة في سن مبكر أو في سن متأخر ويمكن أن تظهر هذه الأخطار على المدى القريب أو البعيد مع التقدم في العمر.

" أما السن عند أول زواج فقد أظهرت نتائج المسح الذي أجري بالجزائر أن نصف السيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن الإنجاب قد وضعن أول مولود حي لهن قبل تعديهن 22 سنة من العمر ومن خلال مقارنة بيانات 1992 يظهر لنا ارتفاعاً عما كان عليه منذ 10 سنوات وهو أمر منتظر ما دمنا قد شهدنا ارتفاعاً في سن الزواج، ومما تجدر الإشارة إليه تراجع فئة السيدات اللاتي وضعن أول مولود لهن دون سن العشرين من 40.4 بالمائة إلى 22.5 بالمائة بينما نشاهد ارتفاع نسبة السيدات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن 25 سنة فما فوق لتبلغ حوالي الضعف مما كانت عليه 15.4 بالمائة إلى 28.4 بالمائة و لعل ما يمكن الإشارة إليه هي نسبة اللاتي أنجبن لأول مرة وقد تجاوزن 29 سنة من العمر حيث تمثل هذه الفئة 7 بالمائة من مجمل السيدات. " (جمال، 2000، ص6)

***عمر المرأة أثناء الحمل والولادة له دور كبير في التأثير على صحة الأم ومدى تحملها لفترة الحمل.** وحسب المنظمة العالمية للصحة العمر المثالي للمرأة الحامل هو عقد 20، فإذا بلغت المرأة أكثر من 30 سنة فهنا يزيد احتمال تعرضها للإصابة بمضاعفات صحية كثيرة كمرض السكري وارتفاع ضغط الدم، وانخفاض المشيمة والولادة المبكرة في بعض الحالات وغيرها من الأمراض المزمنة التي قد تؤثر على الحمل والولادة.

سن المتوسط للولادة من خلال المعطيات المتحصل عليها من وزارة الصحة في الجزائر فإن متوسط العمر الخاص بالمرأة أثناء الولادة في الجزائر كان يقدر ب 29,5 سنة في عام 1990 ليصل إلى 31,6 سنة عام 2011.

(MSPRH, UNICEF et FNUAP, 2015, p26)

2-4- الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة:

"تتوقف الصحة الإنجابية على قدرة المرأة على ممارسة حقها في أن تقرر بمسؤولية وبكل حرية عدد أطفالها وفترات المباشرة بين إنجابهم ولقد كان تنظيم الأسرة من أعظم موقف نجاح التنمية ومع ذلك نجد ما يزيد على 350

مليون امرأة لا يملكن خيار استخدام وسائل مأمونة وفعالة لمنع الحمل وما يقارب 120 مليون امرأة على الأقل يستخدمن وسائل منع الحمل" (جمال، 2000، ص16). توضح الإحصائيات الواردة في الجدول 2 الآتي:

الجدول 2: نسبة استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر (2006-2019)

السنوات			وسائل منع الحمل
2019/2018	2013/2012	2006	
53,6	57,1	61,4	جميع الوسائل
44,9	47,9	52,0	الحديثة
8,1	9,2	9,4	التقليدية

المصدر:

2006: (MSPRH & ONS, 2008, p.116)

2012-2013: (MSPRH & UNICEF, 2015, p.131)

2018-2019: (MSPRH & UNICEF, 2020, p.143)

الملفت للانتباه أن الانخفاض قد مس الوسائل الحديثة بسبع نقاط حيث انتقل المعدل من 52% خلال سنة 2006 إلى غالبا ما تلجئ الأسرة الجزائرية إلى تنظيم النسل من أجل 44.9% في مسح 2019-2018. أما الوسائل التقليدية فلقد تراجعت بنقطة واحدة حيث انتقلت من 9.2% إلى 8.1% خلال المسحين على التوالي. رغم هذا الانخفاض في مستوى استعمال لوسائل منع الحمل إلا أنه لم ينزل عن نصف عدد الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن من 15 إلى 49 سنة. يمكن تفسير هذا الانتشار في استخدام وسائل منع الحمل بوعي السكان على ضرورة المباشرة بين الولادات. (DELEND, 2005, P19)، وكذلك وفرة الوسائل الخاصة بذلك في السوق الجزائرية وخاصة حبوب منع الحمل. الحمل التي أصبحت توزع بالمجان عن طريق مراكز رعاية الأمومة والطفولة. كما أن المستوى التعليمي للمرأة ووضعها الاجتماعي بصفة عامة تعتبر أيضا من بين العوامل التي تلعب دورا هاما في تحديد واختيار حجم الأسرة المناسب وبالتالي في تنظيم الأسرة.

3-4- استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال:

إذا كان سن المرأة متغير محدد لمدى اللجوء إلى وسائل منع الحمل فإن عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة يعتبر أيضا من ا بين المتغيرات الأساسية لاستخدام منع الحمل من عدمه فكلما كبر حجم الأسرة كلما ارتفعت نسبة السيدات المستعملات لموانع الحمل والعكس صحيح. هذا يعني أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية حسب عدد الأطفال على قيد الحياة.

يعتبر اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل في الماضي كوسيلة للحد من الإنجاب نهائيا بعد أن تضمن

المرأة عدد كبير من الأطفال على قيد الحياة. (Nadia & Rachida, 2001, p57)

الجدول 3: نسبة استعمال وسائل منع الحمل وعدد الأطفال في الجزائر(2006-2019)

عدد الأطفال	السنوات		
	2019/2018	2013/2012	2006
0	3,8	2,0	2,9
1	44,3	55,3	55,2
2	60,1	66,1	69,8
3	64,6	71,6	73,9
4 فأكثر	64,4	66,0	69,6

المصدر:

2006: (MSPRH & ONS, 2008, p.116)

2012-2013: (MSPRH & UNICEF, 2015, p.131)

2018-2019: (MSPRH & UNICEF, 2020, p.143)

غالبا ما تلجأ المرأة إلى وسائل منع الحمل من أجل تباعد الولادات بحيث تترك مجالا زمنيا بين كل ولادة وأخرى وهذا ما نعبر عنه بالتخطيط العائلي، فبالرغم من أن المرأة المتزوجة لم تنجب بعد إلا أنها تلجأ إلى استخدام وسائل منع الحمل ولكن بنسب ضعيفة جدا مقارنة باللواتي أنجبن أطفالا (Nadia & Rachida, 2001,p67)

ففي سنة 2006 بلغت نسبة انتشار موانع الحمل حوالي 3% لدى النساء اللواتي ليس لديهن أطفالا على قيد الحياة ليصل خلال المسح الأخير إلى حوالي 4% بفارق نقطة واحدة، لكن سرعان ما ترتفع هذه النسبة بمجرد ما تنجب المرأة الطفل الاول لتقارب 55 % لدى الأمهات اللواتي أنجبن لأول مرة خلال المسحين 2006 و2012 أما في المسح الأخير فإن النسبة انخفضت إلى 44,3%.

فيما يخص النساء اللواتي لديهن 3 أطفال فإن النسبة قد بلغت مستوى الذروة لتصل إلى أكثر من 70% خلال المسحين الأولين MICS3 وMICS4 وتقارب 65% خلال المسح الأخير MICS6، ثم نسجل انخفاضا في هذا المعدل بالنسبة للواتي لديهن 4 أطفال فأكثر، لكن هذا الانخفاض كان ضعيفا جدا، يمكننا تفسير ذلك على أن كلما كثر عدد الأطفال على قيد الحياة كلما خشي الأزواج في الوقوع في حمل غير مرغوب فيه. نستخلص أن إقبال النساء المتزوجات على استعمال وسائل منع الحمل مرتبط بحدوث ولادة سابقة حيث ينتشر الاستعمال بشكل أكبر وسط اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال.

4-4- خدمات الرعاية الصحية للمرأة:

عموما تحتاج المرأة في كل مراحل حياتها إلى نوع خاص من الخدمات يفرضها عليها نوعها البشري، حيث تعاني غالبية سكان البلدان النامية من ارتفاع في معدل الأمراض السارية و من مشكلات صحية أخرى كما أنها تعيش في بيئة تهدد الصحة بالخطر والإحتياجات الصحية العامة للرجال والنساء واحدة في هذا الشأن، غير أن لكل من الرجال النساء مشكلاتهم الخاصة إلى جانب هذه الإحتياجات المشتركة فالرجال يتعرضون بدرجة أعلى من النساء لعدد من المشاكل

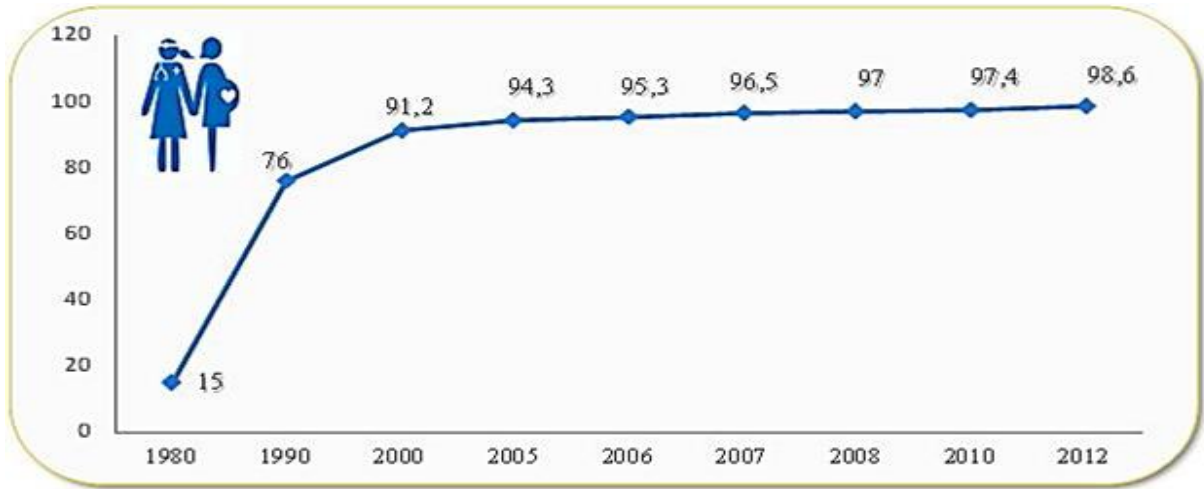
الصحية التي ترتبط عادة بضغط العمل، وتغير أساليب العيش أو الإجهاد فيتعرضون للحوادث أو الإصابة بسرطان الرئة وأمراض القلب وأمراض الأوعية الدموية والأمراض المهنية، غير أن تغير أساليب العيش لدى النساء قد يضعهن على قدر مساو من التعرض لنفس هذه المشاكل وسنذكر بعضا من هذه الإحتياجات الخاصة بالمرأة.

أ - إحتياجات خاصة بالإنجاب: (الحمل، الوضع، الرضاعة الطبيعية تنشئة الطفل). "ترتبط الإحتياجات الصحية بالمرأة بالدرجة الأولى بالإنجاب فعملية الحمل والوضع والرضاعة الطبيعية وعملية تنشئة الطفل هي عمليات صحية وطبيعية في حد ذاته، ولكن تكون العناصر الضرورية غير كافية تتحول هذه العمليات إلى مشاكل، وتوحي الأدلة بأن ذلك يحدث بتواتر فظيع ومروع، وقد يؤدي الافتقار إلى الرعاية اللازمة إلى نتائج خطيرة ووخيمة ستأثر لا محال على الأسرة والمجتمع

المتابعة الصحية قبل الولادة وبعد الولادة المتابعة الصحية للأم الحامل قبل الولادة وبعد الولادة من الأولويات الأساسية للحد من وفيات الأمهات. - فقد أكدت المنظمة العالمية للصحة أن الرعاية الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة الحمل وبعدها تلعب دور كبير في الحد من وفيات الأمهات والرضع، فضلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة وقلة الوزن إضافة إلى هذا فإن هذه الرعاية تسمح لمقدمي الخدمات الصحية بمعرفة كل المعلومات المتعلقة بصحة المرأة الحامل من تاريخ الطبي الموعد المحتمل للولادة، وسبل التغذية والرعاية الصحية السليمة (جمال، 2000، ص63).

توضح نتائج الشكل 3، تطور نسبة الولادات التي تتم تحت اشراف أخصائيين في مجال التوليد. إن الولادات التي تمت تحت اشراف أخصائيين لها دور كبير في الحد من وفيات الأمهات والأطفال، وتفادي أخطار الولادة والعناية بحالتهم الصحية أثناء الولادة وبعدها.

الشكل 3: الولادات التي تتم تحت اشراف مختصين في المجال



Source : MSPRH et ONS, (2012), Suivi de la situation des enfants et des-rapport préliminaire-, ONS, Alger, p23.

من خلال التمثيل البياني للمعطيات الاحصائية نلاحظ أن النسبة شهدت تحسن ملحوظ، بفضل البرامج الصحية المنتهجة من طرف الدولة في مجال العناية بصحة الأم والطفل، وهذا من خلال التكوين المتواصل للإطارات

الطبية والشبه الطبية المختصة في طب التوليد سواء داخل الوطن أو خارجه من خلال ملتقيات وأيام دراسية مختصة ودورات تدريبية، سعياً إلى تحسين الخدمات المقدمة، وهذا كان له الفضل في رفع معدلات الولادات التي تتم أخصائين من 15 سنة 1980، إلى 76 سنة 1990 ثم إلى 98,6% سنة 2012. (MSPRH et ONS, 2012, p23)

5-الاستنتاجات:

من بين أهم النتائج التي خلصت إليها الدراسة، تتمثل في:

- 1- تعد الصحة من بين الحقوق الأساسية التي ضمنتها المواثيق الدولية وخطت لها المنظمات الدولية العديد من الاتفاقيات،
- 2- الصحة الإنجابية من أكثر القضايا الحيوية والمهمة في حياة المرأة، وهي بمثابة تأشيرة لحياة آمنة ومستقرة وقد استغرقت المرأة عقوداً طويلة حتى تمكنت من أن تضمن لها هدفاً استراتيجياً يتعلق بوظيفتها الأساسية في الحياة وهي الإنجاب.
- 3- تباين وصول النساء عبر أقاليم العالم المختلفة إلى خدمات صحية كافية، وضعف قدرتها على الاستفادة من حقوقها الإنجابية بل أكثر من ذلك هنالك قطاع عريض من النساء خاصة في الدول النامية لا تدركن أصلاً معنى الحقوق الإنجابية ولا الصحة لإنجابية وذلك نتاج العديد من المعتقدات الموروثة وضعف تعليمها وسلطتها في اتخاذ القرار؛
- 4- تتداخل المحددات الاقتصادية والاجتماعية في التأثير على صحة الأمهات، وتعاني الكثير من النساء الحوامل من مشاكل الفقر وسوء التغذية أثناء حملهن فضلاً عن العنف الأسري المتفشي في بعض الدول إلى جانب التمييز في المعاملة ما بين المرأة والرجل، كل هذا المحددات أثرت على قدرة هؤلاء النساء على الحصول على صحة إنجابية،
- 5- حققت الجزائر تبايناً ملحوظاً فيما يرتبط بالصحة الإنجابية للمرأة انطلاقاً من تباين الآليات المعتمدة في ذلك مع تحسن نسبي يعتد به فيما يرتبط بمعدل وفيات الأمهات الذي شهد انخفاضاً معتبراً فضلاً عن تطور معدل الولادات التي تتم بإشراف صحي.

6-التوصيات:

وبناء على النتائج المتوصل إليها، يمكن لنا أن نخرج بجملته من المقترحات تتمثل في:

- 1- ضرورة القيام بإنشاء مراكز صحية على مستوى جميع المناطق الريفية والحضرية، حتى تتمكن جميع النساء من الاستفادة من الخدمات الصحية، وتدعيم هذه المراكز بمرشدات في مجال الصحة الإنجابية يكون دورهن التوعية للنساء بضرورة متابعة حملهن وزيارة الطبيب خلال ذلك؛
- 2- إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر تحديداً، والتي يعمها الفساد وتسودها البيروقراطية في التعامل خاصة النساء الحوامل والتي أثبتت العديد من الدراسات أن العديد من النساء الحوامل.

قائمة المراجع:

- Conseil National Economique et Social. 2015, Quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie ,p 167
- MSPRH, UNICEF et FNUAP, (2015), Suivre de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012- 2013, MSPRH, Alger.
- إبراهيم العسل، (1997)، الأسس النظرية والأساليب التطبيقية في علم الاجتماع، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ب ط، ص 20 .
- آسيا الشريف، (2015)، الظواهر الديموغرافية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، ب ط، ص 88
- زيدان عبد الباقي، (1977)، المرأة بين الدين والمجتمع السلسلة الثقافية الاجتماعية الدينية للشباب، ط 2، بنغازي، ص 5 .
- فتحي محمد أبو عيانة، (1985)، دراسات في علم السكان، بيروت، دار النهضة العربية، ب ط، ص 15 .
- محمد عاطف غيث، (1979)، قاموس علم الاجتماع، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ب ط، ص 2 .
- مصطفى الخشاب، (1987)، دراسة المجتمع، القاهرة، مكتبة الانجلو مصرية، ب ط، ص 18 .
- يونس مفيد ذنون، (2004)، اقتصايات السكان، العراق، جامعة الموصل، الاكاديميون للنشر والتوزيع موريس أنجرس، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية - تدريبات علمية -، ترجمة : بوزيد - صحراوي وآخرون، دار القصة للنشر، ب ط، ص 9 .
- محمد بركي، (2006/2005)، أسباب إنخفاض الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير في الديموغرافيا، قسم علم الاجتماع جامعة الجزائر، ص 6.
- حياة طاهري، (2014/2013) المرأة العاملة والخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير في الديموغرافيا، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، ص 12.
- عادل بغزه، (2009/2008)، أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة. رسالة ماجستير في الديموغرافيا، قسم العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة باتنة، ص 15.
- صندوق الأمم المتحدة، 2009، تحديات أمن الإنسان، نيويورك، ص 40 .
- مليك الحاج يوسف، (2003/2002) أثار عمل الأم على تربية أطفالها، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة الجزائر، ص 69.
- ظريف جواد، (2020)، مواقف سعيد الواقع التعليمي للمرأة في الجزائر، مجلة العلوم الاجتماعية المركز العربي للدراسات ألمانيا برلين، العدد 13، ص 15.
- صندوق الأمم المتحدة للسكان، (2002)، حالة سكان العالم 2002، الناس والفقر والإمكانيات، نيويورك، ص 33.
- ONS, (2011-2013), L' Algérie en quelques chiffres résultats 2011 - 2013, N°44, Alger, 2013, p 4.

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي،(2007)، الإستراتيجية الوطنية للطفولة والمرأة، الجزائر، ص 30.
- جمال غيلان،(2000)، دور المنظمات في دعم صحة المرأة، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، ص6.
- MSPRH, UNICEF et FNUAP, (2015), Suivre de la situation des enfants et des femmes, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012- 2013, MSPRH, Alger,p26.
- جمال غيلان،(2000)، دور المنظمات في دعم صحة المرأة، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، ص16.
- Aissa DELEND, (2005), Politique de population et contraception en Algérie, Revue des sciences sociales et humaines, université de Batna, p12
- Nadia ATTOUT& Rachida BENKHELIL, (2001), L'espacement des naissances causes de refus ou d'abandons de la contraception, CENEAP, Alger, p57.
- Nadia ATTOUT, Rachida BENKHELIL & Rabah SAADI, (2001), Education, fécondité et nuptialité, CENEAP, FNUAP, Alger, p67.
- جمال غيلان،(2000)، دور المنظمات في دعم صحة المرأة، صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، ص36.
- MSPRH et ONS, (2007), Suivi de la situation des enfants et des-rapport préliminaire-, ONS, Alger, p23.