



**Thèse Présenté
par Assia CHERIF**

**Université Algerie Faculte
des Sciences
Sociales et Humaines**

**Protection maternelle, réalité et
dimension : résultats de l'enquête PAP
Femme et étude de cas**

2004-2005

15 MARS 2007
République Algérienne Démocratique et Populaire

15.0404
CHE
13281

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

Faculté des Sciences
Sociales et Humaines

Département de
Sociologie



Protection Maternelle
Réalité et Dimension
« Résultats de l'Enquête
PAP Femme et Etude de cas »

Thèse de Doctorat d'Etat en Sociologie
Option Démographie

Membres de jury :

Présentée par :

Encadreur : Djillali SARI

Assia CHERIF

Président : Mostefa BOUTEFNOUCHET

Membres : Claudine CHAULET

Mohamed MEBTOUL

Ali MAZIGHI

Année Universitaire

2004 - 2005

1. Introduction :

La santé maternelle représente un des problèmes majeurs de la santé publique, chaque année près de 600 000 femmes soit plus d'une femme par minute meurt de complication de la grossesse ou de l'accouchement, plus de 98% de ces décès surviennent dans les pays en voie de développement. (Equilibre et Population , n° 56 , février , 2000 p .7), elles meurent d'une maladie ou complication qui le plus souvent est facile a éviter, ainsi que le décès d'une femme aux cours de la grossesse ou de l'accouchement n'est pas seulement un problème sanitaire, mais une Injustice Social.

L'Algérie est l'un des pays qui souffre de ce problème, d'après les plus récentes enquêtes effectuées dans ce domaine, le taux de mortalité maternelle est arrive à 117 pour 100 000 naissances vivantes, on constate que la santé maternelle est désormais un thème de tout première importance qui reflète l'absence d'équité social, et l'absence des études de certains comportements sanitaires de la femme dans la période de la grossesse, de l'accouchement et du post partum et leurs conséquences sur la santé, telle que leurs connaissances en matière d'alimentation durant et après la grossesse, l'allaitement maternel, les risques de la grossesse, types de recours aux soins de santé en cas de complication durant ou après la grossesse, et leurs relations avec les variables y compris le niveau d'instruction, l'état individuel, l'age et le rang de naissance.

La femme est actuellement un **agent actif du système de santé**, et sa promotion est reconnue comme une conditions indispensable à la réussite des politiques de santé.

Vu son rôle majeur, ce problème mérite une attention particulière, pour y remédier à ce manque de données socioculturelle, et démographiques de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, ainsi que l'utilisation des femmes aux prestations de santé maternelle.

Notre étude se basera sur les données provenant de l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, elle est suivie par une étude de cas qui va au delà des chiffres, c'est la démarche qualitative, effectuée auprès d'un groupe de femme qui ont eu un enfant durant les cinq dernières années précédant l'enquête. Le recours à ce genre de type d'étude est encore récent, et difficile à cerner. Notre étude comporte sept chapitres :

Chapitres 1 : cadre méthodologique de l'étude.

Chapitres 2 : santé maternelle, définition et dimension.

Chapitres 3 : la place de la maternité à travers la législation, les conférences (Nationales et Internationales), les politiques de population, les prestations de santé qui lui sont offertes.

Chapitres 4 : Etude et type de méthodologie

- Etude Algérienne sur la santé de la famille 2002.
- Etude de cas auprès de femmes

Chapitres 5 : la protection maternelle durant la grossesse et l'accouchement.

Chapitres 6 : la protection maternelle durant le post partum et le nouveau né.

Chapitres 7 : résultat de l'étude de cas.

Analyse approfondie.

2. Problématique :

La grossesse, l'accouchement et la période du post partum sont des événements naturels qui constituent des étapes importantes dans le parcours de la vie d'une femme, ces événements sont l'une des causes majeures de décès des femmes âgées entre 15-49 ans, ce risque de décès est 50 à 100 fois plus élevé dans les pays en développement.

L'Algérie est l'un des pays qui souffre de ce problème de santé publique, c'est un problème qui s'impose de plus en plus à l'intention des médecins, des épidémiologues des sociologues, l'un des principaux objectifs de nombreuses conférences telles que la conférence de Nairobi 1987, le sommet mondiale des enfants 1990, la conférence international sur la population et le développement 1994, et la 4eme conférence mondial sur les femmes 1995.

Malgré les efforts déployés Par les décideurs et les personnels de santé sur l'importance des questions liées à la maternité, ce problème reste insuffisamment traité, il nécessite d'être examiné plus attentivement dans différent aspects socioculturels.

Sachant que la santé maternelle ne dépend pas uniquement de problèmes médicaux, les comportements en matière de grossesse, l'alimentation adéquate durant et après ces mois cruciaux, les conditions socio - économiques et démographiques jouent également leur rôle.

D'après l'enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, on trouve 19,3% des femmes n'ont pas suivi leur grossesse dont 27,6% des femmes rurales, et 12,4% des femmes urbaines. (Ministère de la santé, de la population, et de la réforme hospitalière et al, 2003, p.32)

Ce qui est particulièrement frappant dans les résultats de cette enquête c'est le taux élevé de la non consultation pendant la période du post partum 66.3% des femmes qui ont accouché les 5 dernières années n'ont pas eu de consultation

post partum 66,3 % dans la zone urbaine, et 74.3 % dans la zone rurale (x) (Ibid p36) alors qu'est ce qui pourrait expliquer ce manque de suivi durant la période de la grossesse en générale, et du poste partum en particulier ?

Quelles sont les raisons de ce manque de motivation ? Quel le rôle des variables socio-économiques et démographiques en relation avec les prestations de santé maternelles ? Tel que le niveau d'instruction, l'état individuel, l'âge et le rang de naissance.

Quel est leurs perceptions a l'égard de la grossesse, de l'accouchement et de la période post partum ?

Parallèlement il est tout à fait pertinent ici de se poser également la question du rôle de la femme dans la prise de décision en matière de santé maternelle, et également le rôle de l'époux vis-à-vis le parcours et le suivi de la grossesse, de l'accouchement et de post partum.

En conséquence, notre préoccupation majeure est de focaliser l'attention sur ce problème cruciale, de déterminer les connaissances et pratiques des mères durant toute la période de la grossesse et après, tous ces mois cruciaux tant de la future maman que celle du nouveau né.

Toutes ces questions nous amènent a prendre en charge la maternité dans son contexte culturel, familial et environnemental et qui méritent un examen minutieux et une attention particulière

3. Hypothèse :

- 1- Le recours des femmes aux soins pendant et après la grossesse augmente avec la présence des antécédants obstétricaux ou médicaux.
- 2- Le recours des femmes aux soins pendant et après la grossesse augmente avec le niveau d'instruction et l'état individuel de la femme.
- 3- Le recours des femmes aux soins pendant et après la grossesse augmente avec leurs ages et le rang de naissance.
- 4- Le recours aux soins de maternité augmente avec le rôle, et la participation de l'époux dans le parcours de la maternité sans risque.

4. Objectif de l'étude :

- 1- Comprendre les fondements socio – culturels, économiques et démographiques dans la prise en charge de la maternité à partir des données de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002.
- 2- Connaître les décisions en matière de santé maternelle ainsi que le recours des femmes aux prestations de santé, et l'identité des décideurs.
- 3- Mettre l'accent sur les aspects encore mal connus tels que la perception et le vécu de la maternité construite par les mères à travers les résultats qualitatives de l'étude de cas.
- 4- Faire apparaître le rôle de l'époux face à la maternité.

5- Cadre Méthodologique

Notre étude est née de la volonté d'évaluer l'effet des variables socio-économiques et démographiques sur le recours des femmes aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum ainsi que la protection du nouveau né

La compréhension du sujet nécessite l'apport de deux types d'enquêtes :

- Enquête quantitative
- Enquête qualitative

En ce qui concerne l'enquête quantitative qui traitera les résultats concernant le volet des soins de maternité provenant de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille en collaboration avec le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et la Ligue Arabe.

Pour l'enquête qualitative, qui est allée au delà des chiffres a été réalisé auprès d'un groupe de femme ayant eu un enfant durant les cinq dernières années précédant l'enquête.

Cette enquête nous permettra de :

- connaître la perception des femmes à la grossesse, à l'accouchement et à la période post partum.
- connaître le processus de recours aux présentations de santé, et le vécu de la maternité, ainsi que leurs connaissances en matière d'alimentation pendant et après la grossesse, en matière d'allaitement maternel, les moyens contraceptifs Etc.

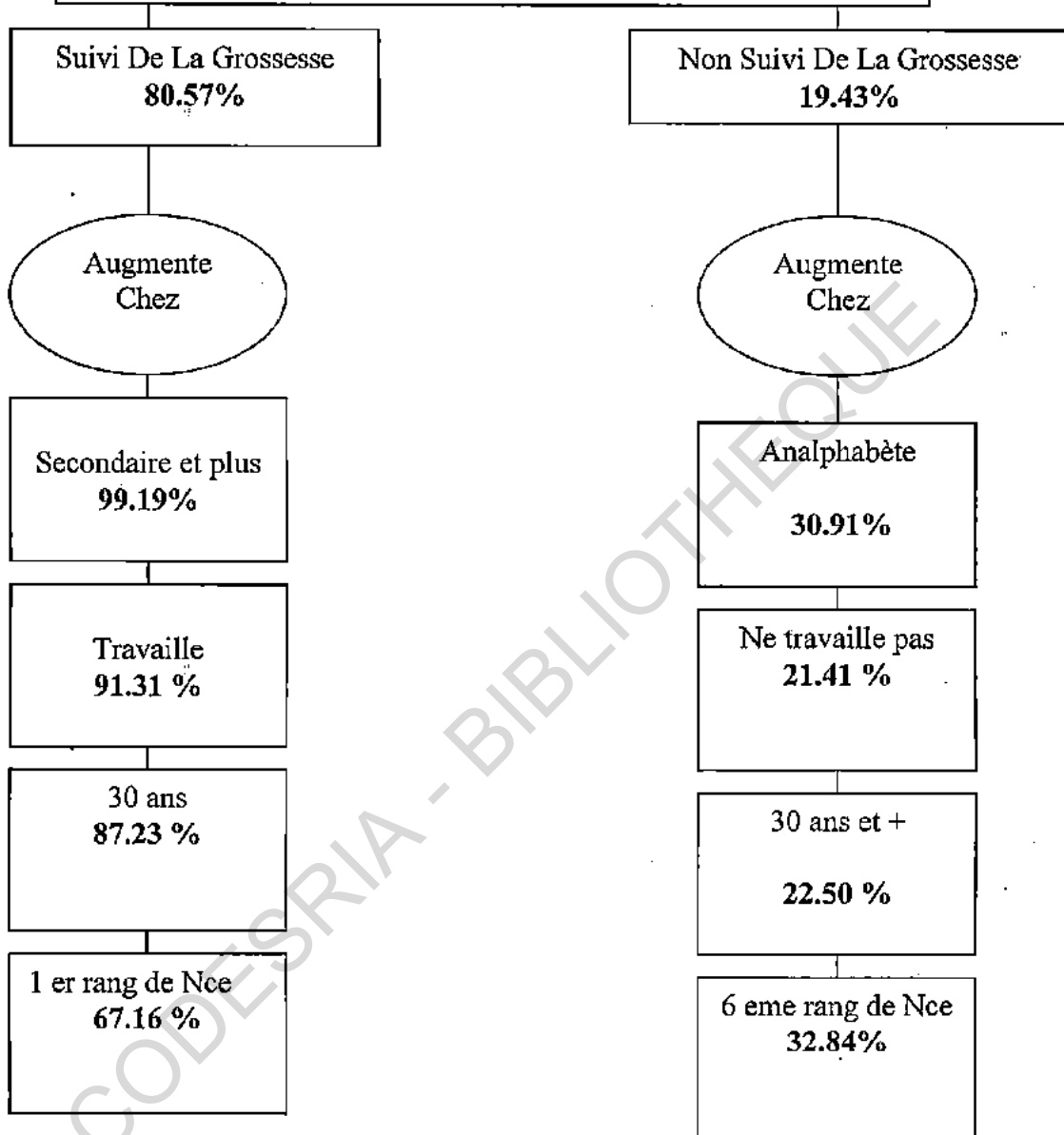
Ce type d'enquête nous permet d'avoir une piste de réflexion concernant l'amélioration du recours des femme, aux prestations de santé maternelle, ainsi que le fonctionnement des services, et la prise en charge de la grossesse et du futur enfant, sachant que toute femme a le droit de jouir à un meilleur état de santé en matière de reproduction et de sexualité.

6- Résultats :

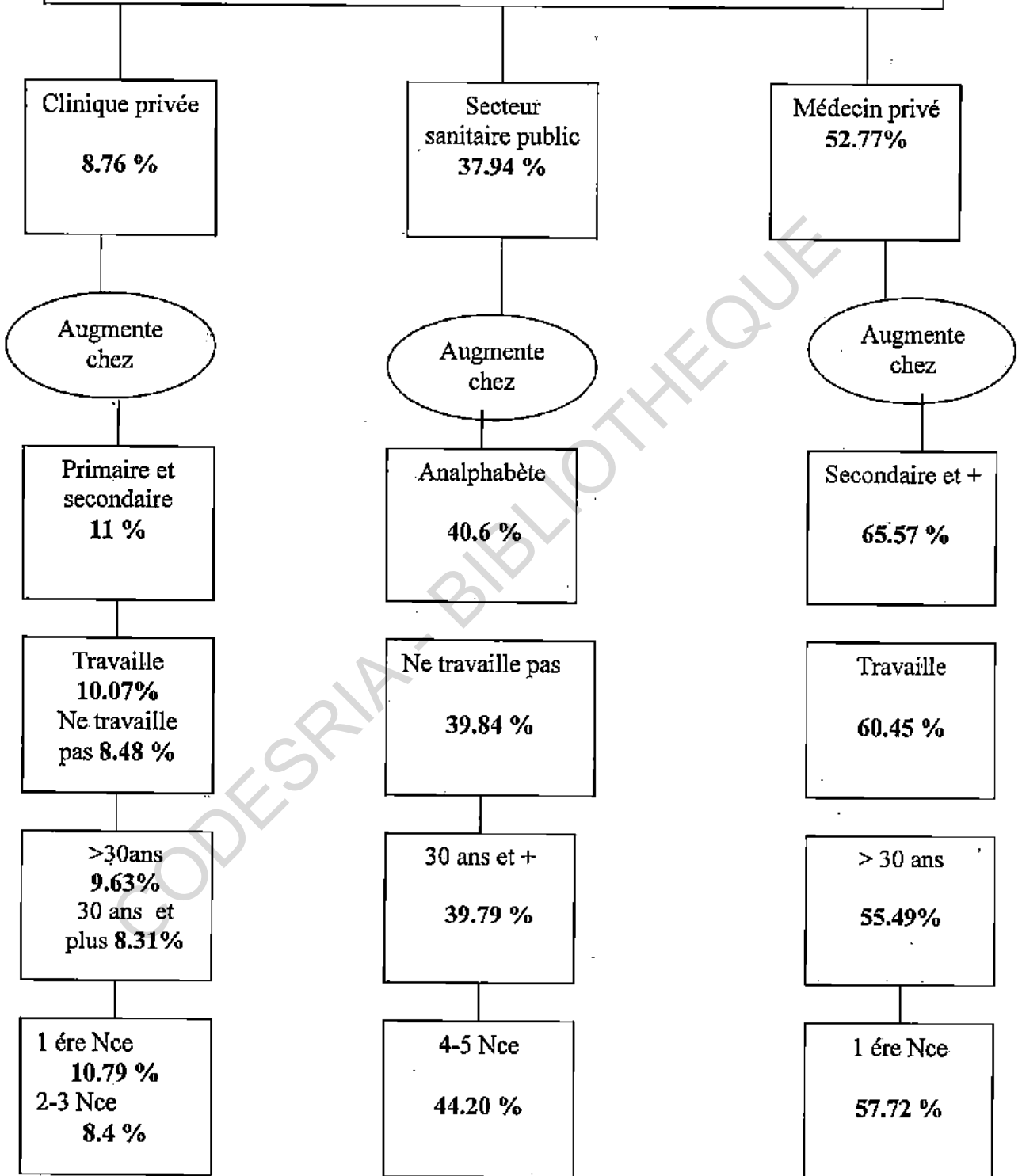
Deux types d'analyses ont fait ressortir notre travail, le premier type est l'analyse quantitative, qui a essayé de faire apparaître l'influence des variables socio-économiques et démographiques, tel que le niveau d'instruction, l'état individuel, ainsi que l'âge de la parturiente, et le rang de naissance, et leurs utilisations des services de santé maternelle.

Les schémas suivants montrent les résultats les plus pertinents de l'enquête quantitative :

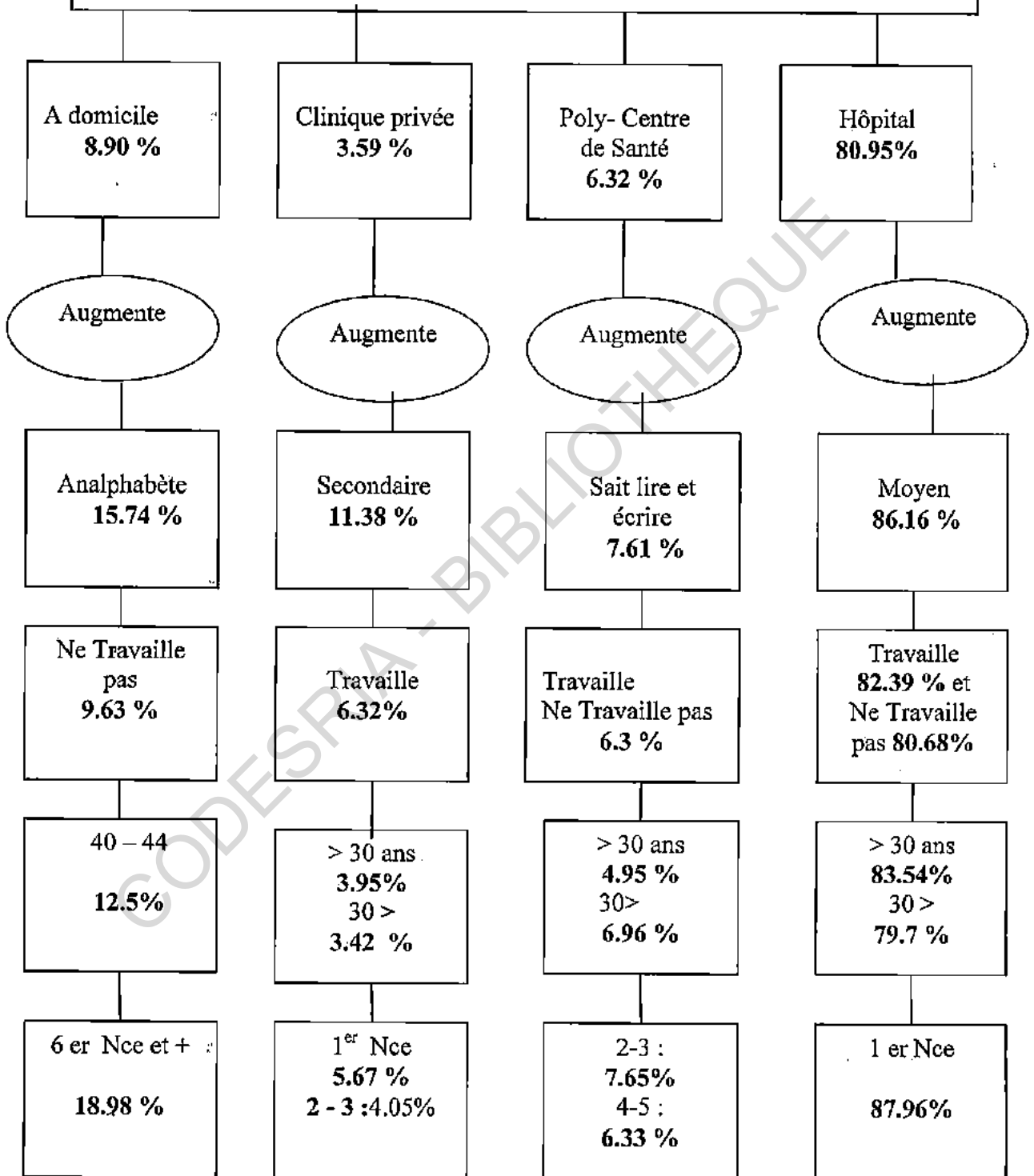
SUIVI DE LA GROSSESSE



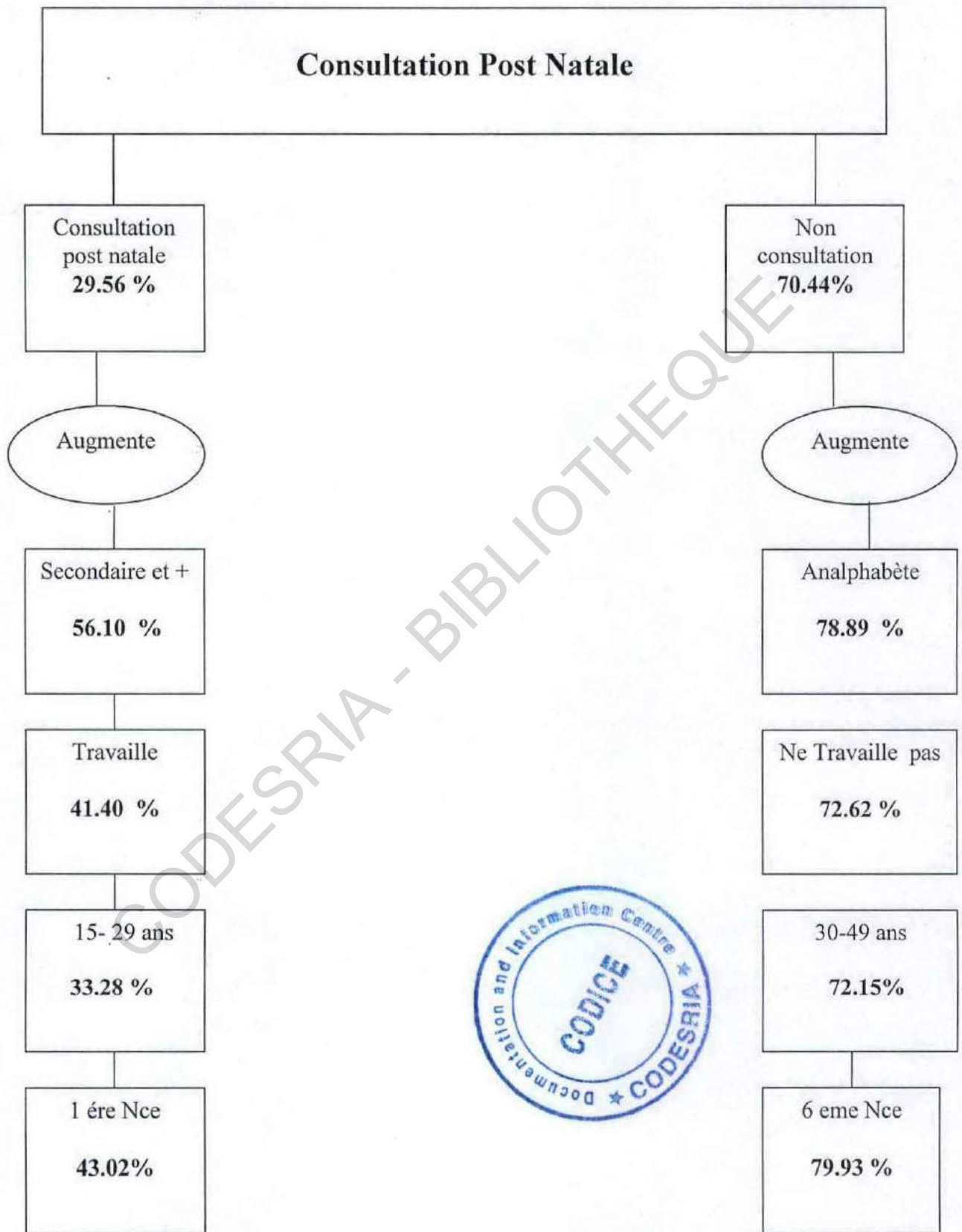
Lieu de la dernière consultation durant la grossesse



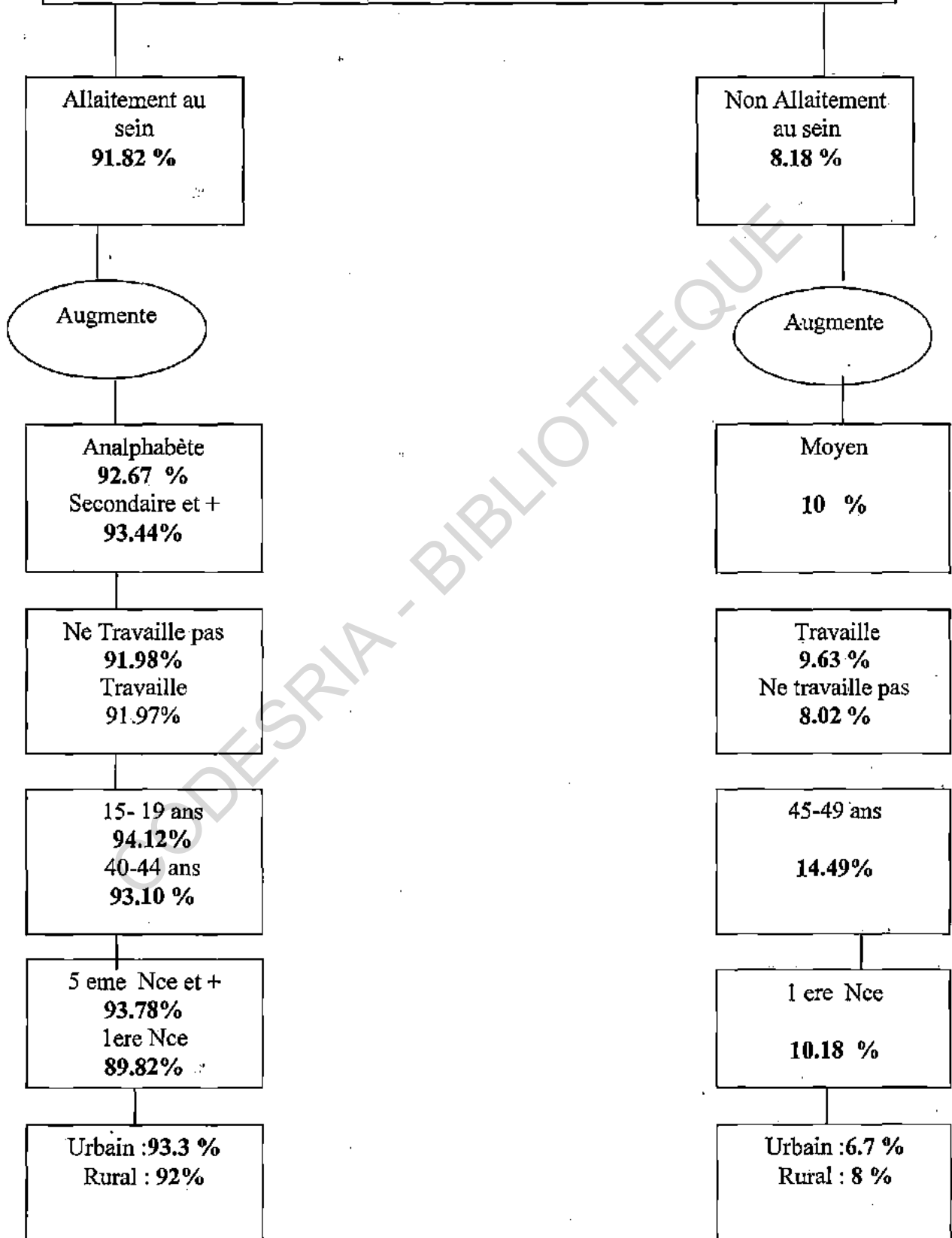
Lieu d'accouchement



Consultation Post Natale



Allaitement Au Sein



Le deuxième type est l'analyse quantitative qui s'est limitée à analyser dix cas de femmes qui ont eu un enfant durant les cinq dernières années précédant l'enquête, à travers l'analyse, nous avons constaté :

- 1- le manque de conscience et l'ignorance de l'importance du suivi de la grossesse, et la période du post partum, la consultation est régulière que lors qu'elles se sentent en danger, elle augmente avec la présence des antécédants obstétricaux ou médicaux.
- 2- Les femmes ne possèdent pas les connaissances de base en matière de grossesse, l'alimentation adéquate durant et après la grossesse.
- 3- le niveau d'instruction est une variable très associée à une utilisation très fréquente et régulière des prestations de santé maternelle.
- 4- les résultats de l'étude révèlent également l'importance de l'état individuel de la femme, son age, et le rang de naissance et leurs influences sur la prise de décision en matière de santé maternelle durant et après la grossesse.
- 5- Les femmes interrogées souhaitent être mieux informées sur le déroulement, et les différentes étapes de la grossesse, et la période du post partum, ainsi que la protection du nouveau né.

Elle ont évoqué également le rôle de l'époux dans le parcours de la grossesse, et sa présence durant l'accouchement.

5. Conclusion

Les résultats de cette étude sur le plan quantitatif et qualitatif, répondent à une solide argumentation du besoin de fournir des services de santé maternelle répondant aux besoins des femmes enceintes, une des premières tache qui nous semble essentielle est de sensibiliser et d'inciter les femmes à venir consulter, et de redynamiser les services de protections maternelles qui sont la pierre angulaire de toute politique de santé, sachant que toute femme a le droit de jouir De meilleur état de santé en matière de reproduction et de sexualité, a le droit d'espérer de mettre au monde un enfant dans les meilleures conditions de sécurité possible ;

Nous nous rendons compte aujourd'hui que le question nationale, de la santé maternelle comporte une dimension socio – culturelle, cet aspect d'étude reste encore méconnue, il mérite un examen minutieux et une attention particulière.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

« علم شيئاً لو لم لتكون فرطاً علم

الفتاة لتشكل أمة بكاملها »

عبد الحميد ابن باديس

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

>> الأم التي تهز السرير

بيمينها تهز العالم بيسارها <<

* نابلون بونابرت *

الشكر

الحمد والشكر لله العلي العظيم أوله وآخره أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الأستاذ المشرف "جيلالي صاري" الذي لم يخجل علينا بنصائحه وتوجيهاته القيمة في سبيل إنجاز هذه الرسالة كما أتوجه بامتناني الكبير إلى السيد محفوظ بوماتي، والسيدة أمال بومغار، وأشكر كذلك كل أساتذة وعمال وعاملات المركز الديمغرافي بالقاهرة، وأخص بالذكر د. هشام مخلوف، د. أحمد عبد المنعم، د. محمد مصطفى حسب مصطفى، د. سامية خضر، د. سيد خاطر، د. عزت فهم محروس الشيشني، د. فاروق شعيب، د. أحمد رجاء عبد الحميد، د. خالد الوحشي، وكذا عمال مكتبة جامعة الدول العربية، د. طاهر عدواني، والسيدة مایسة.

ولأيفوتني أن أتقدم بشكراتي الخالصة إلى أستاذة معهد الديموغرافيا لوف-لانوف/ بلجيكا وعلى رأسهم د. دومينيك تابوتا، كاترين قوربان، ميشال لوريو، فيلكان أريك، آن دافو... كما أتقدم بخالص التقدير والعرفان إلى الدكتور محمد مبتول، د. حافظ شقير، جاري بينانقس، أبدولاي ساو.

وكذا أصدقائي وصدیقاتي وأخص بالذكر زكان، إبراهيم، محمود، فتحي، سعيد، سميرة، جريدة، فريدة، زهرة، فتيحة، مليكة، رادية، سامية...

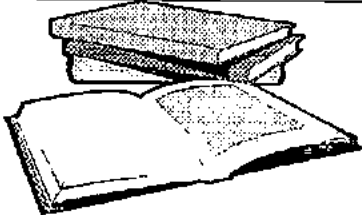
وإلى كل من مد يد العون والمساعدة سواء كان ذلك من قريب أو بعيد لإنجاز هذا العمل المتواضع.

ولهم مني جميعاً جزيل

الشكر.

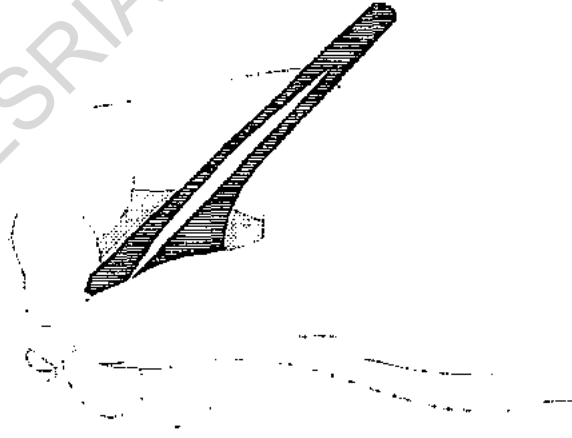
الإهداء

أهدى كتابي ثمرة إجتهاادي
إلى والديا حفظهما الله
إلى الطالبات أبنائنا،
والطالبات أمهات الغد
إلى كل الأصدقاء والصديقات
إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد
إلى كل محب ومخلص للبحث العلم
إلى كل من نكن له المحبة والمودة
إلى هؤلاء جميعا أهدى هذا
العمل المتواضع

الصفحة	 الفهرس
أ - ج	مقدمة
	الباب الأول : الإطار المنهجي والنظري للدراسة
	الفصل الأول : الإطار المنهجي والنظري للدراسة
3	1- الإشكالية
6	2- الفرضيات
7	3- أهداف الدراسة
8	4- تحديد المفاهيم
15	5- الدراسات السابقة
	الفصل الثاني : صحة الأمومة وأبعادها
56	1- تطور مفهوم الأمومة
64	2- واقع صحة الأمومة في الجزائر ومقارنته مع بعض بلدان العالم
81	3- دور الأسرة في إعداد البنت للأمومة
83	4- دور المدرسة في إعداد البنت للأمومة
86	5- الأمثال الشعبية والأمومة
	الفصل الثالث : الأمومة ومكانتها في التشريعات والمؤتمرات
	والسياسات السكانية والخدمات الصحية المقدمة لها
93	1- التشريعات والأمومة
109	2- المؤتمرات والأمومة
120	3- السياسات السكانية والأمومة
127	4- الخدمات الصحية والأمومة
	الباب الثاني : واقع رعاية الأمومة في ضوء نتائج الدراسة الكمية والكيفية
	الفصل الرابع : الإقتراب الميداني للدراسة
134	1- المنجية المتبعة
138	2- المسح الجزائري لصحة الأسرة أهدافه وكيفية إنجازه

144	3- إجراءات دراسة الحالة وأهدافها.....
148	4- المتغيرات البحثية وكيفية قياسها
162	5- التحليل الإحصائي للبيانات.....
الفصل الخامس : الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة	
168	1- خصائص النساء المبحوثات
177	2- خصائص الأزواج
180	3- الظروف السكنية
183	4- الرعاية الصحية أثناء الحمل.....
230	5- الرعاية الصحية أثناء الولادة
الفصل السادس : الرعاية الصحية بعد الولادة والعناية بالمولود الجديد	
247	1- الرعاية الصحية بعد الولادة
274	2- الإصابة بالأعراض بعد الولادة
275	3- الرعاية الصحية بالمولود الجديد
الفصل السابع : نتائج دراسة الحالة رؤية تحليلية	
298	1- إستعراض الحالات المتعمقة
300	2- خصائص دراسة الحالة
337	3- رؤية شاملة لمعايشة ونظرة المبحوثات تجربة الحمل والولادة والنفاس
358	4- دور الزوج في مشاركة الزوجة تجربة الحمل ومابعده
360	5- الإحتياجات في مجال صحة الأمومة.....
362	- الإستنتاج
5-1	- قائمة الجداول
7-6	- قائمة الأشكال
32-8	- قائمة المراجع
102-34	- الملاحق.....

المقدمة



تعتبر الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة من بين أهم التحديات التي تواجه الشعوب التي تسعى إلى ترقية وحماية الأمومة كأحد المنطلقات الهادفة إلى تنمية صحة الأم والطفل، كما تعد شرطاً ضرورياً وأساسياً للتنمية الاجتماعية والاقتصادية، وجاء هذا الإهتمام من أجل ترسيخ حقوق الصحة الإنجابية للمرأة منذ العقود الأخيرة التي شهدت جهوداً مكثفة على مختلف الأصعدة وذلك مع بداية إنعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية في 1994، وماغقبه من مؤتمرات أهمها القمة العالمية حول التنمية الاجتماعية في كوبنهاغن، دنمارك ما بين 6-12 مارس 1995، وكذا مؤتمر الأمم المتحدة للمرأة في بكين عام 1995، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات في نيويورك عام 1999، لقد إنصب إهتمام كل هذه المؤتمرات حول صحة النساء في سن الإنجاب حيث تم التركيز على هذه الشريحة في برامج أعمالها لكونها تتعرض في أجزاء كثيرة من أنحاء العالم إلى مضاعفات متصلة بالحمل والولادة التي تعد من أهم أسباب الوفيات والإعتلال، ففي كل سنة " يتوفى قرابة 600000 امرأة في العالم في العالم لأسباب متعلقة بالحمل والولادة، كما أن هناك حوالي 15 مليون من النساء أصبن بإعاقات مدى الحياة. ينتج عن هذه المضاعفات قرابة 3 ملايين أخرى أثناء الأسبوع الأول من الحياة مع العلم أن أكثر من 98% من هذه الوفيات تتواجد في البلدان النامية.

(Equilibre et Population, 2000, n° Février - Mars, p.7)

ويمكن منع حدوث معظم هذه الوفيات والمشاكل الصحية من خلال تحسين إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة ولهذا تسعى دول العالم والدول النامية على وجه الخصوص إلى ترقية صحة الأمومة، وتوفير بيانات تفصيلية ومؤشرات دقيقة حول صحة الأم والطفل وذلك عن طريق قيامها بالمسوحات حول صحة الأم والطفل خلال سنوات التسعينات بتمويل من جامعة الدول العربية، في إطار برنامج المشروع العربي لصحة الأم والطفل، وتلاه المشروع العربي لصحة الأسرة عام 1999⁽¹⁾، والجزائر من بين الدول التي إستفادت من هذا المشروع وذلك عام 2002، وسوف يتم عرض أهم النتائج المرتبطة بالرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، وتعد هذه الأخيرة من المراحل الحيوية البالغة الأهمية في حياة كل امرأة على وجه

¹ أنشئ هذا المشروع من طرف جامعة الدول العربية وذلك بدعم من برنامج الخليج العربي ومنظمات الأمم المتحدة الإثمانية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف، والإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وصندوق الأوبيك للتنمية والإسكوا، وتم تنفيذ المشروع في كل من تونس وسوريا والجزائر وجيبوتي واليمن، وجاري تنفيذه في كل من المغرب ولبنان والسودان، وجاري الأعداد له في كل من الصومال والجمهورية.

الأرض، كما تعد من أكثر مراحل دورة الحياة صعوبة، وذلك لكونها مرحلة إنتقالية من الغروبية إلى الزواج والحمل والوضع، فبحدوث الحمل والولادة تؤكد المرأة قدرتها على الإنجاب، وتثبت مكانتها في الأسرة والمجتمع، ولكن لتحقيق ذلك، تحتاج المرأة أثناءها إلى أكبر قدر من الرعاية الصحية حتى تجتاز أمومة بدون خطر، وهي تعتبر حقا من حقوقها الإنجابية، تلك الحقوق المعلن عنها من منظور الإسلام والتشريعات والقوانين والداستير والسياسات الصحية، وكذا حقوق الإنسان العالمية.

وإدراكا لأهمية موضوع صحة الأمومة وما يترتب عن ذلك من تأثير على صحة الأسرة والمجتمع، تأتي هذه الرسالة كمحاولة لإبراز واقع لرعاية الأمومة أثناء الحمل والولادة والنفاس في الجزائر ودور العوامل الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية التي تم تحديدها بالمستوى التعليمي والمهني للنساء المبحوثات، وكذا عمرهن ورتبة المولود المتوقع عندها، كما تحاول الكشف على الدور الذي تقوم به النساء إتجاه مواجهتهن الحمل والولادة وما بعدها، ومدى قدرتهن على إتخاذ القرار في المشكلات المتعلقة بصحتهن، كما تحاول معرفة أسباب إجمام بعض النساء عن التردد على الخدمات الصحية وبالخصوص بعد الولادة، ويتم التعرف على ذلك في ضوء معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، وبصورة أكثر تحديدا تحاول الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية وهي :

· ما دور الأبعاد السوسيو - ديمغرافية ومدى الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس ؟ بما فيها المستوى التعليمي والحالة العملية والعمر ورتبة المولود.

هل يعود مدى الإقبال على رعاية صحة الأمومة بكل أنواعها إلى دور المرأة الحامل ومدى قدرتها ومكانتها في أخذ القرار إتجاه ذلك ؟. أو يعود إلى مدى وعيها وإدراكها بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده ؟.

كما تم الإهتمام بموضوع صحة الأمومة عن طريق وضع سياسات صحية لذلك، لكن دون مراعاة المناخ والنظرة الثقافية والإجتماعية ومعايشة النساء تجربة الحمل والولادة والنفاس ومن أجل التعمق أكثر في الموضوع وزيادة في التحليل فقد أجرينا مقابلات متعمقة لمجموعة من النساء ذوات مستويات تعليمية مختلفة، منهن عاملات وغير عاملات، تقطن في العاصمة، قد أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق، وقدرت عشر حالات.

وعلاوة على ذلك، وبالرغم من كل الجهود المبذولة في مجال صحة الأمومة، فإن الأم مازال تعاني من نقص ووعي في الخدمات الصحية، والتثقيف الصحي في مجال مواجهة الحمل وما بعده وهذا ماسنبرزه أرقاماً وتحليلاً من خلال نتائج الدراسة الكمية والكيفية، فما أنجز في هذا المجال مازال يحتاج إلى مزيد من الإهتمام، والإلتفات أكثر من أجل تلبية إحتياجات النساء في مجال صحة الأمومة وهو ما تؤكد المؤشرات الإحصائية إذ تبقى الجزائر من الدول التي تعاني من إرتفاع في معدل وفيات الأمهات الذي قدر في عام 1999 بحوالي 117 لكل 100000 ولادة حية، (Ministres de la santé et de la population, 2001. p.40)

وأيضاً النقص في المتابعة الصحية وبالخصوص بعد الولادة وسوء الأحوال المعيشية وقصور التغطية، وهذا ماسنسلط عليه الضوء في مشوار دراستنا.

وإن التطرق لهذا النوع من المواضيع ليعد بالغ الأهمية، وذو قيمة علمية مرتفعة، حيث يعتبر أول دراسة أقيمت على مستوى رسالة دكتوراه في علم الإجتماع - الديموغرافيا، كما أن الإهتمام بهذا الموضوع مازال ضعيفا في مجال العلوم الإنسانية عامة وعلم الإجتماع خاصة، ولعل الأطباء من الأوائل الذين أفاضوا الحديث حول عناية الأم والطفل في مراحل إجتيازها تجربة الحمل والولادة والنفاس إبتداءً من الحياة الجنينية وإنهاءً بولادة حية، ولا يمكن الإغفال عن التطرق إلى هذا الموضوع من الجانب الإجتماعي والثقافي والديموغرافي، فهو مكمل للتخصصات الأخرى بما فيها الطبية والأبيدميولوجية، كما حاولنا من خلال الرسالة تقديم منهاج ميدانيا إفتقد في أعمال الباحثين والمخططين والمتمثل في إدماج المنهج الكيفي على الكمي، فهي إضافة منهجية لها قيمتها في ميدان علم الإجتماع - الديموغرافي، وبهذا نحاول المساهمة كباحثين في توفير قاعدة من البيانات حول موضوع صحة الأمومة وزيادة الوعي الصحي بالقضايا المتعلقة بإحتياجات صحة الأمومة للمخططين ومتخذي القرار، وكذا تدعيماً لتوعية بأبعاد رعاية صحة الأمومة سعياً لتأمين حمل وولادة بدون خطر، والمساهمة في الوصول إلى تحقيق أهم أهداف مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية عام 1994 وهو " تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإيجابية مع حلول عام 2015 " .

لقد احتوت هذه الدراسة على بايين رئيسيين بالإضافة إلى المقدمة والإستنتاج،

تناول الباب الأول الإطار المنهجي والنظري للدراسة وشمل على ثلاثة فصول الآتية.

الفصل الأول، إهتم بعرض أهم خطوات البحث وهي تحديد الإشكالية والفرضيات وأهداف الدراسة، والمفاهيم الأساسية، وأهم الدراسات التي تناولت الموضوع منها الدراسات التي أقيمت على مستوى التراب الوطني، ومنها غير المنشورة.

الفصل الثاني، تطرق إلى صحة الأمومة وأبعادها بما فيها تطور ذلك المفهوم، واقع صحة الأمومة في الجزائر ومقارنته مع بعض بلدان العالم، كما تطرق هذا الفصل إلى دور الأسرة والمدرسة في إعداد البنت للأمومة، وكذلك تناول الأمثال الشعبية وموضوع الأمومة.

والفصل الثالث، من الباب الأول تناول أهمية الأمومة بين الحقوق والمؤتمرات والسياسات والخدمات الصحية في ذلك المجال.

ويدور الباب الثاني حول واقع رعاية الأمومة في ضوء نتائج الدراسة الكمية والكيفية، حيث شمل **الفصل الرابع** على الإقتراب الميداني للدراسة إذ سلط الضوء على المنهجية المتبعة لكل من الدراسة الكمية والكيفية، وأهم المتغيرات البحثية متنوعة بالمقاييس الإحصائية التي تم استخدامها في ظل الدراسة الكمية.

وتتناول **الفصل الخامس** على واقع الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة من خلال نتائج الدراسة الكمية، وعلى إثرها تم التعرف على خصائص النساء المبحوثات، وكذا الأزواج والظروف السكنية، ثم تطرق إلى الرعاية الصحية أثناء الحمل بما فيها مدى الإقبال على المتابعة في تلك الفترة، والتطعيم ضد التيتانوس، وأهم المشاكل الصحية أثناء الحمل ومواجهتها، وكذا أسباب عدم الرعاية الصحية أثناء الحمل.

كما يحتوي هذا الفصل على الرعاية الصحية أثناء الولادة بما فيها مكان الولادة وسبب الولادة خارج المؤسسة الصحية وخلفية المبحوثة، وكذا الشخص الذي ساعد في إجراء الولادة خارج المؤسسة الصحية، وتناول أيضا طبيعة الولادة، ومدى الإصابة بالإعراض أثناء الولادة.

ويشمل **الفصل السادس** على الرعاية الصحية أثناء النفاس والعناية بالمولود الجديد حيث تناول مدى الكشف بعد الولادة ومصدر ومكان الكشف وخلفية المبحوثة والإصابة بالأعراض بعد الولادة. وآخر عنصر في هذا الفصل تمثل في الرعاية الصحية بالمولود الجديد الذي يشمل أساسا على مدى الإقبال على الرضاعة الطبيعية والتطعيم حسب خلفية المبحوثة.

وتطرق الفصل السابع من الباب الثاني إلى نتائج دراسة الحالة التي تحتوي أساساً على إستعراض الحالات المتعمقة، وإبراز الرؤية الشاملة لمعايشة ونظرة النساء المبحوثات تجربة الحمل والولادة والنفاس، كما تطرق الفصل إلى عنصر بالغ الأهمية والمتمثل في إبراز دور الزوج في مشاركة الزوجة تجربة الحمل ومابعدھا، وتناول أهم الإحتياجات في مجال صحة الأمومة.

وأخيراً تناول الباب الثاني أهم الإستنتاجات وذلك في ضوء نتائج الدراسة الكمية والكيفية والتي على إثرھا ستفتح آفاقاً للبحوث المستقبلية.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

الباب الأول
الإطار المنهجي والنظري للدراسة

الصفحة	الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة
3	1- الإشكالية.....
6	2- الفرضيات.....
7	3- أهداف الدراسة.....
8	4- تحديد المفاهيم.....
8	4-1- الصحة الإيجابية.....
11	4-2- الرعاية الصحية الإيجابية.....
12	4-3- الأمومة الآمنة.....
13	4-4- السلوك الصحي.....
14	4-5- التنشئة الاجتماعية.....
15	5- الدراسات السابقة.....
16	5-1- الدراسات على مستوى الوطني:
16	5-1-1- تحقيق حول وفيات واعتلال الأطفال في الجزائر عام 1985-1989.....
16	5-1-2- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992.....
24	5-1-3- تحقيق وفيات الأمهات عام 1999.....
25	5-1-4- التحقيق الوطني حول أهداف الألفية الأخيرة / صحة الأم والطفل عام 2000.....
30	5-1-5- المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.....
31	5-1-6- تقييم العناية بالأمومة بدون خطر، وبقاء الطفل على مستوى مجتمع بازيقا - بوركينافاسو.....
38	5-2- الدراسات غير المنشورة:
38	5-2-1- دراسة الدكتورة أبروق سميرة.....
43	5-2-2- دراسة الدكتور بناقس جارفي.....
46	5-2-3- دراسة الدكتور محمد مصطفى حسن مصطفى.....

1- الإشكالية :

تعد مرحلة الحمل والولادة والنفاس من أهم المراحل الحيوية والأحداث الإجتماعية التي تجتازها المرأة طوال حياتها الإيجابية، لما لهذه الأحداث من أثر إجتماعي وثقافي ونفسي عليها، فبحدوث الحمل، تؤكد المرأة قدرتها على الإنجاب، ويتمام عملية الولادة تحقق غريزتها الأمومية ووجودها الفردي داخل الأسرة خاصة والمجتمع عامة.

ونظرا لأهمية هذا الحدث في حياة المرأة، فقد حظي هذا الموضوع إهتماما متزايدا خلال العشرية الأخيرة من قبل المختصين في المجال الطبي والنفسي والإجتماعي إذ حاول كل منهم التطرق من منظور تخصصه، فإختلفت بذلك أنماط الطروحات حول هذا الموضوع.

تتعلق مسألة الإهتمام بالمرأة من جانب المكانة التي تحتلها في الأسرة والمجتمع، فهي تعد نصف المجتمع بأكلمه، وهي في الوقت نفسه المربية والشريك للنصف الآخر.

ونظرا لهذه الأهمية التي تحظى بها المرأة-الأم أصبح السعي للمحافظة على صحتها شرطا أساسيا لضمان مساهمتها في التنمية إنتاجا وإبتكارا وإبداعا.

لايزال كل من الحمل والولادة والنفاس من الحوادث المصيرية في الحياة الزوجية، وهي عمليات فيسيولوجية طبيعية تمر بها كل امرأة حامل، إلا أن معايشة هذه التجربة تختلف من امرأة إلى أخرى باختلاف أوضاعها وظروفها الإجتماعية، والثقافية والصحية، التي قد تتجر عنها أخطارا ومضاعفات تؤدي إلى وفاتها، حيث تعد مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز عند النساء في سن الإنجاب، ما بين 15-49 سنة، ويمكن تفادي تلك الأخطار بالمتابعة المستمرة أثناء الحمل وبعده. ومن المعلوم أن دراسة هذا الموضوع لايمكن أن تتحقق دون التطرق إلى أوضاع المرأة ومحيطها الإجتماعي - الثقافي والديموغرافي.

بالرغم من توفر أجهزة طبية متطورة يتم بواسطتها إكتشاف الأمراض، وخطورة الحمل في ظروف معينة، وكذا التحكم في سير الولادة ومابعداها إلا أن الجوائز لاتزال تعاني من ظاهرة وفيات الأمهات التي تعد مشكلة صحية عمومية، وأبعد من ذلك مأساة إجتماعية مع كل ماتخلفه من عواقب نفسية وإجتماعية على الأسرة والمجتمع وحيث قدر

المعدل بـ 117 لكل 100000 ولادة حية وذلك عام 1999⁽¹⁾، مع العلم أن هذه الوفيات يمكن تفاديها عن طريق الحصول على المعلومات الصحية اللازمة، وتوفير خدمات رعاية الأمومة عالية الجودة من وقاية ومتابعة صحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، بإعتبار ذلك حق من حقوق المرأة، بل أكثر من ذلك، نعد مسألة عدالة إجتماعية وحقوق إنسانية.

ومن جهة أخرى أوضحت نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، أن هناك إقبالا متزايد للحوامل أثناء عملية الولادة على الهياكل الصحية وبالأخص المستشفيات، حيث قدرت النسبة بـ 81% مقابل 9% من الولادات التي تمت في المنزل (Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Office Nationale des Statistiques, Ligue des Etats Arabes, 2004, p84.) وللإشارة تتقارب هذه الوضعية على سبيل المثال، مع تونس، حيث تقدر الولادات التي تمت في المستشفى عام 2001، بـ 81.3% مقابل 9.7% من الولادات التي تمت في المنزل.

(وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، 2002، ص 160)

في حين عرفت سوريا في السنة نفسها، نسبة كبيرة من الولادات التي تمت في المنزل والتي قدرت بنحو 45% مقابل 26.1% من النساء وضعن مولودهن في المستشفى الحكومي.

(المكتب المركزي للإحصاء، المشروع العربي لصحة الأسرة، 2002، ص 130.)

وما يلفت الإنتباه، بالرغم من هذا الإقبال المتزايد على الهياكل الصحية العمومية أثناء عملية الولادة في الجزائر، إلا أنه يلاحظ قلة المراقبة المنتظمة أثناء مرحلة الحمل ومابعدھا، حيث قدرت نسبة النساء الحوامل اللواتي لم تتلقين أي فحص طبي بـ 19.3% وذلك حسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002.

(Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière, Office Nationale des Statistiques, Ligue des Etats Arabes Opcit, p89)

كما إتضح قلة تلقى النساء الحوامل التطعيم ضد التيتانوس والتي قدرت بنسبة

حوالي 44%. (Ibid, p82).

(1)- وللإشارة يمثل السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في الجزائر في إرتفاع الضغط الدموي بـ 18.4%، ثم يليه النزيف التناسلي بـ 16.6%، (Ministère de la santé et de la population, 2001, p40) وهو آخر إحصاء بحوزتنا

فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة، فهي الأخرى غير مراعات في الجزائر، وتبقى تعرف نقصا كبيرا في أوساطهن، حيث قدرت نسبة اللواتي لم تتلقين أي رعاية صحية بعد الولادة بـ 67% سنة 2000، والتي إرتفعت بحوالي 3 نقاط في سنة 2002 بنسبة 69.9 %، منها 74.3% في الريف مقابل 66.3% في الحضر (Ibid, p89).

ومقارنة مع تونس، قدرت نسبة عدم الرعاية بعد الولادة بحوالي 51%، بفارق مقدر بحوالي 19 نقطة، (وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، مرجع السابق، ص165).

وعليه بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الدولة في مجال الصحة الإنجابية، وتبنيها مبادرة الأمومة بدون خطر عن طريق وضع برامج صحية، وتنفيذ مسوحات صحية ديموغرافية، وبالرغم من توفر خدمات صحة الأمومة، وتواجد إقبال كبير من الولادات تحت إشراف طبي، إلا أنه مازال هناك الكثير مما يجب عمله من أجل الوصول وتحقيق الأمومة الآمنة.

وبالرغم من شيوع وتداول إصطلاح صحة الأمومة خصوصا بين المشتغلين في ميدان الصحة والسكان إلا أن الدراسات المركزة في نطاق ذلك المفهوم لم تحظ بالتركيز من جانب المختصين في معرفة نظرة ومعايشة النساء تجربة الحمل والولادة والنفاس، وإحتياجاتهن غير الملباة إتجاه ذلك، ومنه يقودنا هذا الوضع إلى طرح أسئلة عدة أهمها :
• مادور الأبعاد السوسيو-ديموغرافية ومدى الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس ؟ لاسيما الظروف التي تحيط بالمرأة الحامل بما فيها درجة التعليم، وحالتها العملية، وسنها ورتبة المولود. هل يعود مدى الإقبال على خدمات صحة الأمومة بكل أنواعها إلى دور المرأة الحامل ومدى قدرتها ومكانتها في أخذ القرار إتجاه ذلك؟ أو يعود إلى مدى وعيها وإدراكها بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده ؟ أو يعود ذلك إلى الظروف الإجتماعية والإقتصادية المحيطة بها ؟ أو إلى عوامل أخرى مرتبطة كل الإرتباط بمدى جودة خدمات صحة الأمومة ؟ ماهي نظرة ومعايشة النساء تجربة الحمل والولادة والنفاس؟.

ومثل هذه القضايا تتبعها من دون شك سلسلة من الفرضيات يتم معرفة مدى صحتها من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، وكذا تحليل نتائج دراسة الحالة لمجموعة من النساء اللواتي أنجبن مولودا حيا خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق، التي على إثرها تمكنا الدخول في عمق وأبعاد الإشكالية من خلال التركيز

على نظرة ومعايشة تجربة الحمل والولادة والنفاس، وكذا الإحتياجات في مجال صحة الأمومة بما يفيد المخططين ومتخذي القرار لمواجهة السياسات الصحية الموجهة إلى النساء في سن الإنجاب، ويتم تحديد الفرضيات فيما يلي :

2- الفرضيات :

1- إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية أو طبية أكثر منها وقائية.

2- يتأثر إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده تبعا لمستواهن التعليمي وحالتهم العملية.

3- كلما إرتفع سن النساء ورتبة المولود، كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس.

4- يؤدي دعم الزوج لزوجته في متابعة الحمل والولادة ومابعدها دورا إيجابيا في إجتياز أمومة آمنة.

3- أهداف الدراسة وأهميتها :

أصبح يشكل موضوع رعاية الأمومة أبرز اهتمامات واضعي البرامج الصحية في الجزائر خلال العشرية الماضية، وإتفاننا كباحثين إلى هذا النوع من المسائل مبني على أسس واقعية وعملية، لهذا الغرض ركزنا على الأهداف التالية :

- 1- معرفة نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، وإبراز تأثير العوامل السوسيوديمغرافية بما فيها درجة التعليم للنساء غير العازبات اللواتي أنجبن طفلاً حياً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح، المستوى التعليمي، والمهني، والسن وعدد الأطفال المنجبين ومدى الإقبال على الخدمات الصحية أثناء مرحلة الحمل والولادة والنفاس.
- 2- فهم حقيقة الدور الذي تقوم به المرأة أثناء اجتيازها مرحلة الحمل والولادة والنفاس، ومدى قدرتها على اتخاذ القرار في المشكلات المتعلقة بصحتها.
- 3- توضيح نظرة النساء إلى الأمومة بما فيها معاشتهن لتجربة الحمل والولادة والنفاس.
- 4- محاولة فهم أسباب قلة إقبال النساء على الخدمات الصحية بالخصوص أثناء مرحلة النفاس.

• أهمية الدراسة :

- 1- إنشاء قاعدة بيانات عن واقع صحة الأمومة المستخرجة من نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، و تدعيم ذلك بدراسة كيفية معمقة.
- 2- تشجيع البحوث والمساهمة في إثراء موضوع صحة الأمومة ورعايتها، الذي يبقى موضوعاً بالغ الأهمية يستحق البحث.
- 3- المساهمة كباحثة في محاولة توجيه السياسات السكانية في مجال صحة الأمومة بكل عناصرها وأبعادها، وإتاحة الفرصة لواضعي السياسات ومنتخذي القرارات في وضع استراتيجيات وسياسات مناسبة لذلك.
- 4- المساهمة كباحثة في الوصول إلى تحقيق أهم أهداف مؤتمر القاهرة حول السكان والتنمية لعام 1994 والمتمثل في:
>> تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإنجابية مع حلول سنة 2015.<<.

4- تحديد المفاهيم:

لا يخلو أي بحث علمي من مفاهيم رئيسية تتركز وتتمحور حولها أفكار الباحث وتلازمه طوال مشوار بحثه من بدايته إلى نهايته، ويعد تحديد المفاهيم من بين أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحوث، وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضي منا أن نحدد المفاهيم الرئيسية وهي:

4-1- الصحة الإنجابية.

4-2- الرعاية الصحية الإنجابية.

4-3- الأمومة الآمنة.

4-4- السلوك الصحي.

4-5- التنشئة الاجتماعية.

4-1- الصحة الإنجابية:

لا يزال مفهوم الصحة الإنجابية مفهوما حديث العهد نسبيا، ولا تزال الدراسات حوله محدودة، - بالأخص في الجزائر-، غير أنه أولى اهتماما كبيرا وذلك بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي عام 1994 للسكان والتنمية، حيث خلص إلى التعريف التالي⁽¹⁾:
>> هي حالة رفاة كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة<<. (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996، ص.10).

كما تدل الصحة الإنجابية على قدرة التمتع بحياة جنسية سليمة، والقدرة على الإنجاب، وتحديد عدد الأطفال، والتخلص من الحمل الغير المرغوب فيه، وعدم الإصابة بالأمراض أو الإعاقة أو الوفاة المرتبطة بالإنجاب، وقدرة الزوجين على تهيئة الظروف الملائمة لإنجاب أطفال أصحاء.

كما أن مفهوم الصحة الإنجابية يؤكد على السلامة الكاملة للنساء والرجال والمراهقين بدنيا وعقليا واجتماعيا وجاء كذلك - هذا المفهوم - للتأكيد على ضرورة الاهتمام بصحة المرأة وأهم المشاكل التي قد تصادفها، ليست فقط في فترة الحمل

⁽¹⁾- On entend par : Santé reproductive « le bien être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités » (Legrain et al, 2001, p 3)

والولادة وما بعدها، وإنما ابعدها، وذلك، حيث تشمل أيضا الأمراض التي تؤثر على الجهاز التناسلي للمرأة في مختلف مراحل حياتها.

وبعد خمس سنوات من انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994، لاحظنا أن الخطاب تغير، حيث لم تعد الحكومات والمنظمات تتحدث عن "تنظيم الأسرة" وإنما أصبحت تستخدم مفهوم "الصحة الإنجابية" و"الحقوق في مجال الصحة الإنجابية"، وفي خضم ذلك، تم وضع سياسات وبرامج جديدة متداولة عالميا، والتي انصبحت على مواضيع لم تحظ بالاهتمام إلا خلال سنوات التسعينات، ونذكر بالخصوص الصحة الإنجابية لدى المراهقين، ولدى أوساط النساء، والرجال، ووفيات الأمهات، والحمل الغير مرغوب فيه، والإجهاض، والعنف القائم على نوع الجنس، والممارسات التقليدية الضارة بما فيها تشويه الأعضاء الجنسية للإناث، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي / السيدا، كلها مواضيع شددت إليها أنظار العالم.

كما تم تحديد عناصر الصحة الإنجابية إلى تسعة نقاط أساسية وهي:

>> 1- تقديم الخدمات والتوعية فيما يتعلق بالأمومة الآمنة والتي تضم الرعاية ما قبل الولادة والولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة، ورعاية الطفل حديث الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، وتوفير الاحتياجات الغذائية للأم.

2- المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.

3- الوقاية من العقم وعلاجه.

4- الوقاية من الإجهاض غير الآمن، ومعالجته وعواقبه.

5- الوقاية والمعالجة من إصابات الجهاز التناسلي، ومنها الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس العوز المناعي "الإيدز".

6- الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة.

7- الوقاية والمكافحة للأمراض النسائية المتصلة بالإنجاب مثل سرطان عنق الرحم والتدني.

8- محاربة العادات التي تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث.

9- الوقاية ومعالجة الحالات الغير طبيعية ما بعد الإنجاب (مثل لين العظام وأمراض القلب) << . (الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، 2001، ص.39).

ومن أجل توسيع المعرفة بالمجالات والمشاكل الصحيّة المختلفة التي تصادفها كل شرائح المجتمع، من أمهات وأطفال، ومراهقين، ومسنين، ومن أجل المساهمة في التنمية الصحيّة، فقد توسع مفهوم الصحة الإيجابية إلى صحة الأسرة، حيث قامت بعض الدول العربية بما فيها الجزائر، بتنفيذ مسوحات لذلك، والإستفادة من نتائجها، من أجل رسم الخطط والسياسات وإعداد البرامج، والإستراتيجيات الصحيّة التي تساهم بدورها في التقدم والتنمية في جميع القطاعات الإقتصادية والإجتماعية والبيئية، ولقد قمنا نحن بدورنا من استخدام وتحليل نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، وهو ما سوف يتبين في ثنايا هذه الرسالة.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4-2- الرعاية الصحية الإنجابية:

تعد الصحة حقاً من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية وسيلة من وسائل الحصول على هذا الحق، بدون أي معوقات اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية.

والرعاية الصحية التي نحن بصدد تفسيرها، منصبه في مجال الإنجاب، والمعرفة

كمايلي:

الرعاية الصحية الإنجابية هي >> مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات

التي تسهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض، وحلّ

مشاكل الصحة الإنجابية>>. (د. الصلاحي و آخرون، بدون سنة، ص.24).

ومن أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي:

رعاية صحة الأمومة، التي تنقسم إلى :

1- الرعاية قبل الحمل.

2- الرعاية أثناء الحمل.

3- الرعاية أثناء الولادة.

4- الرعاية بعد الولادة.

1- الرعاية قبل الحمل: تتمثل هذه الرعاية في:

إعداد الأم من الناحية الصحية و الغذائية و النفسية للحمل، عن طريق إجراء

الفحص الطبي والتحاليل والتنقيف الصحي للأم قبل الحمل، وكذلك اكتشاف الأمراض التي تنتقل عن طريق الوراثة.

2- الرعاية أثناء الحمل:

تمنع الرعاية في هذه المرحلة من حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل، يستدعي

ذلك أن توضع الأم تحت الإشراف الطبي المستمر من خلال مراكز رعاية الأمومة والطفولة، أو المستشفيات أو الوحدات الصحية.

3- الرعاية أثناء الولادة:

تحدث عملية الولادة تحت إشراف طبي كامل سواء في المستشفى أو منشآت

صحية أخرى إذا لم يكن الحمل خطيرا وذلك لتجنب المضاعفات التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة وكذلك المولود.

4- الرعاية بعد الولادة:

توضع الأم تحت الإشراف الطبي بعد الولادة (فترة النفاس)، وهي حوالي ستة أسابيع، وتتم هذه الرعاية عن طريق الأطباء والمولّدات، ومساعدات المولّدات، وأهم المشكلات التي قد تصادفها المرأة في هذه المرحلة هي النزيف الرحمي، وارتفاع درجة الحرارة، كما تتلقن الأم في هذه المرحلة معلومات تثقيفية حول الرضاعة الطبيعية وفوائدها، وكيفية تغذية الوليد، وتنشئته وأهمية تحصينه ضد الأمراض المعدية... (المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، 1997، ص215).

4-3- الأمومة الآمنة:

>> هي رعاية شاملة تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة (تغذية و بيئة صحية واجتماعية مناسبة) والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى أن تمر الأم خلال فترة حملها والولادة وما بعدها بدون مشاكل أو مخاطر صحية لها أو لولدها، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من حقوق المرأة والوليد الصحية، ومن أجل تقليل وفيات ومراضة الأمومة والطفولة>>. (الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، مرجع سابق، ص39). ونعني كذلك كل الأعمال التي من شأنها أن تجعل كل من الحمل والولادة أكثر أمانا دون حدوث وفاة الأم والرضيع فهي:

>> الوقاية من وفيات الأمهات والأطفال والإعاقة عن طريق الإقبال على

العلاجات الصحية الأولية>>⁽¹⁾. (Benamor, et Kleeman,2001, p.4).

⁽¹⁾ <<La maternité sans risque signifie prévention de la mortalité maternelle et infantile et de l'invalidité par le biais de l'accès aux soins de santé primaires>>. (Benamore et Kleeman,2001, p.4) .

La maternité sans risque est également : « fondamentale pour la santé dans son ensemble dans toute communauté. Elle implique la santé, la survie et le bien être de la mère avant et pendant la grossesse, pendant l'accouchement, et pendant les six premières semaines après l'accouchement, elle implique également la santé, et le bien être du bébé pendant la grossesse, à la naissance et peu après ». (bureau régionale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique, 1988, p.2).

ومن أجل الوصول إلى ترقية صحّة الأمّ، وحياتها وحياة رضيعها، يمكن السعي إلى :

- 1- التعرف على الصعوبة التي تهدد حياة المرأة.
- 2- قرار الفحص في المصالح الصحيّة والإقبال عليها.
- 3- تحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل.
- 4- الولادة النظيفة والمأمونة.
- 5- الرعاية الولادية أي التأكد من توافر الرعاية لحالات الحمل ذات الخطورة العالية، كالنساء المصابات بداء السكري، القلب... إلخ .

(Mothers cars mothers, Vol 5, n°4, Août 1996,p.1)

4-4 السلوك الصحيّ:

قبل الخوض في تعريف السلوك الصحيّ، فإنه يتعين علينا تحديد مفهوم السلوك قصد الوصول إلى التعريف المركب ألا وهو السلوك الصحيّ، وعليه فالمقصود بمفهوم السلوك هو وجود علاقة ديناميكية بين الكائن الحي وبيئته، إذ هناك تفاعل بين الإنسان وبيئته، وهو كذلك كل ما ينتج عن الإنسان نتيجة اتصاله بمجال اجتماعي معين، ويتضمن السلوك بهذا المعنى كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو سلوك لغوي أو مشاعر أو انفعالات أو إدراك... إلخ. (صالح، 1972، ص.7).

ولو تصفحنا قاموس علم الاجتماع لمحمد عاطف غيث، لوجدنا تعريف السلوك كما يلي: >> أي استجابة أورد فعل للفرد، لا يتضمن فقط الاستجابات والحركات الجسميّة، بل يشمل على العبارات اللفظية والخبرات الذاتية>>. (غيث، 1979، ص.36).

ومفهوم السلوك الذي نحن بصدد استعماله طوال مشوار بحثنا هو السلوك الصحيّ الذي تسلكه الأمّ، أو بعبارة أخرى هو العمل الحركي أو التفكير الذي يصدر عنها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل والولادة والنفاس وتمّ قياس ذلك بالعناصر التالية:

- 1- عدد مرات الكشف أثناء الحمل وبعده.
- 2- طبيعة الكشوفات.
- 3- الصعوبات أو المشاكل الصحيّة التي قد تصادفها أثناء الحمل وما بعده.
- 4- التطعيم ضد التيتانوس.
- 5- مكان الولادة.
- 6- الرعاية الصحيّة بعد الولادة.

وتتم الرعاية أثناء الحمل والولادة والنفاس في مراكز رعاية الأمومة والطفولة، أو في المصالح التابعة للمستشفيات، أو عند الأطباء الخواص، كما يتطلب للحمل العادي إجبارية إجراء أربعة فحوصات وهي:

- فحص خلال الفصل الأول.

- فحص خلال الفصل الثاني.

- فحصان خلال الفصل الثالث.

(Ministère de la santé et de la population, direction de la population, octobre 2000, p.165)

4-5- التنشئة الإجتماعية:

لقد شاع استخدام هذا المفهوم عند علماء النفس الإجتماعي، و علماء الاجتماع، و علماء الأنثروبولوجيا، بحيث يطلق أحيانا على هذا المفهوم << عملية التنشئة والتطبيع الإجتماعي >> وأحيانا << عملية التنشئة والتطبيع والإندماج الإجتماعي >> .

وبتفحصنا لقاموس علم الاجتماع لمحمد عاطف غيث، نجد أن التنشئة الإجتماعية هي: <<1- العملية التي يتعلم عن طريقها الفرد كيف يتكيف مع الجماعة عند اكتسابه للسلوك الإجتماعي الذي يتوافق عليه.

2- أو هي العملية الإجتماعية الأساسية التي يصبح الفرد عن طريقها مندمجا في جماعة اجتماعية من خلال تعلم ثقافتها، ومعرفة دوره فيها >> (غيث، مرجع سابق، ص450).

كما ينظر الأنثروبولوجيون إلى مفهوم التنشئة الإجتماعية إلى أنه: << تلك المهارات أو الاتجاهات الضرورية التي تلعب دورا هاما في تحديد الأدوار الإجتماعية داخل المجتمع والثقافة >>. (د. إبراهيم، 2001، ص.230).

وعلماء الأنثروبولوجيا الاجتماعية، يعرفون بدورهم مفهوم التنشئة الإجتماعية بأنها عدد أو سلسلة من العمليات أو بأنها:

<< مجموعة من التجارب أو الخبرات الإجتماعية الفعلية والتي تظهر في الأداء الفعلي للأدوار والمهارات أو الاتجاهات المحكومة بضوابط وميكانيزمات المعتقدات الثقافية والمجتمعية السائدة لعملية التنشئة >>. (نفس المرجع ص239) .

وفي هذا الصدد، فإن مفهومنا للتنشئة الإجتماعية، هو أنها عبارة عن مجموعة من الممارسات أو مختلف تجارب وخبرات الأمهات في مجال الحمل والولادة والنفاس، والتي يمكن تصنيفها ضمن السلوك الصحي، الذي سبق تحديد عناصره.

وعليه فالتنشئة الإجتماعية هي عبارة عن عملية تعلم وتعليم، وتربية الأم فتاة البارحة حول كل ما يتعلق بصحة الأمومة بما فيها الرعاية أثناء الحمل والولادة والنفاس، فهي التي تقوم بإعداد الأم منذ ولادتها إلى إعطائها روح المسؤولية كما تعتبر كذلك عملية ديناميكية مستمرة تبدأ منذ ولادة الفرد وتستمر حتى وفاته.

5- الدراسات السابقة:

قبل أن نبدأ في استعراض أهم الدراسات التي تناولت موضوعنا، نلفت انتباه القارئ إلى تلك الندرة لهذا النوع من الدراسات في مجال علم الاجتماع، وخاصة في التخصص الديموغرافي، فجل الدراسات التي تم جمعها، نجدها مرتكزة في الميدان الطبي دون غيرها من الميادين، أو في مجال المسوحات الوطنية من نوع الديمغرافية - الصحية التي يتم إجرائها على فترات زمنية دورية وهذا من أجل تقييم الأوضاع الصحية، وأهم المشاكل التي يعاني منها المجتمع، التي يمكن بواسطة نتائجها وضع السياسات وإعداد البرامج والإستراتيجيات الصحية.

رغم هذا الافتقار الشديد على مستوى مراكز البحوث، والمكتبات الجامعية وغيرها، إلا أننا تمكنا من مراسلة مراكز البحوث التي تهتم أساسا بموضوع بحثنا، إضافة إلى ذلك تنقلاتنا الشخصية إلى الجامعات ومراكز الدراسات خارج الوطن⁽¹⁾. وفي هذا الصدد، سنلقي الضوء على أهم الدراسات المرتبطة بالموضوع، وأهم البحوث التي تطرقت إلى موضوع صحة الأمومة من كل جوانبها الإجتماعية، النفسية، والصحية⁽²⁾، ومن أجل تحديد ذلك قمنا بتصنيف الدراسات إلى صنفين:

الأول: الدراسات على مستوى التراب الوطني.

الثاني: الدراسات الغير منشورة.

⁽¹⁾ ارجع إلى ص . 134

⁽²⁾ انظر قائمة المراجع

ونقوم بتسليط الضوء على البعض من هذه الدراسات في ثنايا هذا العنصر، والدراسات الأخرى سوف نبينها في الفصول القادمة.

5-1- الدراسات على مستوى التراب الوطني:

5-1-1- تحقيق حول وفيات واعتلال الأطفال في الجزائر عام 1985-1989:

لقد نفذ هذا التحقيق كل من وزارة الصحة والسكان، والديوان الوطني للإحصاء، حيث شمل المسح 45 ولاية، وشملت العينة 25422 أسرة عادية متكونة من 30437 عائلة نووية (أب وأم وأطفال).

(Ministère de la santé et de la population, direction de la prévention, 1992, p.60)

حيث تم استجواب الأمهات حول طرائق علاج الإسهال، وأهم اتجاهاتهن أمام حالة إصابة أطفالهن الذين ولدوا في 1/1/1985 بهذا الداء خلال فترة الأسبوعين السابقين للمسح كما اهتم التحقيق بجمع المعطيات حول ظاهرة وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر خلال فترة 1985-1989، وتم جمع المعطيات من 16 إلى 1989/12/21، كما تعرض التحقيق إلى جمع المعطيات حول ظاهرة وفيات الأمهات، حيث تم استخدام أسلوب الأخوات عن طريق استجواب المبحوثات فيما إذا كان لديهن أخوات متوفيات ما بين 15-49 سنة ما بين 1/1/1985 وتاريخ التحقيق.

وأهم نتائج هذا التحقيق التي تتماشى وأهداف دراستنا، هو أنه من بين 30437 امرأة مستجوبة نجد تصريح 302 حالة وفاة منها 74 حالة وفاة مرتبطة بالأمومة و 192 حالة وفاة ناجمة عن أسباب أخرى، و 36 حالة وفاة لم يتم التعرف على أسبابها. وعقب هذه الدراسة، أولت الجزائر إهتماما كبيرا لصحة الأم والطفل، إتضحت معالمها من خلال نتائج الدراسة التالية:

5-1-2- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992:

نظرا للإهتمام الذي يوليه موضوع صحة الأم والطفل، تم إجراء مسح على مستوى التراب الوطني عام 1992، وقام بتنفيذه كل من وزارة الصحة والسكان، والديوان الوطني

للإحصائيات، وجامعة الدول العربية، وهذا في إطار المشروع العربي للطفولة⁽¹⁾.
يهدف هذا المسح إلى:

>>- تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم و الطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

- دراسة الظواهر الديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية.
 - تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة، واتجاهاتها.
 - تحديد ودراسة المحددات المؤثرة على صحة الأم وارتباطها بالخصوبة.
 - دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل.
 - دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة، وأثرها على صحة كل من الأم والطفل.<<.
- (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، 1994، ص.2).
- كما تسهم هذه الدراسة في تحسين الحالة الصحية للأم والطفل من خلال إبراز أهم المشكلات وتحديد الأولويات، ورسم الخطط والسياسات، وإعداد البرامج المرتبطة بصحة الأم والطفل.

ومن أجل تحقيق هذه الأهداف، تم اختيار عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، موزعة بين الريف والحضر، وقدر حجم العينة بـ 6694 أسرة معيشية، شملت 5881 امرأة (متزوجة أو مطلقة أو أرملة يقل عمرها عن 55 سنة) و 5288 طفلا دون الخامسة من العمر، موجودين مع أسرهم⁽²⁾.

وحسب التقرير النهائي، فقد تم مقابلة 6133 أسرة بنجاح تشمل 42842 فردا بمتوسط 7 أفراد لكل أسرة (نفس المرجع، ص.9). وسنحاول تسليط الضوء على أهم نتائج استبيان صحة الأم⁽³⁾، الذي يقترب وأهداف دراستنا، ومن خلاله اتجهت الأسئلة إلى النساء الحوامل

⁽¹⁾ - قامت بتنفيذ هذا المشروع جامعة الدول العربية بالمساعدة مع برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، ومنظمة الصحة العالمية والقسم الإحصائي للأمم المتحدة.

⁽²⁾ لقد استعمل هذا المسح خمس استبيانات أهمها:

1- استبيان حول الأسرة المعيشية. / 2- استبيان حول خصائص السكن. / 3- استبيان حول صحة الأم
4- استبيان حول صحة الأطفال / 5- استبيان حول المجتمع المحلي أي البيئة التي تعيش داخلها الأسرة.
⁽³⁾ - احتوى الاستبيان على بيانات حول الزواج والإنجاب ورعاية الحمل والأمومة، تغذية الطفل وتنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب.

والأمهات اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا أثناء فترة الخمس سنوات السابقة للمسح، وتم تنفيذ هذا المسح في شهر يناير 1992.

أهم النتائج المتحصّل عليها:

إهتم المسح بإبراز ظاهرة وفيات الأمهات، وذلك باستخدام أسلوب للتقدير غير المباشر يعرف باسم أسلوب الأخوات، وقدر من خلاله معدل وفيات الأمهات بـ 215 لكل 100.000 ولادة حيّة، 224 لكل 100.000 ولادة حيّة في الريف مقابل 202 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حيّة في الحضر.

فيما يخص صحة الأمومة بما فيها الرعاية الصحيّة أثناء مرحلة الحمل وبعده، أبرزت نتائج المسح أن أكثر من نصف النساء الحوامل أي 58% قد تلقين على الأقلّ كشفاً واحداً لمتابعة الحمل، تتمركز عند النساء دون الـ 30 سنة من العمر، عند الحضر، الأكثر تعليماً، واللواتي أنجبن أقلّ من طفلين، كما يرجع السبب الرئيسي لمتابعة الحمل إلى المشكلات الصحيّة والمقترة بنسبة 54.6%.

وقدّرت المتابعة بصفة عادية بنسبة 45.4%، وتختلف هذه النسبة والعوامل الديمغرافية والاجتماعية للأمهات، والجدول رقم (1) يوضح ذلك.

جدول رقم (1): نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين كشفاً طبياً وتوزيعهن حسب الغرض من المتابعة وطبقاً لخلفية المبحوثة.

الغرض من المتابعة			نسبة الحوامل اللاتي تابعن الحمل		خلفية المبحوثة	
عدد الحوامل اللواتي تابعن الحمل	إجمالي	شكوى صحية	متابعة حمل عادية	عدد الحوامل	%	
					فئات العمر	
223	100.0	55.0	45.0	360	62.0	أقل من 30
124	100.0	53.9	46.0	245	50.9	40-30
						محل الإقامة
189	100.0	44.8	55.2	271	69.9	حضر
158	100.0	66.2	33.8	334	47.4	ريف
						التعليم
138	100.0	56.8	43.2	313	42.2	- لم تلتحق بمدرسة
92	100.0	48.2	51.8	133	68.9	- لم تكمل الإبتدائي
45	100.0	51.8	48.2	60	74.9	- إبتدائي
38	100.0	63.2	36.8	54	70.8	- إعدادي
34	100.0	56.4	43.6	45	77.0	- ثانوي أو أعلى
						عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة
164	100.0	50.4	49.7	223	74.0	1-0
84	100.0	58.6	41.4	149	56.7	3-2
99	100.0	58.1	41.9	233	42.2	+4
						أقل من 3 شهور
26	100.0	39.6	60.4	71	36.8	5-3
112	100.0	57.1	42.9	233	48.1	9-6
203	100.0	54.2	45.8	281	72.1	لا تعرف
3	100.0	100.0	0.0	7	44.0	غير مبين
3	100.0	66.7	33.3	12	24.7	
347	100.0	54.6	45.4	605	57.5	الإجمالي

المصدر: (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق، ص. 153).

يبرز لنا الجدول رقم (1) أنّ أكثر من نصف المستجوبات صرّحن بالمشكلات الصحية التي تعدّ كسبب لمتابعة الحمل وذلك بنسبة 54.6%، تتمركز النسبة أكثر بقليل عند الأمهات الصغيرات سنا (دون الـ 30 سنة من العمر)، بـ 55%، الريفيات بـ 66.2%، وعند ذوات مستوى تعليمي إحصائي بـ 63.2% كما قدّرت المتابعة بصفة عادية، وهو الغرض الثاني من متابعة الحمل، بنسبة 45.4%، حيث ترتفع النسبة عند الحضر بـ 55.2% أكثر من عند الريف بـ 33.8%، وعند اللواتي لديهن ما بين 0-1 طفل بنسبة 49.7% مقابل 41.9% لـ 4 أطفال وأكثر.

كما اتضح أنّه من بين 10 حوامل، 4 نساء لم تتلقين أيّ متابعة أثناء الحمل وحوالي 22% تلقين كشفا واحدا فقط، حيث قدّرت ثلاثة كشوفات أثناء فترة الحمل بـ 11% فقط، كما تتمركز أكبر عدد مرات لمتابعة الحمل وهو 4 فأكثر عند فئات أعمار دون الـ 30 سنة بنسبة 14.2%، الحضريات 17.9%، ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأكثر بـ 20.1%، و لديهن ما بين 0-1 طفل بـ 17.6%⁽¹⁾، (نفس المرجع، ص.159).

أمّا عن مكان إجراء متابعة النساء حملهن، فقد اتضح أنّ الإقبال على المركز الصحي الخاص مرتفع أكثر بكثير من الحكومي بنسبة 57.7% مقابل 39.3%، (نفس المرجع، ص.164).

كما اتضح من خلال نتائج المسح أنّ أكثر من نصف المبحوثات 78.9% من النساء اللواتي لم تتلقين أيّ تطعيم ضد التيتانوس، ونسبة 11% من النساء من تلقين جرعة واحدة من التطعيم، والنسبة نفسها لجرعتين من التطعيم. والنساء اللواتي لم تقبلن على التطعيم هن النساء الكبيرات سنا (30 سنة فما فوق)، ريفيات بدون مستوى تعليمي، قد أنجبن عددا كبيرا من الأطفال، وهذا ما يبرزه الجدول رقم (2).

¹¹ - من أجل تفاصيل أكثر، إرجع إلى الجدول رقم (1) الملحق رقم (1) الذي يوضح توزيع النساء الحوامل حسب عدد مرات المتابعة وخلفية المبحوثة.

جدول رقم (2): توزيع النساء الحوامل حسب عدد جرعات التطعيم ضد التيتانوس وخلفية المبحوثة.

عدد الحوامل	عدد جرعات التطعيم				خلفية المبحوثة
	إجمالي (%)	جرعتان	جرعة واحدة	لم تتلق أي جرعة	
357	100.0	11.2	11.2	77.7	أقل من 30 49-30
245	100.0	9.9	9.6	80.6	
271	100.0	14.4	15.0	70.7	محل الإقامة حضر
331	100.0	7.6	6.9	85.6	ريف
311	100.0	8.9	7.4	83.7	التطعيم - لم تتلق بمدرسة
132	100.0	10.0	13.6	76.4	- لم تكمل الإبتدائي
60	100.0	17.0	20.6	62.4	- إبتدائي
54	100.0	10.8	9.2	80.0	- إعدائي
45	100.0	15.7	11.2	73.2	- ثانوي و أعلى
222	100.0	13.9	13.1	73.0	عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة
147	100.0	11.0	9.3	79.7	1-0
233	100.0	7.2	8.8	84.0	3-2 +4
70	100.0	7.2	1.4	91.4	مدة الحمل أقل من 3 شهور
232	100.0	2.5	6.8	90.7	5-3
281	100.0	18.5	15.4	66.1	9-6
7	100.0	0.0	44.0	56.0	لا تعرف
12	100.0	8.2	0.0	91.8	غير مبين
602	100.0	10.6	10.5	78.9	الإجمالي

مصدر: (نفس المرجع، ص. 172.)

و فيما يخص أهمّ المشكلات التي صادفتها النساء أثناء الحمل، فقد تبين من خلال نتائج المسح الوطني لصحة الأمّ والطفل 1992، أنّ الصداع المستمر هو الأكثر انتشاراً وذلك بنسبة 30.7%، ثمّ يليها تورم الأصابع والكواحل 14.6%، ارتفاع ضغط الدم بنسبة 8.6%، النزيف 6.5%⁽¹⁾. (نفس المرجع، ص.174).

وعلاوة على ذلك، لقد سلّط المسح الضوء على الرعاية أثناء الولادة لدى الأمّهات اللواتي أنجبن على الأقلّ طفلاً واحداً خلال فترة الخمس سنوات السابقة على المسح، حيث أُنضح من خلال النتائج أنّ 70.8% من المبحوثات قد وضعن مولودهن في مراكز طبيّة حكومية، و 22.5% في المنزل، وقدّرت نسبة الولادة في المراكز الطبيّة الخاصة بـ 5.2%⁽²⁾. (نفس المرجع، ص.178).

كما قدّرت نسبة الولادة التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بواسطة القابلات القانونيات بـ 69.8%، القابلة التقليدية بـ 17.3% والطبيب 6.7%. (نفس المرجع، ص.182).

فما يخصّ الرعاية الصحيّة بعد الولادة، فقد يُنضح أنّ أكثر من النصف حوالي 79.7% من الولادات لم تتلق لها الأمّ أيّ رعاية صحيّة بعد الولادة، و 13.4% فقط من تلقين رعاية صحيّة من طرف الطبيب، وتمركزت هذه الأخيرة عند النساء الحضريات (16.3%)، ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى (25.2%)، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (3). (نفس المرجع، ص.187).

⁽¹⁾ - أنظر الجدول رقم (2) الملحق رقم (1) الذي يبين نسبة النساء الحوامل اللواتي تعانين من أعراض معينة حسب خلفية المبحوثة.

⁽²⁾ - أنظر الجدول رقم (3) الملحق رقم (1) ، الذي يبين توزيع الولادات خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة وخلفية المبحوثة.

جدول رقم (3): توزيع الولادات خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية الصحية بعد الإنجاب وخلفية المبحوثة.

عدد الولادات	الرعاية الصحية بعد الإنجاب							خلفية المبحوثة
	إجمالي	غير مبين	لم تتلق رعاية صحية	أخرى	قابلة تقليدية	قابلة أو ممرضة مؤهلة	طبيب	
2200	100.0	1.0	79.0	0.1	0.4	5.1	14.6	فئات العمر أقل من 30 49-30
2980	100.0	2.1	80.4	0.2	0.5	4.2	12.6	
2282	100.0	1.5	74.9	0.2	0.5	6.6	16.3	محل الإقامة حضر ريف
2903	100.0	1.8	83.5	0.1	0.4	3.1	11.1	
2968	100.0	1.9	83.0	0.2	0.6	2.8	11.5	التعليم لم تلتحق بمدرسة لم تكمل ابتدائي ابتدائي إعدادي ثانوي و أعلى
1179	100.0	1.0	81.4	0.2	0.3	4.0	13.1	
368	100.0	2.4	72.7	0.2	0.3	9.9	14.7	
394	100.0	1.9	68.6	0.0	0.0	10.1	19.5	
276	100.0	0.4	62.6	0.0	0.0	11.8	25.2	
5185	100.0	1.7	79.7	0.2	0.4	4.6	13.4	الإجمالي

مصدر: (نفس المرجع، ص. 187)

بالرغم من توبر بيانات معتبرة من نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل لعام 1992، إلا أن هناك قلة في المعطيات المتعلقة بأسباب وفيات الأمهات، ولملء هذه الثغرة العلمية، قام كل من المعهد الوطني للصحة العمومية، بمساهمة كل القطاعات الصحية، وكذا قطاعات الحالة المدنية، والديوان الوطني للإحصاء بتحقيق شامل حول وفيات الأمهات عام 1999، وهذا ما سنبرزه بالتفصيل في الدراسة التالية:

5-1-3- تحقيق وفيات الأمهات عام 1999:

اعتمد هذا التحقيق على مجموعة من الأهداف أهمها:

- 1- محاولة تحديد معدل وفيات الأمهات.
 - 2- التعرف على أسباب وفيات الأمهات.
 - 3- التعرف على عوامل الخطر المرتبطة بالأسباب.
 - 4- اقتراح استراتيجية العناية بالمرأة الحامل وهذا من أجل تخفيض وفيات الأمهات.
- شمل هذا التحقيق كل النساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة، اللواتي توفين خلال سنة 1999، وتمّ تنفيذه على ثلاثة مستويات وهي:
- 1- الحالة المدنية.
 - 2- قطاعات الصحة.

3- المسكن (Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique, 2001, p, 11).

وفي هذا الصدد، لقد أحصى 7502742 امرأة في سن الإنجاب، وتوصل إلى إحصاء 7757 حالة وفاة عند النساء ما بين 15-49 من العمر، من بينهم 697 حالة وفاة أمهات أي حوالي 9%، بمعدل وفيات يقدر بحوالي 117 لكل 100.000 ولادة حية، تمركزت في المناطق الجنوبية بحوالي 150 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية (Ibid,p.14).

كما سجلت عدد حالات وفيات الأمهات في القطاع الصحي بـ 556، وما يقارب

141 حالة وفاة قد تمت في البيت.

كما تمركزت ظاهرة وفيات الأمهات في الفئة 30-39 سنة مع متوسط عمر مقدر بـ33 سنة، وما يقارب ربع وفيات الأمهات لم يتم تحديد مستواهن التعليمي، (4/ أميات أو ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، أغلبيتهن الساحقة قاطنات بالبيت (88%)¹ .

أما عن أسباب وفيات الأمهات، أتضح من خلال نتائج التحقيق أنه ما يقارب 2/3 من وفيات الأمهات (71.1%) ناجمة عن أسباب توليدية، وتمثلت الأسباب الأخرى في صعوبات ارتفاع الضغط الدموي (18.4%)، النزيف التناسلي (16.6%)، تسمم الدم (14.1%) والصعوبة في الوضع (12.2%). (Ibid, p.31).

أما عن الأسباب الغير توليدية، فقد قدرت نسبتها بحوالي 28.9%، والمتمثلة أساسا في أمراض القلب والأمراض المعدية.

ولم يتم العثور على باقي أسباب حالات الوفيات والتي قدرت بما يقارب 59 حالة (8.5%) كما أتضح من خلال نتائج تحقيق وفيات الأمهات قلة متابعة النساء لفترة الحمل وبعدها، حيث تبين أن 35% منهن لم تقمن بأي فحص طبي، جلهن قمن بالفحص الأول خلال الفصل الأول وذلك بنسبة 62.6%، و 30.6% من قمن بعملية الفحص بسبب الحمل الخطر، و ما يلفت للانتباه من خلال نتائج التحقيق، أن السبب الوحيد الذي يدفع النساء الحوامل للفحص قبل الولادة مرتبط أساسا بالصمان الإجتماعي، الذي يشترط تقديم ثلاثة شهادات طبية، وتعطى هذه الأخيرة غالبا في آخر لحظة، أين يتم تحضير ملف الولادة. (Ibid, p.140).

وعقب هذا التحقيق، واصل كل من المعهد الوطني للصحة العمومية، واليونيسف ومنظمة الصحة العالمية في الاهتمام أكثر بموضوع << صحة الأم والطفل >>، وذلك بتنفيذ تحقيق آخر والمتمثل في:

5-1-4- التحقيق الوطني حول أهداف الألفية الأخيرة / صحة الأم والطفل عام 2000:
لقد قام بتنفيذ هذا التحقيق كل من وزارة الصحة والسكان، والمعهد الوطني للصحة العمومية، وهذا من أجل تقييم أكثر لصحة الأم والطفل، وتم ذلك في شهر ماي من عام 2000، وقدرت العينة بـ 5247 أسرة، 47.4% في المناطق الحضرية، و 52.6%

¹ - تفاصيل أكثر ، أنظر الجدول رقم (4) و(5) في الملحق رقم (1) ، يوضحان توزيع ظاهرة الوفيات حسب فئات الأعمار ، والمهنة على الترتيب.

موجودة في المناطق الريفية، كما تمّ استجواب 5510 امرأة متزوجة عمرها يتراوح ما بين 15 و 49 سنة.

(Ministère de la Santé et de la Population , Institut National de la Santé Publique , 2001, b, p.37).

توصل التحقيق في مجال صحة الأمومة، بما فيها الرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها، سنبرزها في الأسطر التالية:

أحصي في هذا الجانب 3373 امرأة ما بين 15-49 سنة من العمر إما حامل أو أنجبت على الأقل خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق، ومن بين هذه المجموعة، إتضح وجود 79% من النساء من استقادت على الأقل من فحص واحد قبل الولادة، وتمركزت النسبة عند النساء دون 30 سنة من العمر (83%)، قاطنات في المناطق الحضرية (81%)، كما ارتفعت نسبة الفحص الواحد على الأقل خلال 8 سنوات مقارنة مع تحقيق 1992، والتي قدرت بـ 58%، ارتفاعا مقترابا بـ 21 نقطة (Ibid , p.46).

أما فيما يخص مكان إجراء المتابعة قبل الولادة، فلتضح أن حوالي 54% منهن تابعن حملهن في المؤسسة الصحية الخاصة، 43% في المؤسسة الصحية التابعة للدولة، ولا يوجد فرقا جوهريا بين مكان المتابعة قبل الولادة وسنهن، ونمط السكن، بينما يلاحظ ارتفاعا ضعيفا فيما يخص الإقبال على المؤسسة الصحية الخاصة في المناطق الريفية (56%) عنها في المناطق الحضرية (52%)⁽¹⁾. (Ibid , p.48).

• أما عن مكان الولادة، فتشير نتائج التحقيق إلى أن 87% من النساء اللواتي وضعن حملهن خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق، وكان ذلك في المنشآت الصحية الحكومية مقابل 5% في المنشآت الصحية الخاصة، و 8% في البيت كما إتضح أن الإقبال على المنشآت الصحية الحكومية يرتبط والسن، حيث تمركزت أكبر نسبة عند فئة أعمار 15-29 نسبة بـ 91% مقارنة مع النساء اللواتي ينتمين إلى فئة أعمار 30-49 سنة من العمر بنسبة 85%. (Ibid , p.50).

وللإشارة، لم يأخذ هذا التحقيق بعين الاعتبار متغير المستوى التعليمي للنساء، وكذا متغير عدد الأطفال المنجيين وهم على قيد الحياة .

⁽¹⁾ - ارجع إلى الجدول رقم (6) الملحق رقم (1) الذي يوضح توزيع النساء اللواتي استقدن على الأقل من فحص واحد خلال حملهن الأخير والسنوات الخمسة الأخيرة حسب نوع القطاع والعمر والوسط والمنطقة والسكن.

• أما عن الرعاية الصحية بعد الولادة فتشير نتائج التحقيق إلى أن 32% من النساء اللواتي وضعن حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق، قد تلقت على الأقل فحصاً واحداً خلال الثلاثة أشهر عقب الولادة.

لا يوجد فرق بين الرعاية الصحية بعد الولادة وعمر المرأة، كما نلاحظ فرق طفيف بين المتابعة بعد الولادة ومتغير محل الإقامة، المنطقة ونوع السكن.

وما يمكن استنتاجه من خلال نتائج التحقيق هو أن الفحص بعد الولادة قد عرف ارتفاعاً بحوالي 12 نقطة مقارنة مع تحقيق 1992 (20%)، لكن يبقى هذا الارتفاع غير كافٍ علماً أنه مازال 67% من النساء لم تستفدن بعد من فحص بعد الولادة (أي في فترة النفاس). (Ibid , p.51).

وهذا ما يدفعنا إلى التوقف عند هذه الفترة، ومحاولة معرفة أسباب قلة الرعاية الصحية بعد الولادة (أي فترة النفاس)، وهذا ما سوف نسلط عليه أنظارنا في ثنايا هذه الرسالة. ومن أجل معرفة أكثر التطورات التي طرأت خلال 8 سنوات ما بين التحقيقين 1992 و2000 قمنا بتلخيص أهم المؤشرات الموجودة، وهذا بالرغم من نقص البعض منها، حيث لا نجد على سبيل المثال - في تحقيق 2000 متغير المستوى التعليمي للأم المهنة، عدد الأطفال المنجبين، ويمكن الإطلاع على ذلك من خلال عرضنا للجدول رقم (4).

جدول رقم (4): أهم مؤشرات نتائج تحقيق 1992 و 2000 :

تحقيق 2000	تحقيق 1992	أهم المؤشرات
5247 أسرة	6694 أسرة	- حجم العينة
5510 امرأة متزوجة ما بين 15-49	معيشة	- عدد النساء
	5881 امرأة	
	أقل من 55 سنة	
		المتابعة أثناء الحمل:
/	42%	- لم تتحصل على أيّ علاج أثناء الحمل
/	22%	تحصلت على كشف واحد
		- على الأقل فحص واحد
79%	58%	على الأقل فحص واحد:
83%	62%	أقل 30 سنة
81%	51%	30 فأكثر
54%	58%	مركز طبي خاص
43%	39%	مركز طبي حكومي
/	69.9%	حضر
/	47.4%	ريف
56%	61%	مركز طبي خاص ريف
52%	55%	حضر
40%	37%	مركز طبي حكومي ريف
46%	42%	حضر
/	11%	- ثلاثة كشوفات
/	78.9%	- لم تتلق أيّ تطعيم
/	11%	- جرعة واحدة
/	11%	- جرعتان

		مكان الولادة:
87	71	- مركز طبي حكومي
5	5	
8	22	- مركز طبي خاص
		- بيت
91	73	مركز طبي حكومي: } أقل 30 سنة 30 سنة فأكثر حضري ريفي
85	69	
87	78	
86	65	
4	5	مركز حكومي خاص } أقل من 30 سنة 30 سنة فأكثر حضري ريف
5	5	
7	8	
2	3	
5	20.5	بيت } أقل من 30 سنة 30 سنة فأكثر حضري ريفي
10	24.1	
6	12.4	
12	30.4	

		- الرعاية بعد الولادة :
67	79.7	- لم تتلق بعد الوضع
32	20	- على الأقل فحص واحدة
-	-	- لم تستفدن لا قبل ولا بعد
		- لم تستفدن لا قبل أولا بعد الولادة
20	-	- أقل من 30 سنة
28	-	- 30 سنة فأكثر
72	-	- حضر
55	-	- ريف
45		معدل وفيات الأمهات (لكل 100.000
-	215	ولادة حية)
-	202	- حضر
-	224	- ريف

¹ المصدر: 1- (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق، ص ص 153 - 175)

2- (Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé publique, 2001, b, p p 46 - 52

وتواصل مشوار الاهتمام والتركيز أكثر على موضوع << صحة الأم والطفل >> وإنما أبعد من ذلك صحة الأسرة، والذي سنبرزه من خلال تطرقنا إلى الدراسة الآتية تحت عنوان :

5-1-5- المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002:

سعت الجزائر دائما إلى تحقيق المزيد من التنمية في القطاعات المختلفة، منها الاقتصادية والاجتماعية والصحية، وحرصا منها على تطوير الخدمات الصحية على مستوى شرائح المجتمع من أطفال، أمهات، مراهقين، ومسنين... إلخ، فقامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بإبرام إتفاقية مع جامعة الدول العربية لإنجاز

المسح الجزائري لصحة الأسرة الذي تمّ تنفيذه عام 2002، ويدخل ذلك في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة، ونظرا لاحتياجات بحثنا، نتائج هذا التحقيق، حاولنا تخصيص فصل لذلك، والذي سوف نسلط عليه الضوء لاحقا.

وما يمكن استنتاجه من خلال استعراضنا لأهمّ التحقيقات التي أجريت على مستوى التراب الوطني هو قلة التركيز على مختلف السلوكات الصحية للنساء، اتجاه صحة الأمومة، أهمّ معارفهن واتجاهاتهن أمام مختلف المشاكل التي قد تصادفها المرأة أثناء الحمل والولادة وما بعدها، ومعارفهن لأهمّ الإجراءات الوقائية والعلاجية اللازمة للمحافظة على صحتهن وصحة جنينهن، ونلاحظ كذلك قلة الاهتمام بالرعاية غير الطبية والمتمثلة في نوعية الغذاء المتبع والمعروف لدى أوساط النساء الحوامل، الرضاعة الطبيعية... وغيرها من السلوكات الصحية الواجب الإلتفاتة إليها من خلال التحقيقات، كما نلاحظ ندرة التطرق إلى التحقيقات الكيفية .

وفي هذا الصدد حاولنا الغوص في نوع هذه التحقيقات - الكيفية - التي تعدّ مكملة للتحقيقات الكمية، حيث تمكنا من إيجاد دراسة أقيمت في بوركينا فاسو تحت عنوان:

5-1-6- "تقييم العناية بالأمومة بدون خطر، وبقاء الطفل على مستوى مجتمع بازيقا عام 1998"⁽¹⁾:

أنجزت هذه الدراسة مصلحة الأسرة لوزارة الصحة لبوركينا فاسو، حيث حاولت من خلالها الإلتفاتة إلى مشكلة صحية عمومية، وهي ظاهرة ارتفاع وفيات الأمهات، والتي قدر معدلها ما بين 500 و600 لكل 100.000 ولادة حية.

تمكنت هذه الدراسة من تسليط الضوء على نظرة ومعارف المجتمع حول أهمّ الطرق العلاجية اتجاه الأمومة بدون خطر، ومعرفة العلاج الموجه للأطفال دون الخامسة من العمر، كما حاولت الدراسة الإلتفاتة إلى دور الرجل في اجتياز النساء مرحلة الحمل والولادة وما بعدها.

وحاولت في هذا الإطار الإجابة على الأسئلة التالية:

⁽¹⁾ - << Evaluation de prise en charge de la maternité sans risque et de la survie de l'enfant au niveau communautaire au BAZEGA >> " OUAGADOUGOU BURKINAFASO"

>> 1- ما هي معارف وتصورات وسلوكيات المجتمع اتجاه النساء الحوامل، وأهمّ علامات مضاعفات الولادة؟.

3- ما هي علامات خطر الولادة؟ وهل هناك علامات مضاعفات الولادة التي يمكن التعرف إليها أثناء الحمل؟

4- ما هو دور الرجال في الحمل، والولادة وما بعدها؟ وإن لم يكن له دور في ذلك، لماذا؟.

(Ministère de la Santé et al , 1998 n° 20,p3)

وللإجابة عن هذه الأسئلة، تمّ اختيار الدراسة الكيفية، التي اتبعت ثلاثة تقنيات وهي:

- 1- حلقة المناقشة الموجهة - Groupe de discussion dirigée.
- 2- مقابلة فردية معمقة - Entretien individuel approfondi.
- 3- ورشة التحليل الذاتي - Atelier d'auto analyse

تكون مجتمع بحث من النساء والرجال، وكوادر الصحة من أعوان الصحة، المولّدات وتراوحت أعمار النساء والرجال ما بين 15-19 سنة، وهم عزّاب، وكان السبب الرئيسي في اختيار هذه الفئة العمرية، هو من أجل معرفة توقعاتهم المستقبلية في مجال الإنجاب والعناية بالصحة ويتراوح عمر الفئة الثانية بين 20-29 سنة، و30-49 سنة متزوجة لها على الأقلّ طفل دون الخامسة من العمر، أما الفئة الثالثة من النساء وهن جدّات تتجاوز أعمارهن 43 سنة.

وقدّر حجم العينة للفئات الثلاثة بـ 14 و 16 فردا من أعوان الصحة⁽¹⁾.

وتسمى المنطقة التي تم فيها التحقيق هي منطقة كومسقا **Komsilga** و راکاي (Ibid,p.4). **Rakaye**.

⁽¹⁾ - أنظر الجدول رقم (7) الملحق رقم (1) يوضح مجتمع الدراسة.

أهمّ النتائج المتحصّل عليها:

فيما يخصّ معارف الرجال حول العلامات التي يمكن التعرف عند المرأة حالة الحمل، صرّحوا بمعرفتهم عن ذلك بواسطة:

- العلامات الجسدية كظهور بياض الوجه، واليدين، حيث تركزت هذه الإجابة عند الرجال المتزوجين ما بين 20 و29 سنة وهذا في منطقة راکاي (Rakaye)، وهناك من صرح على علامات الحمل عن طريق ظهور الحب في الوجه، كبر في حجم الثدي، أو ظهور الحمل في الشهر الثالث أو الرابع، وقد صرّح عن علامة الحمل الأخيرة من المراهقات.

- كما تمثّل النوع الثاني من الإجابات حول التعرف على علامات الحمل بتوقف النساء على النشاط الجسدي كهرس الذرة، الزرع، إغتراف المياه... إلخ
- وسمي النوع الثالث من الإجابات بالعلامات المتعاطفة (Signes sympathiques) للحمل والمتمثلة في:
- إختيار المرأة غذائها.
- التقبؤ في بداية الحمل.
- النوم وكثرة البصق (Ibid, p.7).

وفيما يخص الإجابة عن السؤال << لمن تعلن المرأة بأنها حامل؟ >> فقد اتضح أنّ الأغلبية الساحقة صرّحت بأنّ الخبر يعلن إلى الزوج مباشرة، وهذا من أجل أن يتعرف على مسؤولياته، ويستعد لأبوتّه اتجاه الحمل والمولود الجديد، وكذلك من أجل سير علاقتهم الجنسية مستقبلاً، ثمّ يأتي إعلان الحماة نظراً إلى خبرتها في مواجهة الحمل، ثمّ الأمّ التي تعدّ بمثابة الصديقة العزيزة... إلخ.

تشرع المرأة في حالة الحمل على مراحل جديدة من حياتها، وذلك مع الممنوعات والتوصيات اتجاه التغذية والسلوكيات الإجتماعية والجنسية.

فيما يخص أهمّ المعارف حول التغذية حالة الحمل، صرّحت المبحوثات عن عدم الإكثار من الأكل وعدم شرب الحليب، ويرجعون سبب ذلك إلى تجنب ثخانة الرضيع، إذ يعدّ هذا الأخير مصدراً للمضاعفات أثناء عملية الولادة.

وصرّحوا كذلك بمنع استهلاك العسل، الذي يؤدي حسب رأيهم إلى حالات الإجهاض، ومن أهمّ الممنوعات الكحول، التدخين، والقهوة.. إلخ.

كما أظهرت نتائج الدراسة عند فئة أعوان الصحة، حيث تركزت جلّ تصريحاتهم المتعلقة بمواجهة الحمل حول ضرورة الأكل الجيد للحامل، لأنّ حسب تصريحاتهم " تأكل للإثنين"، ضرورة تناول الحوت، اللحم، البيض، الأرز أي بمعنى كلما أعلن بطنها إلى ذلك (Ibid,p.8) .

• على مستوى المعالجة:

يتضح أنّ اللجوء إلى العلاج الحديث هو الأحسن، وتتركز الإقبال على العلاج التقليدي عند النساء ذوات 40 سنة فما فوق، وخاصة حالة الإجهاض المتكرر، وتماشى هذا الاعتقاد مع جماعة المراهقين حيث يعتقدون بأنّ العلاج التقليدي يقوم بإبعاد الأرواح الرديئة. وفيما يخصّ مسألة العلاقات الجنسية، نجد فيها إتجاهين:

الأول: يرى أغلبية الرجال والنساء >> أن متابعة النشاط الجنسي مع امرأة حامل، يكون الطفل عند الولادة مغطيا بمواد دهنية ولزجة أو وسخة<<⁽¹⁾، وبهذا السبب يمنعون من ممارسة العلاقات الجنسية بعد الشهر الثالث والرابع من الحمل (Ibid,p.9).

الثاني: ترى الأقلية منهم بأنه يسمح أن تكون علاقات جنسية مع امرأة حامل حتى اقتراب الولادة.

كما صرّحت المبحوثات على وجوب تقليص المجهودات الجسدية (كقطع الخشب، حمل الأشياء الثقيلة، نقل المياه، المشي الطويل...)، وكذلك حالة الجلوس مع إلتواء الساقين والابتعاد عن مصدر الحرارة، كلّ هذه العناصر حسب رأيهم تكون مصدرا للولادة قبل الأوان (Ibid,p.9) .

• العلامات وأسباب المضاعفات أثناء مرحلة الحمل:

يعتبر المبحوثات في هذا المجال أنّ حمل المراهقة هو حمل خطر، إذ يصفونه بأنه غير ناضج، كما تنتظر أغلبية المستجوبات أن الخيانة أو عدم الوفاء تعدان من بين أسباب المضاعفات أثناء فترة الحمل، فكل خيانة - حسب تصريحاتهن - تكافئ بعقوبة من طرف الأجداد (Ibid,p.10) .

"<< La poursuite des activités sexuelles avec une femme enceinte fait qu'à l'accouchement l'enfant est couvert de substance huileuse et gluante ou de saleté>>"

• الطقوس والعادات عند المرأة الحامل:

بالرغم من الحملات التحسيسية، مازالت حسب تصريحات المبحوثين بعض الممارسات مطبقة، وتختلف هذه الأخيرة حسب الجماعات، حيث تبين أن المراهقين لا يعرفون إلا القليل في هذا الجانب.

كما صرحت المبحوثات على الصدقة أو الحسنة التي تسهل حسب نظرتهم الولادة، وصرّح عن عادة تسمى بـ (Segne puga) حيث تربط المرأة أثناء الحفل الديني بخيط حول حزامها أو يوضع في الظهر إلى غاية ولادة الطفل، وتوضع خاصة عند النساء الصغيرات سنا واللواتي ينجبن لأول مرة، كما تطبق من أجل منعهن من الفرار من البيت الزوجية. (Ibid, p.11).

أما عن نتائج تحقيق حلقات المناقشة الموجهة المتعلقة بالعلامات التي تشير إلى الولادة الصعبة، تتمثل أساسا في تعرض المرأة إلى نزاع مع شخص وبالخصوص الزوج، فحسب اعتقادهم يكون هذا النزاع متبوعا بنقمة (لعنة) وهو ما يجعل بدوره الولادة صعبة.

كما تكون الولادة صعبة كذلك عندما لا يكون الزوج هو الولي (حالة القسف أو الزنى). (Ibid, p.12).

وعلاوة على ذلك، لقد صرّح الرجال - وهم ينتمون إلى فئة 30-49 سنة من العمر - بضرورة تكوين وتعليم النساء كيفية مواجهة الحمل والولادة، وهذا من أجل أن يكون الأمان والمتابعة الحسنة للحمل والولادة.

وفيما يتعلق بأهم الطقوس التي تستعمل من أجل الوقاية، صرّح الرجال على أنه من أجل معرفة عاقبة الحمل، يضحي بدجاج حيث يذبح ويرمي، فإن سقط على الظهر، دل ذلك على قبول الأسلاف التضحية، وبالتالي تلد المرأة بدون صعوبة (Ibid, p.13).

لقد أدلى المراهقون بدورهم بطريقة إسلامية والمتمثلة في شرب سائل اسمه "Nassa"، يحصل عليه بعد عملية غسل كتابية إسلامية مكتوبة على دعامة خشب "Walga".

وتتمثل الطريقة الثانية من أجل تسهيل الولادة والمتمثلة في صدقة الخبز أو السمسم (Sésame) ويأتي ذلك حسب وصفة يقدّمها المرابط.

فيما يخص نظرتهم ومعارفهم اتجاه المرحلة بعد الولادة، فقد صرّحن بأهم المضاعفات وهي النزيف الدموي، وجع في البطن، الدوخة ألم حوضي... إلخ.

كما صرحن بضرورة إعطاء المرأة بعد الولادة، أكلا خفيفا وساخنا، وذلك من أجل بقاء بطن النفساء ساخنا وكذا شفاء الجرح على مستوى الرحم.

كما صرّحن بالتحذير من العلاقات الجنسية بعد الولادة مباشرة، وهذا بسبب عدم شفاء الجرح. أما المراهقون فقد صرحوا بدورهم بضرورة الإمتناع عن العلاقات الجنسية قبل سنتين أو ثلاثة بعد الوضع حيث يعتقدون أنّ رضاعة الطفل من الثدي تؤدي إلى إصابته بالإسهال وذلك بسبب مرور الحيوانات المنوية في الحليب (Ibid, p.15).

وفي نهاية التحقيق، صرّحت المبحوثات عن رغبتهن الشديدة في مصاحبة الأزواج زوجاتهن أثناء المراقبة الطبيّة للحمل، وكذا رغبتهن في تحدث أزواجهن مع أعوان الصحة حول الظروف الصحيّة التي تمررن بها، وكل ما يدور من نصائح حول الحمل، الولادة وما بعدها، وأرجعن سبب مشاركة الأزواج تلك المرحلة إلى جانب الحالة النفسية، حيث يعدّ حضورهم دعامة نفسية لهن.

أمّا عن نتائج ورشة التحليل، فإن الهدف من هذه الورشة هو تدعيم الممثلين القرويين، وممثلوا الخدمات الجماعية على التعرف على اقتراحاتهم من أجل حل المشاكل المرتبطة بصحة الأمومة بدون خطر، وبقاء الطفل.

وقدّر متوسط المشاركة في هذه الورشات بـ 32 مشارك في منطقة كومسلقا

Komsilga، و46 مشاركا في راکاي **Rakaye**. (Ibid, p.20).

واستخلصوا من خلال هذه الورشات أنه:

- كلّما عمات المرأة كلّما كان حملها خطيرا وبالتالي يؤدي إلى مضاعفات.
- الأمراض الأكثر إصابة عند النساء الحوامل هي الأنيميا والقيء.
- يؤدي الحمل قبل أوانه، ونقص النظافة إلى مضاعفات الحمل.
- تتجم عن الكلمات المؤذية أو المهينة، والخصومات خاصة في الشهر الثامن عن صعوبات في الولادة.

- يعدّ عدم متابعة الحمل من بين أهمّ الأسباب المؤذية إلى المضاعفات أثناء

الحمل.

كما دارت النقاشات حول فترة ما بعد الولادة، وأهمّ المشاكل المصادفة هي الأكل

السيئ أو نقصه الذي يؤدي بالحامل إلى مضاعفات لها ولطفها (غياب الحليب أو حليب

رديء النوعية). كلّها مسائل قد صرّح بها أصحاب منطقة كومسلقا **Komsilga**.

أمّا عن المنطقة الثانية راکاي (**Rakaye**) فقد سلّط المشاركون الضوء على النقاط التالية:

- المجهودات الجسدية (كقطع الخشب، نقل المياه...) تؤثر بدورها على صحة الأم.
 - أخذ أدوية بدون استشارة طبية.
 - جهل المشاكل المرتبطة بالحمل
 - نقص الأغذية ورداعتها.
 - غياب الكشف قبل الولادة، والولادة في البيت...
- أما الاستنتاجات والتوصيات التي خلصت إليها هذه الدراسة، فسنورد أهمها في النقاط التالية:

• الإستنتاجات:

- 1- أتضح أن الفئة المتزوجة، تكتسب بعض المعارف حول علامات الخطر أثناء الحمل، والولادة وما بعدها، بينما يجهل المراهقون الكثير حول المسائل المتعلقة بالأمومة.
- 2- عدم وجود إتصال بين الأزواج حول الحمل والولادة وبعدها، ويتمثل الشكل الوحيد في الإتصال في إعلان الزوج فقط عن خبر الحمل، ومشاركته كذلك في الإنفاق بتوفير الأدوية والغذاء.
- 3- تعالج أغلبية المضاعفات بالطرق التقليدية، وفي حالة فشلها، يلجأ إلى المراكز الصحية، والأشخاص الأكثر إقبالا عليها هم المولدات القرويات (Ibid, p.24).

• التوصيات:

- 1- وضع برامج خدمات الصحة الإنجابية إلى الشباب في الوسط الريفي.
 - 2- العمل على نشر الرسائل على مستوى الشباب.
 - 3- التحدث إلى الأزواج، ودعوتهم إلى التكوين الصحي.
 - 4- تكوين أصحاب أعوان الصحة، من أجل التمكّن من استقبال الأزواج وإعلامهم وإعطائهم نصائح متعلقة ببقاء الطفل، والمرور بأمومة بدون خطر.
 - 5- وضع برنامج الصحة الإنجابية المتخصصة لفئة الشباب في الوسط الريفي (Ibid, p.24).
- إلى جانب التحقيقات المذكورة سابقا، قمنا بجمع أهم الدراسات غير المنشورة، التي عالجت موضوع الصحة الإنجابية، بما فيها صحة الأمومة، سوف نحاول تسليط الضوء على الجانب الذي يخدم أهداف دراستنا فقط، وهذه الدراسات نلخصها فيما يلي:

5-2- الدراسات غير المنشورة:

5-2-1 دراسة الدكتورة أبروق سميرة:

وهي دراسة تحت عنوان : << حدوث وعوامل خطر الوفيات واعتلال ما حول الولادة في ولاية الجزائر >>⁽¹⁾ .

حاولت الباحثة التطرق إلى إشكالية غياب المتابعة أثناء الحمل رغم مجانيته، واعتبرت ذلك عاملا مؤثرا على ظاهرة وفيات المواليد، ووفيات المواليد الحديثة المبكرة.

هدفت الدراسة إلى:

- 1- محاولة تحديد أهم العوامل المؤثرة على الوفيات ما حول الولادة (أو المخاضية)⁽²⁾ .
 - 2- تقدير حدوث الوفيات واعتلال المخاضية والتعرف على عوامل الخطر المرتبطة بظاهرة الوفيات.
 - 3- تحديد الأسباب الرئيسية وعوامل الخطر لوفيات المواليد الحديثة المبكرة.
 - 4- وصف مميزات النساء الحوامل اللواتي يلدن في ولاية الجزائر وكذا الممارسات التوليدية (Abrouk,2001 p.4).
- تكون مجتمع البحث من مجموعة الولادات التي سجلت في القطاعات الصحية في الجزائر والمترتبة من :
- 7- مراكز إستشفائية جامعية.
 - 15 - مراكز خاصة.
 - 4 - مراكز حكومية.
- وتم إحصاء في هذه المراكز، الولادات لسنة 1995، وقد قدرّت بحوالي 43874 ولادة موزعة على :
- 67.9% من الولادات على مستوى المستشفيات الجامعية.
 - 10.7% من الولادات على مستوى مراكز حكومية.
 - 21.4% من الولادات على مستوى مراكز خاصة.

⁽¹⁾ << Incidence et facteurs de risque de la mortalité et de la morbidité périnatale dans la wilaya d'Alger >>

⁽²⁾ - إرجع إلى ص. 78 .

استعملت الباحثة مخطط المعاينة مرتب أو مصنف بعدة درجات، وبهذه الطريقة تم الحصول على 2342 ولادة موزعة كالآتي:

- 1590 ولادة في المركز الإستشفائي الجامعي.

- 251 ولادة في المركز الحكومي غير المستشفى.

- 502 ولادة في المركز الخاص.

وقد استغرقت مدة التحقيق عشرة أشهر من أكتوبر 1997 إلى غاية 31 جويلية

1997 وذلك في المراكز الإستشفائية التالية:

- 5 مراكز إستشفائية جامعية والمتمثلة في:

- مستشفى باشا.

- مستشفى بارني.

- مستشفى القبة.

- مستشفى باب الوادي.

- مستشفى بني مسوس.

كما تم سحب مركز حكومي واحد وهو عيادة قليسين (Clinique des

glycines) وثلاثة مراكز خاصة والمتمثلة في عيادة نيلا، سيدي يحي و الأبيار (Ibid. pp9)

لقد اهتمت الباحثة - كما سلف الذكر - بمتغير متابعة الحمل، وحاولت ربطه

بظاهرة وفيات ما حول الولادة، وعلى إثر ذلك، تم استجواب الأمهات خلال فترة ما بعد

الولادة، وهذا مهما كانت صحة المولود الجديد، وقد توصلت الباحثة بعد إتمام الدراسة

الميدانية، إلى تصنيف أهم عوامل الخطر وعلاقتها بالوفيات والوفيات المخاضية،

والمحددة بأربعة:

1- الظروف الإجتماعية - الاقتصادية.

2- سن الأم والسوابق المرضية الخطرة والمزمنة.

3- سيرورة الحمل ومتابعته.

4- الحمل والولادة.

أهم النتائج المتوصل إليها:

ما يقارب 30.6% من النساء أميات، وتختلف هذه النسبة باختلاف سن المبحوثة،

27.2% لديهن أقل من 35 سنة من العمر، 43.5% ينتمين إلى فئة أعمار 35 فما فوق،

وقدّر متوسط عمر المستجوبات بـ 30 سنة، ¼ من المبحوثات لا تمارسن أيّة مهنة، والبقية نصفهن إطار عال، أو متوسط (أستاذة أو تقني سامي)، 5% منهن يمارسن عملاً في البيت (الخياطة، الطرز).

فيما يخصّ متابعة الحمل بما فيها عدد الكشوفات قبل الولادة، أتضح من خلال نتائج الدراسة أنّ 1/10 من النساء لم تتابعن حملهن، غياب المتابعة مرتبط بعدد الأطفال المنجيين، حيث قدر بـ 5.7% منهن من لديها طفل واحد مقابل 11% ممن لديهن عدد كبير من الأطفال لم تتابعن حملهن، و24% من النساء من تابعن حملهن ولكن بصفة غير كافية، بمعنى 2 إلى 3 كشوفات و 34.6% من النساء الحوامل من تابعن الحمل على الأقلّ 4 كشوفات طبية و 10.4 منهن لم تقمن بالمتابعة (0 أو استشارة واحدة) (Ibid, p53) . وللإشارة فقد تمّ تحديد أربعة كشوفات طبيّة مع كشف واحد على الأقلّ فصلياً، وتماشت النساء الحوامل وهذا التعريف، حيث قدرت النسبة بحوالي 57.9%، أين قامت أغلبية النساء الحوامل في خلال هذه الفترة بالفحص الإيكو جرافي.

كما تمّ إدخال حوالي 10% من النساء إلى المستشفى في مصلحة الحمل ذات الخطورة العالية، وما يقارب 30% من النساء ذوات أحمال مهددة بالولادة قبل الأوان، و23% منهن من عانين من ارتفاع في الضغط الدموي، و 21.3% منهن من عانين من الأنيميا، وأتضح كذلك إنتشار العدوى في أوساط النساء الحوامل وبالخصوص العدوى التناسلية عند 61.4% من الحالات، و22.7% من عدوى بولية، وظهرت هذه الأعراض من خلال الفصل الأول من الحمل بحوالي نسبة 94%. (Ibid, p46) .

فيما يخصّ فترة الولادة، أتضح أنّ 12% من النساء الحوامل تم إخلاءهن وإرسالهن إلى المستشفيات الجامعية، حيث قدّموا إمّا من المراكز الصحيّة الخاصة أو الحكومية، ويرجع سبب الإخلاء إلى نقص الأماكن أو إلى إصابة الحوامل بأمراض أمومية أو جنينية، وكذا غياب المختصين في التوليد أو المختصين في أمراض الأطفال، ونقلت أغليبيتهن الساحقة إلى مستشفى بارني بـ 54%، و24% إلى مستشفى القبة.

كما تمركز الإخلاء نحو المستشفيات عند النساء الحوامل القاطنات خارج الجزائر. واستخلصت الباحثة، أنّ عدم متابعة الحمل بضاعف خطر وفيات المواليد، والعامل الأكثر أهميّة هو ارتفاع ضغط الدم، حيث أحصي أكثر من 1/3 من النساء المصابين بهذا المرض أنجبن أطفالاً موتى.

كما قُدرت نتائج الدراسة معدل الوفيات ما حول الولادة بـ 37.4% في ولاية الجزائر وبهذا أكدت الباحثة في رسالتها على أهمية الإجراءات الوقائية الواجب اتخاذها أثناء فترة الحمل، والفترة الأخيرة قبل الولادة، والمراقبة الجيدة من طرف الأطباء المختصين في التوليد عن طريق وسائل حديثة، يتمكنون بفضلها من اكتشاف الألم الجنيني.

ولا يفوتنا ونحن بصدد تلخيص دراسة الباحثة، أنها توصلت إلى نتيجة في غاية الأهمية والمتمثلة في أن السبب الوحيد الذي دفع النساء إلى الكشف قبل الولادة هو الضمان الاجتماعي، الذي يشترط على المؤمنة تقديم ثلاث شهادات استكشافية، والتي أعطيت أثناء تكوين ملف الولادة، وللإشارة فإن هذا الإجراء الأخير لا يعكس بناتا حقيقة متابعة النساء فترة الحمل.

وعلاوة على ذلك، لقد سلطت الباحثة الضوء على دور الإخلاء، والتأخر في ذلك والظروف السيئة لنقل الحامل و تأثيرهم بظاهرة الوفيات ما حول الولادة، وكذا وفيات المواليد الحديثة المبكرة.

كما أكدت الباحثة في دراستها على:

- أهمية ضرورة تحسين أعوان الصحة بدور الإخلاء في الظروف الجيدة.
- محاولة التعرف على الخطر في إطار الاستعجالات (Ibid, p.159).
- ضرورة تحسيس النساء بأهمية المباحدة بين الولادات، والمتابعة الجيدة للحمل، وتتم هذه العملية التحسيسية على مستوى مراكز حماية الأمومة والطفولة، والمراكز الصحية والمدارس، والوسائل الإعلامية، كما أشارت إلى ضرورة خلق مراكز رعاية الأحمال ذات الخطورة العالية، ومحاولة إعادة تأهيل المختصين في التوليد خاصة الموجودين في المناطق الريفية، وتحسين أعوان الصحة على كل المستويات (الأمومة، مصلحة طب الأطفال، مصلحة الإبيدميولوجيا، والطب الوقائي) بضرورة وأهمية مصداقية المعلومات، إذ من دونها لا يمكن تقييم البرامج الصحية. (Ibid, p.160).

وعلاوة على ذلك، إقترحت وجوب توحيد الملفات الخاصة بالتوليد، والتي تتضمن جميع المعلومات بما فيها العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، سوابق التوليد... إلخ (Ibid, p.162).

نظرا لافتقار مكنتاتنا للدراسات المتعلقة أساسا بالصحة الإنجابية بصفة عامة، وصحة الأمومة بصفة خاصة، والتطرق إليها من الجانب الاجتماعي، الديمغرافي، والأنثروبولوجي، نتقلنا إلى الجامعات ومراكز بحوث الدراسات خارج الوطن، بحثنا عن

جمع المادة العلمية، كما قمنا بمختلف اللقاءات مع الباحثين والأساتذة، والمشاركة حتى في المؤتمرات، أهم هذه التنقلات إلى :

- 1- الجامعة الكاثوليكية لوقا (UCL) ⁽¹⁾، قسم علم السكان والتنمية / معهد الديموغرافيا / لوقا لا نوف / بلجيكا .
- 2- جامعة القاهرة / المكتبة.
- 3- جامعة عين الشمس / القاهرة.
- 4- جامعة الإسكندرية / قسم الأنثروبولوجيا.
- 5- مكتبة الإسكندرية.
- 6- المركز الديمغرافي بالقاهرة (CDC).
- 7- مكتبة المجلس القومي للسكان / القاهرة.
- 8- مكتبة المجلس القومي للمرأة / القاهرة.
- 9- مكتبة جامعة الدول العربية / القاهرة.
- 10- مكتبة إدارة السياسات / جامعة الدول العربية القاهرة.
- 11- مركز الدراسات الإجتماعية والجنازية / القاهرة.
- 12- مكتبة المجلس العربي للطفولة والتنمية / القاهرة.
- 13- المركز الوطني للدراسات الديمغرافية (INED) فرنسا.
- 14- المركز الفرنسي للسكان والتنمية (CEPED) ⁽²⁾.

ومن خلال هذه الجولات العلمية، حاولنا إثراء رسالتنا بكل المراجع، ومختلف التحقيقات المتعلقة بموضوع بحثنا، سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة، وقد حاولنا قدر الإمكان تسليط الضوء على أهم الدراسات، والتي سوف نقوم بتلخيصها في العناصر التالية:

⁽¹⁾ Université catholique de Louvain la Neuve.

⁽²⁾ - إرجع إلى ص 134 .

5-2-2- دراسة الدكتور بنافس جارفي:

تحت عنوان:

>> ما بين التقليد والحداثة: الأسس الإجتماعية والديمغرافية للعناية بالحمل والولادة في الكاميرون <<⁽⁴⁾.

إهتمّ الباحث بهذا النوع من المواضيع، نظرا لندرتها وقلة استغلالها، ونظرا إلى الإرتفاع المذهل لمعدل وفيات الأمهات، الذي قدّر في الكاميرون بـ 430 نكل 100.000 ولادة حيّة، جلّ هذه الوفيات مرتبطة بالحمل والولادة، وبهذا حاول الباحث إبراز الأسس الإجتماعية والديمغرافية للعناية بالحمل والولادة في الكاميرون، وانطلق في ذلك من خلال بناء الفرضيات التالية:

>>1- العناية بالحمل والولادة محددة بشدّة بالمستوى المعيشي الذي تنتمي إليه المرأة، كما أنّ التردد إلى مصالح التوليد الحديثة يرتفع كمّيا وكيفيا مع المستوى المعيشي.
2- كلّما انفتحت المرأة على الحداثة، كلّما كانت أكثر استخداما لمصالح التوليد الحديثة للعناية بالحمل والولادة <<.

3- التردد على مصالح التوليد ينخفض مقارنة مع البعد الجغرافي لمصالح التوليد الأكثر قربا، ومع ندرة وسائل النقل اللازمة.

4- الإقبال على الجهاز الطبي لمراقبة الحمل والولادة يرتفع كمّيا ونوعيا مع درجة التحضر، وبذلك نفترض أنّ موافقته في المناطق الريفية يعتبر اختراعا حضريا، الذي ينتشر من الهجرة والتنشئة الحضرية.

5- الصفة الممتدة للأسرة تخفض بصفة معبرة فرص استخدام المرأة لمصالح التوليد الحديثة << (Beninguisse, 2001, pp86_90).

ومن أجل التحقّق من هذه الفرضيات، حاول الباحث استغلال نتائج التحقيقات التي أجريت في الكاميرون وذلك لعام (1978) و(1991) و(1998)، والتي تهدف إلى إبراز أهمّ التغيرات التي طرأت خلال هذه الفترات الزمنية في مجال الإقبال على مصالح التوليد ودورها خلال فترة الحمل والحياة الإيجابية للنساء، حيث حاول الباحث شرح المتغيرات المتعلقة بالعناية أثناء الحمل والولادة، وكذا المتغيرات الإجتماعية، الاقتصادية للأسرة، الحداثة، سهولة التوصل إلى المصالح الصحيّة، التحضر، حجم وتركيب الأسرة.. إلخ، وتمّ

⁽⁴⁾ - << Entre tradition et modernité fondements sociaux démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au caméroutn ». février 2001.

استخراج هذه المتغيرات من خلال نتائج التحقيقات الثلاثة. ومن خلال ذلك، لاحظ الباحث غياباً في تحليل النتائج، نقص المعلومات، قلة التحليل في مجال نوع رعاية الحمل والولادة، وللتخفيف من هذا الضعف، استعان الباحث بالتحليل الكيفي والذي تم تطبيقه عن طريق تطبيق تقنية حلقة المناقشة الجماعية، وتم تنفيذ ذلك بالخصوص في شمال وشرق البلاد حيث وجد ضعفاً في الإقبال الطبي. (Ibid, p96).

ويمكننا هنا إبراز أهم نتائج التحقيقات الثلاثة:

فيما يخص الرعاية الطبية أثناء الحمل، يوضح الجدول رقم (8) في الملحق رقم (1) أن 78.4% من النساء تفضلن إلى الرعاية الطبية أثناء الحمل وذلك حسب تحقيق [1991]، وانخفضت النسبة إلى أن وصلت حسب تحقيق 1998 إلى نسبة مقدرة بـ 62.9%. كما اتضحت العلاقة بين الريف والحضر من حيث الرعاية الطبية للنساء الحوامل.

فيما يخص التطعيم ضد التيتانوس، وعدد الزيارات ما قبل الولادة والتي تم تحديدها على الأقل بأربعة، فهي مرضية - حسب الباحث - إذ خصت 72% من النساء، ولكنه لاحظ حسب نتائج التحقيقات الثلاثة، قلة احترام رزنامة بداية الزيارات ما قبل الولادة، حيث بدأت في المتوسط الزيارات الأولى في الشهر الرابع من الحمل بدلاً من الفصل الأول. (Ibid, p134) كما انتقل متوسط عدد الزيارات ما قبل الولادة في الوسط الريفي من 3 إلى 4، بينما استقر العدد في الوسط الحضري حول ما يقارب 5 زيارات في المتوسط.

• أما عن الرعاية الطبية أثناء الولادة:

أتضح من خلال نتائج التحقيقات الثلاثة، أن الرعاية الطبية أثناء الولادة قد تمت في المصالح الطبية بنسبة 97%، 98%، 93% لكل من تحقيق 1978، 1994، 1998 على الترتيب (Ibid, p110).

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض أهم نتائج التحقيقات الكاميرونية الثلاثة، أن تشير إلى الدور الفعال الذي يؤديه المستوى المعيشي، حيث اتضح أن الرعاية الطبية أثناء الحمل واحترام التوصيات مرتفع مقارنة مع المستوى المعيشي للأسرة، وقد فسر الباحث تدهور هذا الأخير بالتخلي عن النظام الحديث مقابل النظام التقليدي.

كما تبين أن المرأة الحديثة، اتجه سلوكها الوقائي تحت الإشراف الطبي أكثر نسبياً من المرأة الأقل حداثة.

وتشير نتائج تحقيق 1998، أن الإقبال على الأجهزة الطبية واحترام التوصيات ينخفض تدريجياً مع ارتفاع عدد الأحمال، ولاحظ الباحث أن التردد ونوعية الرعاية الطبية للحمل والولادة تتدهور خاصة عند النساء الحوامل دون الـ20 سنة من العمر، وعند النساء اللواتي مررن بخمس أحمال وأكثر (Ibid, p.149). وفي هذا الصدد فسّر الباحث سبب التدهور في التردد على مصالح التوليد إلى ارتفاع في الإقبال على الرعاية اللاطبية، أي بقاء بعض الممارسات التقليدية المتعلقة بالتوليد، حيث اتضح تمرکز الرعاية اللاطبية في الحضرة مما يقارب أكثر من ثلث النساء وذلك حسب تحقيق 1998، وفي المقابل استقرّ عدم الإقبال للجهاز الطبي في الوسط الريفي بحوالي 50% ما بين 1978 و 1991، وبالخصوص في مرحلة الولادة، ويرجع ذلك أساساً إلى الأزمة الاقتصادية، وكذا النظام الصحيّ السائد. (Ibid, p.155).

كما لا يفوتنا ونحن بصدد عرض نتائج هذه الدراسة، أن نسلط الضوء على الدراسة الكيفية التي قام بها الباحث عن طريق استعمال تقنية حلقة المناقشة الجماعية "Focus groups discussions" وذلك سنة 1997، وأتضح من خلال نتائج الدراسة نظرة النساء إلى الحمل أنه لا يعدّ مرضاً، كما ينظرن إلى أنّ استخدام الجهاز الطبي يعدّ علاجياً أكثر مما هو وقائياً كما تطرقن إلى مسألة المولدين ذكور، حيث ينظرن للولادة بأنّها يجب أن تحفظ بعيداً عن أنظار الذكور، فهي حسبهن تعتبر انتهاكاً لأسرار خاصّة بالنساء، كما صرحن بغلاء العلاج على مستوى المستشفيات مقارنة بالعلاج التقليدي . (Ibid, p.224)

- أهمّ التوصيات التي ختم الباحث بها دراسته نتلخص في النقاط التالية:
- 1- ضرورة القيام بدراسات تقييمية حول العلاقة بين الكلفة والفعالية في التدخل التوليدي، ومختلف طرق التمويل.
 - 2- محاولة التعمق في الدراسات المتضمنة في اللاتساوي الإقليمي، وذلك عن طريق تكملة المعلومات المجمعّة من التحقيقات الديمغرافية، الصحيّة بالجانب الكيفي الذي يتضمّن نظرة وتصورات تجاه نوعية علاج التوليد حسب نمط الخدمات المقدّمة.
 - 3- فهم سيروية عملية اتخاذ القرار اتجاه علاج التوليد، التعرف على آخذ القرار على مستوى الأسرة، وأهم المقاييس التي ترأس في الاختيار.

4- تقييم مختلف التدخلات التوليدية على قاعدة كلفة - فعالية، من أجل السماح بالتعرف الأحسن للأولوية، وهذا يلزم أسبقية التعرف على طريقة أكثر مصداقية وعملية لاحتياجات التوليد. (Ibid, p233).

5-2-3- دراسة الدكتور محمد مصطفى حسن مصطفى:

تحت عنوان: << الصحة الإنجابية بين الإناث صغيرات السن في مصر >>

وتم تنفيذها عام 1999، وحاول الباحث من خلالها تسليط الضوء على النقاط التالية:

- 1- معرفة حالة الصحة الإنجابية عند أوساط النساء الصغيرات سنا.
- 2- معرفة مؤشرات الخطر والأمان بين الإناث بصفة عامة، وصغيرات السن بصفة خاصة وأهم العوامل المؤثرة على صحتهن الإنجابية.
- 3- معرفة نوعية الطلب على خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للمرأة، ومدى ملاءمتها للاحتياجات الفعلية تبعا للعمر. (مصطفى، 2001، ص.2).

وفي هذا الصدد تساءل الباحث على مجموعة من الأسئلة أهمها:

<<1- لماذا تتعرض الإناث صغيرات السن لمشاكل صحية متعلقة بالإنجاب بدرجة أكبر من غيرهن؟>>

<<2- ما هي مؤشرات الخطر التي تتعرض لها الإناث صغيرات السن، والتي تجعلهن أكثر عرضة لخطر الوفاة بسبب الحمل والولادة؟>>

<<3- ما هي الأسباب التي تجعل صغيرات السن أقل استفادة من خدمات الرعاية والمتابعة أثناء الحمل والولادة مقارنة بمثيلاتهن من الإناث في فئات العمر الأكبر سنا>>. (نفس المرجع، ص.6).

وللإجابة عن هذه الأسئلة، قام الباحث ببناء الفرضيات التالية:

<<1- إن حالة الصحة الإنجابية للمرأة، تعتبر متغيرا تابعا تؤثر فيه مجموعة من المتغيرات المستقلة، والتي تمثلها العوامل غير المباشرة والوسيطة والمباشرة.>>

<<2- أنه في أفضل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية والصحية يتوقع أن تكون -على الأقل- 15% من الإناث صغيرات السن (أقل من 25 سنة) يتمتعن بحالة صحية جيدة تمكنهن من التمتع بصحة إنجابية آمنة>> (نفس المرجع، ص.2).

إعتمدت الدراسة على مجتمع من الإناث، صغيرات السن، دون الـ 25 سنة من العمر، المترددات على المؤسسات الصحية المختلفة. وتمّ تحديد إطار العينة في محافظتي القاهرة و الجيزة، وقد جاء توزيع العينة بالطريقة الآتية:

- 1- مستشفى الحسين الجامعي، بـ 250 وحدة معاينة، وقُدرت العينة بـ 257 سيّدة.
- 2- مستشفى الجلاء التعليمي، بـ 250 وحدة معاينة، وقُدرت العينة بـ 257 سيّدة.
- 3- مستشفى بولاق الدكرور العام بـ 150 وحدة معاينة، وقُدرت العينة بـ 153 سيّدة.
- 4- مستشفى أم المصريين العام، بـ 150 وحدة معاينة، وقُدرت العينة بـ 158 سيّدة.
- 5- جمعية تنظيم الأسرة بالجيزة، بـ 200 وحدة معاينة، وقُدرت العينة بـ 206 سيّدة، وعليه قدر حجم العينة بـ 1000 وحدة معاينة (سيّدة) وتمّ استيفاء استمارات لـ 1031 سيّدة، واختيرت عينة عشوائية بسيطة (باستخدام جداول الأعداد العشوائية، مثلت 25% من إجمالي المترددات دون الـ 25 سنة من العمر، والمقدّرة بـ 4149 سيّدة).

بالإضافة إلى ذلك، أخذ الباحث عينة المسح الديمغرافي الصحي لعام 1995 بمحافظة القاهرة والجيزة (كفئة مرجعية)، وهن النساء اللواتي لم يعانين من أيّ حالة من حالات الصحة الإنجابية (الأصحاء)، وقُدرت بـ 536 سيّدة. (نفس المرجع، ص.3).

وفي هذا الإطار، قسّم الباحث فئات أعمار الإناث دون الـ 25 سنة من العمر إلى:

- 1- الإناث أقلّ من 20 سنة (15-19) سنة.
- 2- الإناث في فئة العمر (20-24) سنة.
- 3- الإناث أقلّ من 25 سنة (15-24) سنة.

ويرجع سبب اختيار هذه الفئات العمرية، باعتبارها فئات تعيش فترة حياة إنجابية طويلة، كما أنّ المرأة تتعرض أكثر إلى مشاكل صحية متعلقة بصحتها الإنجابية في سن مبكرة.

وتمّ جمع البيانات عن طريق الحصر الشامل لجميع المترددات دون الـ 25 سنة من العمر وذلك خلال شهر مارس - أبريل - يوليو وسبتمبر عام 1999. ومن خلال هذه الدراسة، حدّد الباحث ثلاثة عوامل رئيسية والمتمثلة في:

1- العوامل الغير مباشرة:

تتمثل في مجموعة الخصائص الخلفية للمرأة والتي بدورها تنقسم إلى:

أ- محددات اجتماعية:

- تسّمّل علّق المتغيرات الإجماعية، السن الحالي، والسن عند الزواج (للزواج والزوجة) وصلة القرابة بينهما.
- الحالة التعليمية (للزوجة و الزوج وللوالدين) .
 - للمعتقدات الإجماعية، وضعية المرأة ومكانتها بالأسرة.
 - الممارسات الخاطئة، والتميز بين الجنسين.

ب- محددات اقتصادية:

- الحالة العملية والمهنية (للزوج والزوجة).
- قيمة الدخل الشهري ومصادره.
- مستوى المعيشة.

ج- محددات جغرافية:

- محل الإقامة (حضر / ريف).
- الظروف السكنية (نوع السكن وخصائصه).
- ممارسة حماية البيئة.

2- العوامل الوسيطة:

- تتمثل في مجموعة من العوامل الديمغرافية الخاصة بالمرأة وتاريخها الإنجابي.
- نمط الحمل والإنجاب.
 - الأبناء السابق إنجابهم (العمر - النوع).
 - المواليد الباقيون على قيد الحياة (العمر - النوع).
 - استخدام الخدمات الصحية (وسائل تنظيم الأسرة، علاج العقم).
 - السلوكيات والممارسات الإجماعية والصحية واتجاهاتها. (نفس المرجع، ص.19).

3- العوامل المباشرة:

- تتمثل في مجموعة العوامل المتعلقة بصحة المرأة بصفة عامة، والمشاكل المرتبطة بها،
وتحدد هذه العوامل في:

أ- الوضع الصحي العام للمرأة ويتمثل في :

• أمراض سوء التغذية (فقر الدم).

• الأنيميا.

• مرض السكر.

• أمراض ضغط الدم.

• أمراض القلب.

ب- معرفة واتجاهات المرأة بحالتها الصحية.

• إدراك المرأة بوجود مشكلة صحية.

• رغبتها في البحث عن العلاج.

• معرفة منافذ الخدمة التي تحصل من خلالها على العلاج.

• السلوكيات والاتجاهات والمعرفة بالأمر الصحي المرتبطة بصحتها الإيجابية.

(نفس المرجع، ص.20).

نتائج الدراسة:

تتمثل أهمّ النتائج التي توصل إليها الباحث، والمتعلقة أساسا ببعض مكونات الصحة

الإيجابية والمؤشرات المرتبطة عند السيدات دون الـ 25 سنة من العمر في مصر، في

النقاط التالية:

- اتضح أنّ فئة النساء دون الـ 25 سنة من العمر، هي الفئة الأكثر أولوية في

تقديم الرعاية الصحية، إذ حوالي 23% منهن من ترددن على المؤسسات الصحية بغرض

تنظيم الأسرة، وحوالي 21% من أجل العلاج من مضاعفات ما بعد الإجهاض، وحوالي

20% من أقبلن على المؤسسة الصحية من أجل متابعة الحمل، والنسبة نفسها من أجل

العلاج من الإلتهابات وأمراض الجهاز التناسلي، وقدّرت نسبة المترددات من أجل الحقم

بـ 16%. (نفس المرجع ص.80).

- حوالي 54% من السيدات تزوجن وعمرهن يتراوح ما بين 15 و19 سنة، و44% منهن

حملن في نفس الفئة العمرية.

- 28% من السيدات ما بين 15 و19 سنة من العمر قد زرن المؤسسات الصحية بغرض

متابعة الحمل مقابل 19% منهن تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 20-24 سنة.

- 20% من إجمالي المتعلمات تابعن حملهن مقابل 21% لغير المتعلمات. (نفس المرجع، ص. 87)

- وحوالي 14% منهن ما بين 15-19 سنة قد زرن المؤسسة الصحية من أجل العلاج من الإلتهابات، وأمراض في الجهاز التناسلي مقابل 22% ما بين 20 و24 سنة من العمر. وكما توصل اليه الباحث إلى أن هناك علاقة ارتباط بين الأعمار في المراحل الإنجابية المختلفة والغرض من زيارة المؤسسة الصحية.

- حوالي 27% من السيدات اللواتي حملن مرة على الأقل، وقد حدث لهن نزيف في الأشهر الأولى أو الأخيرة، وذلك أثناء حملهن الأول، و25% منهن حدث لهن ارتفاع في ضغط الدم، و10% من عانين من زلال في البول أثناء حملهن الأول، كما وانضح أن سيدات الفئة الأولى تعرضت لحالة نزيف بحوالي 3مرات مقارنة مع سيدات الفئة الثانية.

- السيدات اللواتي حملن وهن في عمر دون الـ 20 سنة، أكثر تعرضاً لحالات النزيف في الأشهر الأولى أو الأخيرة، و إلى الارتفاع في ضغط الدم من السيدات اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية 20-24 سنة.

وعلاوة على ذلك، توصل الباحث إلى أن الحمل عند السيدات دون الـ 20 سنة من العمر، يعتبر خطيراً حيث يعرض المرأة وجنينها إلى أخطار صحية ونفسية واجتماعية. (نفس المرجع، ص. 96).

• عملية الولادة:

- اتضح من خلال نتائج الدراسة، أن السيدات دون الـ 20 سنة من العمر، قد وضعن مولودهن بطريقة غير طبيعية (قيصرية) أكثر بكثير من سيدات الفئة الثانية (20-24) سنة بنسبة 27% مقابل 4%، في حين ارتفعت نسبة الولادة الطبيعية عند فئة أعمار ما بين 24-20 سنة بـ 77% مقابل 53% عند فئة أعمار 15-19 سنة.

• أمّا عن مكان الولادة: اتضح أن حوالي 56% من النساء اللواتي تزوجن وهن في سن ما بين 15 و19 سنة قد وضعن حملهن في المستشفى مقابل 58% عند الفئة الثانية (20-24) سنة. (نفس المرجع، ص. 100).

- فيما يخصّ التحصّين ضدّ التيتانوس:

تمركز عند الفئة الثانية بـ 80% مقابل 28% للفئة الأولى. (نفس المرجع، ص.102).
كما اتضح من خلال نتائج التحقيق أنّ النساء الصغيرات سنا (دون الـ 20 سنة)
أقلّ معرفة بأهمّية التحصينات والأدوية المساعدة، حيث تمركز التحصين ضدّ التيتانوس
عند النساء المتعلّقات والعاملات أكثر بكثير من النساء غير المتعلّقات وغير العاملات.
علاوة على ذلك توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ:

- السيّدات اللواتي يحملن وعمرهن دون الـ 20 سنة، أكثر عرضة لحالات النزيف في
الأشهر الأولى أو الأخيرة من حملهن، وأكثر إصابة بارتفاع ضغط الدم.
إنّ السيّدات دون الـ 20 سنة من العمر أكثر عرضة لحدوث الإجهاض بسبب الضعف
العام وأمراض فقر الدم << الأنيميا >>.

- عدم اكتمال الثقافة الإنجابية للسيّدات دون الـ 20 سنة من العمر.

ومن أهمّ التوصيات التي أوردتها الباحثة ما يلي:

<> - التنسيق بين الخدمات الصحيّة بصفة عامة، وخدمات الصحة الإنجابية بصفة
خاصّة، وبين مستوى التنمية الاجتماعيّة والاقتصاديّة.

2- التأكيد على الحقوق الإنسانيّة الأساسيّة لكل من المرأة والرجل في الإختيار الحرّ
والقائم على المعرفة والحرية بالنسبة لصحتهم الإنجابيّة، على أن تكون هذه الحقوق ضمن
أولويات سياسات التنمية الوطنيّة.

3- ضرورة إبراز أهمّية إجراء اختبارات ما قبل الزواج، وذلك من خلال المزيد من
الأبحاث العلميّة المؤيدة بالبيانات والإحصائيات، والتعريف بطبيعة وماهية هذه
الاختبارات، مع التأكيد على دور وسائل الإعلام في هذا الشأن.

4- العمل على إجراء بحوث لتقييم مستوى قبول الخدمات الحاليّة ومدى توافرها، وذلك
من أجل وضع وتنفيذ برامج جديدة أو مراجعة البرامج الحاليّة لتلبية الاحتياجات الفعلية
للمجتمع المستهدف بالخدمة >>. (نفس المرجع، ص.187).

التعليق:

من خلال استعراضنا لأهمّ الدراسات التي تناولت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة
موضوع رسالتنا لاحظنا من خلال عرضنا للنتائج أنّ هناك بعض نقاط الإجماع بين كل

هذه الدراسات، سواء التي أُقيمت على مستوى التراب الوطني، أو على مستوى رسائل دكتوراه، كما وجدت كذلك نقاط إغفال، وسنتناول هذه النقاط كل واحدة على حدة. فيما يخصّ نقاط الإجماع، نلاحظ أنّ أغلب الدراسات وصفية أكثر منها تحليلية ونخصّ بالذكر المسوحات، وجُلّ الدراسات تطرقت إلى موضوع الصحة الإنجابية وما يحتويه من عناصره ومكوناته.

أمّا عن نقاط الإغفال فنتمثل أساسا في:

- جانب الأنثروبولوجيا الطبيّة بما فيها دراسة الظواهر الاجتماعيّة والثقافية وعلاقتها بصحة الأمومة.
- لم تركز جُلّ الدراسات سواء التي تمّ عرضها أو الموجودة في قائمة المراجع، على جانب السلوك بصفة دقيقة وتحليلية والمرتبط أساسا بكل ما قد تصادفه المرأة أثناء اجتيازها مرحلة الحمل والولادة والنفاس.
- نقص التحليل السوسيوي-ديمغرافي اتجاه الأمومة بما فيها المتابعة أثناء الحمل والولادة والنفاس.
- عدم تطرق الدراسات إلى الجانب الكيفي حول موضوع الأمومة، إنه جانب لم يكتب عنه الكثير بعد، وبالخصوص في المجال السوسيولوجي.

الصفحة	الفصل الثاني : صحة الأمومة وأبعادها
56	1- تطور مفهوم صحّة الأمومة.....
64	2- واقع صحة الأمومة في الجزائر ومقارنتها مع بعض بلدان العالم.....
65	1-2- إعتلال الأمهات.....
70	2-2- وفيات الأمهات.....
78	2-3- الوفيات المخاضية ووفيات المواليد الجدد.....
81	3- دور الأسرة في إعداد البنات للأمومة.....
83	4- دور المدرسة في إعداد البنات للأمومة.....
86	5- الأمثال الشعبية والأمومة.....

ترجمة المصطلحات العلمية

- 1- Accouchement prématuré..... 1- ولادة قبل الأوان
- 2- Asthme..... 2- الربو
- 3- Cause obstétricale..... 3- أسباب توليدية
- 4- Convulsion..... 4- تشنجات
- 5- Cycle menstruel..... 5- الدورة الشهرية
- 6- Dystocie..... 6- الصعوبة في الولادة(الوضع)
- 7- Douleurs ou brûlures mictionnelles (cystite)..... 7- ألم أو حرقان عند التبول
- 8- Douleurs mammaires..... 8- ألم في الثدي
- 9- Eclampsia..... 9- الإرتعاج
- 10- Grattement ou irritation autour du vagin..... 10- هرش أو حساسية في الجهاز التناسلي
- 11- Hémorragie génitale..... 11- نزيف تناسلي
- 12- Hémorragie de la délivrance..... 12- نزيف الولادة
- 13- Hémorragie vaginale..... 13- نزيف مهبل حاد
- 14- Hypertension..... 14- ارتفاع ضغط الدم
- 15- Hyperthermie..... 15- ارتفاع في درجة الحرارة
- 16- Infection puerpérale..... 16- عدوى نفاسية
- 17- Incontinence urinaire..... 17- عدم التحكم في البول
- 18- Irritation vaginale..... 18- هرش مهبل
- 19- Infection du col utérin..... 19- عدوى عنق الرحم
- 20- Maladie articulaires..... 20- امراض المفاصل
- 21 - Mortalité Périnatale..... 21- الوفيات المخاضية
- 22- Œdème..... 22- التثاب جلدي
- 23 - Pertes vaginales excessives ou anormales..... 23- إفرازات مهبلية حادة أو غير مألوفة
- 24 - Palpitation..... 24- خفقان القلب
- 25- Prolapsus utérin..... 25- هبوط الرحم

إنّ التطرق إلى مضمون هذا الفصل وهو >> صحة الأمومة مفهومها وأبعادها<< يجرنا إلى طرح أسئلة عدة و أهمها:

هل اعتنت الجزائر بالأمومة، وبوظيفتها السامية التي لا تدانيها أية وظيفة ؟
إنّ الأمومة ليست حكرا على الأم فقط، وإنما على العالم كله، حيث يبدأ التأثير في وظيفة الأمومة من النظام الصحي والاجتماعي والثقافي والديمقراطي... السائد، فموضوع الأمومة يشكل حاليا أكثر مما مضى الجزء الأكبر من جدول أعمال المؤتمرات. وبالخصوص في العشرية الأخيرة، وهذا يعود إلى نتيجة ارتفاع معدل الاعتلال ووفيات الأمهات في أوساط النساء، ووفيات ما حول الولادة، ووفيات المواليد الجدد، تعدّ كلّها طائفة من المؤشرات الديمغرافية الصحيّة التي تعكس واقع صحّة الأمومة أثناء مرحلة الحمل، والولادة والأحداث التي تقع بعد الولادة مباشرة.

وسنعرض كلّ هذه المؤشرات الديمغرافية بالتفصيل في ثنايا هذا الفصل، وبالإضافة إلى ذلك، سنشير إلى عنصر بالغ الأهميّة و يتمثّل في دور الأسرة والمدرسة في إعداد البنت للأمومة، كما سنعرض أيضا قيمة الأمومة، ونظرة المجتمع إليها وذلك عن طريق الأمثال الشعبية التي تعكس حقيقة التجربة والخبرة التي عايشها الإنسان أو اكتسبها من خلال ممارساته اليومية، وتكون هذه الأمثلة - رغم قلّتها - محصورة فقط حول قيمتها في الحياة الزوجية والأسرية، وحول الصحّة والمرض.
وفي البداية نودّ إعطاء لمحة عن أهمّ التطورات التي حدثت لمفهوم صحّة الأمومة - وهي كالآتي:

1- تطور مفهوم صحّة الأمومة:

قبل التطرّق إلى مفهوم صحّة الأمومة، لابد من تحديد مفهوم الصحة، و الأمومة، تم المفهوم المركب ألا وهو صحّة الأمومة. فمفهوم الصحة، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية هو¹ : <<حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة ، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز>> (Manciaux, Deschamps, et Fritz, 1984, p.28).

والمقصود أن الصحة لا تثبت في إنعدام ظهور مرض و إنما تتحقق في الراحة الكاملة بدنيا، و عقليا و اجتماعيا أما عن تعريف الأمومة، فهي:

لغة : مشتقة من كلمة أمّ و هي الوالدة. ووردت كلمة أمّ في القرآن الكريم و منها "أمّ الكتاب" و هي الفاتحة، قال الله تعالى:

﴿ يَمْحُو اللَّهُ مَا يَشَاءُ، وَيُنْبِتُ وَعِنْدَهُ أُمُّ الْكِتَابِ ﴾ (سورة الرعد، آية 39). و أم القرى، مكة المكرمة، قال تعالى: ﴿ لَا وَتَبْتَذِرِ أُمَّ الْقُرَىٰ وَمَنْ حَوْلَهَا ﴾ (سورة الأنعام، آية 92).

كما جاءت ذكر الأم الوالدة في قوله تعالى : ﴿ وَالْوَالِدَاتُ يُرْضَعْنَ أَوْلَادَهُنَّ ﴾ (سورة البقرة، آية 233). و في قوله تعالى : ﴿ إِنَّ أُمَّهَاتِهِمْ إِلَّا اللَّائِي وَ لَدُنَّهُمْ ﴾ (سورة المجادلة، آية 2) و غيرها من الآيات التي وردت فيها كلمة أم، بمعاني مختلفة التي سيأتي التفصيل عنها لاحقا. كما تجد أمومة مجازية التي تأخذ عدة صور :

1- أمومة روحية دينية لجميع الخلق بعد بعثة محمد صلى الله عليه وسلم ممثلة في أزواجه، أمهات المؤمنين رضي الله عنهن، قال تعالى : "النَّبِيُّ أَوْلَىٰ بِالْمُؤْمِنِينَ مِنْ أَنفُسِهِمْ، وَ أَزْوَاجُهُ أُمَّهَاتُهُمْ". (سورة الأحزاب، آية 6)

2- الأم المرضعة قال تعالى : "وَأُمَّهَاتِكُمُ اللَّائِي أَرْضَعْنَكُمْ". (سورة النساء، آية 23)

¹ - ورد هذا التعريف سنة 1946، من طرف منظمة الصحة العالمية ، <<La santé est un état complet, bien être physique, mentale et social , et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou d'infirmité>> .

3- الأم الخالة، قال صلى الله عليه وسلم : "الخالة بمنزلة الأم" و تثبت لها الحرمة و أدب الصلة و البر و الصحبة.

4- الأم الحاضنة و هي من تحضن الصغير و تلي شأنه، كأم أيمن رضي الله عنها، حاضنة رسول الله صلى الله عليه وسلم حتى كبر. (د. الإبرش، 1996، ص.43)، و نظرا لعظمة و تواجد الأم في كل أنحاء العالم فلقد عرفت بأنها "هي الوطن، و الوطن هو الأم" (عبد الفتاح، 1994، ص.311)، كما أعطي تعريفا للأُم بأنها "مستقبل الأمم في أيدي الأمهات"، و أن "الأم قطعة من ضمير العالم" (نفس المرجع، ص. 312). كما تعد الأم مصدر حياة الإنسانية، و لكل طفل في العالم لغة ينادي بها أمه،

"قالطفل الفرنسي ينادي أمه "مير"،

و الطفل الروسي ينادي أمه "مانجيه أو ماتني"،

و الطفل الهولندي ينادي أمه "ماتكا أو مودير"،

و الطفل الإنجليزي ينادي أمه "مازر"،

و الطفل البلجيكي ينادي أمه "مام"،

و الطفل التركي ينادي أمه "تينا"،

و الطفل العربي ينادي أمه "يا أمي"،

و الطفل الياباني ينادي أمه "هاها"،

و الطفل الألماني ينادي أمه "موتر"،

و الطفل الإنجلو سكسوني ينادي أمه "مودر"،

و الطفل الإيرلندي ينادي أمه "موثير"،

و الطفل الإيطالي ينادي أمه "ماتر"،

و الطفل اللاتيني ينادي أمه "ميتز"،

و الطفل اليوناني ينادي أمه "ماتا أو ماتر"، (نفس المرجع، ص. 131)

و الطفل الجزائري ينادي أمه "يما، ماما، أو أمي".

أما الأم اصطلاحاً: فهي: "تظلم تعلق فيه مكانة الأم على مكانة الأب في الحكم، ويرجع فيه إلى الأم في النسب والوراثة". (د. الإبرش، مرجع سابق، ص. 40). و يعرف علماء الاجتماع الأمومة أنها "القرابة من ناحية الأم كما أرادو بالأبوة بأنها القرابة من ناحية الأب، ذلك أن الولد في الحالة الأولى ينتسب إلى أمه، كما أنه ينتسب إلى أبيه في الحالة الثانية" (كحالة، 1984، ص. 13)

وأختلف العلماء في جانب نشأة الأمومة حيث يرى باكوفن BACHOFEN (1815 - 1887) إلى أن الأمومة نشأت من نكاح المشاركة أي الاختلاط فتولد منه ما يسمى بالأمومة، و كان هنا النسب محصوراً في الأم و قرابتها، و بهذا تولدت لها مكانة خاصة في المجتمع. (نفس المرجع، ص. 13) و إذا بحثنا إلى الزمن البعيد جداً لسوف نجد أن مفهوم الأمومة كان الأصل في تكوين العائلة، بل كان الأولاد يعيشون في ذلك المجتمع حول الأم، و تحت رعايتها و حضانتها، و قيل أن الأمومة ليست أقدم نوع في تاريخ الأسرة بل هي كالأبوة أحد الأنواع التي مرت على هذا التاريخ منذ ما أخذت الجماعات الإنسانية تفكر في تكوين الأسرة و خلقها" (نفس المرجع، ص. 13) و هناك من يرى أن أقدم نظام العائلة كان مبني على قرابة الأم، و أصبحت هذه الأخيرة عمود النسب و العائلة (نفس المرجع، ص. 14).

و جاء العالم الإنجليزي LENAN يناقد باكوفن في مسألة نشأة الأمومة، حيث يرد ذلك إلى وجود نوعين من أنواع الزواج، و هما الزواج الخارجي، و الزواج الداخلي، و توصل في بحثه إلى أن وأد الفتاة و قتلها أدى إلى قلة عدد النساء، و زيادة عدد الرجال، و على إثرها أدى إلى مخالطة امرأة واحدة مما ظهر عنه تعدد الأزواج، و بالتالي الأمومة التي يعني بها معرفة أم الولد دون أبيه. (نفس المرجع، ص. 14).

وجاء العالم الألماني CUWONT مناقد لفكرة سابقه، حيث أرجع بدوره نشأة الأمومة بظهور عصر الزراعة، حيث كانت تخرس و تزرع و تشرف على البيت. (نفس المرجع، ص. 14)

وجاء دوركايم (1858 - 1917)، و أبرز فكرة و أهمية التوتمية (Totémisme) في نشأة و تكوين الأمومة، حيث يقول في هذا الصدد: "إن الأسرة الأولى لم تقم إلا على التوتمية، و حسب المرء لكي يعد عضواً في الهيئة الاجتماعية أن يكون تابعاً، و منتسباً لتوتم واحد، و من صفات التوتم أن يكون محصوراً في نسل المرأة إلى أن يتبع الولد توتم

أمه، و ليس الولد هو الذي يتبع أو ينتسب إلى هذا التوتم فحسب بل تشترك الأسرة والقبيلة في هذا الانتساب أيضا، فالتوتمية لها إذن الأثر الأكبر في تكوين الأمومة و ظهورها" (نفس المرجع، ص. 15).

وبهذا كانت للأمومة مكانتها و احترامها، و كان النسب إليها تقديرا لها أكثر من الأبوة، وكانت الأم الولود تضمن لنفسها الطمأنينة والكرامة، وذلك إعلاء لشأن الأمومة. وإن مسألة الأمومة التي نحن بصدد دراستها و التطرق إليها، يراد بها الحمل والولادة و ما بعدها، حيث تبدأ الأمومة من بدء الحمل من الحياة الجنينية، إلى أن تمر الولادة بسلام على الأم و المولود الجديد، و ذلك عن طريق الرعاية الصحية المستمرة والكاملة طوال فترة الحمل و بعدها، و بهذا تعرف الأمومة بأمومة ولادة، أمومة الرحم، وهي أبعد من ذلك أمومة رضاعة، وأمومة حضانة فهي أمومة كاملة الجوانب من بداية الحمل إلى نهايته وما بعده، و إضافة على ذلك، لا تكون أما بولادتها فحسب، بل بتربيتها لأولادها.

وإذا تتبعنا تاريخ الأمومة في القرآن والسنة، وجدنا الأم رمز الحب والخير والعطاء و التقدير و الاحترام و هذا ما سنبرزه في ثنايا الفصل الثالث. أمّا عن التعريف المركب ألا وهو صحّة الأمومة الذي يعدّ من بين أهمّ مكونات الصحّة الإيجابية⁽¹⁾، وهو - صحّة الأمومة - مفهوم يهتم بالحالة الصحيّة للمرأة خلال فترات الحمل والولادة وما بعدها (النفاس) ، وكلّ ما تصادفه من حالة مضاعفات الحمل والولادة وكذا الإجهاض، وبالإضافة إلى ذلك، يشمل مفهوم صحّة الأمومة كل الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، رعاية المواليد الجدد من رضاعة طبيعية، وتحصينات.

¹¹ - الصحّة الإيجابية : >> حالة رفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة>> (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، مرجع سابق، ص.10)

- تهتم الصحة الإيجابية بالحالة الصحية للمرأة خلال اجتيازها مرحلة الحمل والولادة وما بعدها، وإضافة إلى ذلك تشمل الأمراض المباشرة التي تؤثر على الجهاز التناسلي للمرأة في مراحل مختلفة من عمرها. (إرجع إلى ص.8)

وفي هذا الصدد لقد اجتاز هذا المفهوم بمراحل عدّة، ففي البداية كان يستعمل مفهوم تنظيم النسل⁽¹⁾ هو المفهوم الأكثر انتشارا وشيوعا، وتماشى مع مفاهيم متقاربة الدلالات نذكر على سبيل المثال: التخطيط العائلي، تنظيم الأسرة، وقاية الأسرة، منع الحمل، تحديد النسل، المباحدة بين الولادات، وإنّ الغرض من تنظيم النسل هو تقليل الفترات الزمنية بين الولادات، كما يعتبر تخطيطا لإنجاب عدد مناسب من الأطفال، بما يناسب صحّة الأم، ثمّ انتشر مفهوم " صحّة الأمّ والطفل" ، ولو أنّ التركيز على الطفل كان أكثر بكثير من الأم⁽²⁾، والتمسنا ذلك من خلال السياسات والبرامج الصحيّة المسطرة لذلك؛ ثمّ ظهر مفهوم الصحّة الإيجابية، مفهوم غير جديد إلا أنّه توسع استخدامه في أعقاب مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية وذلك عام 1994⁽³⁾، وتشمل رعاية الصحّة الإيجابية على:

>> خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة، الإعلام والتوعية والقواصل والرعاية قبل الولادة، والولادة السليمة، والرعاية بعد الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعيّة، الوقاية من العقم وعلاجه، الوقاية من مضاعفات الإجهاض المأمون حيثما لا يكون ذلك متعارضا مع القانون، معالجة التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي>>⁽⁴⁾ (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، مرجع سابق، ص.14).

⁽¹⁾ - تنظيم النسل هو: >> قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله بما يناسب ظروفهما الصحيّة والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما>>. (مركز التدريب والدراسات السكانية، 2001، ص.131)

وهو أيضا : >> بناء أسرة وفق معايير المباحدة بين الولادات ووفق حجم نهائي معين، ولم يكن من الممكن تحقيق تنظيم الأسرة دون اللجوء إلى الإجهاض إلا باستعمال وسائل منع الحمل الحديثة>>. (Pressat, 1979, p. 151)

⁽²⁾ - وللإشارة، من بين 22080 مقالة التي عالجت موضوع صحّة الأم والطفل التي تمّ نشرها قبل 1975، نجد فقط 4% منها قد خصصت في مجال صحّة الأمومة (Du jardin, 1993, p.5).

⁽³⁾ - وللإشارة، سجل مؤتمر القاهرة نقطة انطلاق قوية من برامج أعماله حيث اعتبر أنّ مسألة السكان لا تعد فقط مسألة خصوبة، وإنما أبعد من ذلك، فهي مسألة حقوق المرأة، حقوقها في صحّة جيدة، في أمومة آمنة، حقوقها في استخدام المصالح الصحيّة، في التمتع بالصحة والنشاط الجنسي، في القدرة على الإنجاب، في حرية اختيار وسائل منع الحمل، كما ركز برنامج المؤتمر على المسائل المتعلقة بالجنس بما فيها الصحّة الإيجابية، وكل المراحل العمرية لحياة الإنسان دون التمييز الاجتماعي أو الثقافي أو العرقي في ذلك.

⁽⁴⁾ - ارجع إلى ص. 113 .

ونتوقف هنا قليلا، لنحاول تسليط الضوء على واقع تنظيم الأسرة في الجزائر، فالإقبال على ذلك، يعني تقليل من احتمال تعرض الأمهات والأطفال من مخاطر الحمل والولادة في المراحل الخطرة من العمر، وهو كذلك تجنب الحمل غير المرغوب، وندخل هنا ضمن مفهوم صحة الأمومة فتسلسل المفاهيم السالفة الذكر تشترك في نقطة بالغة الأهمية والمتمثلة في السعي إلى تحسين وضع الأسرة ومستقبلها من حيث الإنجاب.

وفي هذا الصدد، باتت مسألة ترقية صحة الأمومة وتطوير وضعها الصحي إلى مستوى المكانة التي تستحقها باعتبارها عنصرا فاعلا في التنمية وتقدم المجتمع، ومكونا رئيسيا من مكونات السياسة السكانية للجزائر حيث نلاحظ من خلال الإحصائيات أن معدلات الولادة في الجزائر تتجه نحو الإنخفاض التدريجي، حيث بلغ أكبر معدل ولادة بـ 50.1% وذلك سنة 1969-1970، وبعدها اتجه المعدل تدريجيا نحو الإنخفاض وبالتحديد ابتداء 1985⁽¹⁾ وواصل في وتيرة الإنخفاض خلال سنوات الثمانينات، والتسعينات، إلى أن وصل سنة 2002. وهو آخر إحصاء بحوزتنا مقدر بحوالي 20.36%.(ONS,2003, n°398,p.3).

وإنّ لانخفاض الولادات علاقة مباشرة بالخصوبة، حيث عرف هذا الأخير انخفاضا محسوسا خلال سنوات الثمانينات والتسعينات، انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 6.9 طفل لكل امرأة سنة 1980، لكي يصل إلى سنة 1990 مقدر بـ 4.5 طفل لكل امرأة، وواصل في الإنخفاض إلى أن وصل المؤشر التركيبي للخصوبة مقدر بحوالي 2.4 طفل لكل امرأة وذلك سنة 2002.

(Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la population, 2004p.19)

وإنّ لانخفاض الولادات علاقة مباشرة بالخصوبة، حيث عرف هذا الأخير انخفاضا محسوسا خلال سنوات الثمانينات والتسعينات، انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1980، لكي يصل إلى 1990 مقدر بـ 4.5 طفل لكل امرأة، وواصل في الانخفاض إلى أن وصل المؤشر التركيبي للخصوبة مقدر بحوالي 2.4 طفل لكل امرأة وذلك في سنة 2002 (Ibid, p.19).

¹¹ - أنظر إلى (شريف، 2002، ص.9).

فضلا عن انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة ونظرا لما توليه الجزائر من اهتمام بالسياسة السكانية، فقد ارتفعت معدلات استخدام وسائل منع الحمل من 8% سنة 1970 إلى 25% سنة 1984 وهي النسبة التي عقب فيها انطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي وبالتحديد سنة 1983، وصل معدل استخدام وسائل منع الحمل في الارتفاع خلال سنوات التسعينات وبعدها، إلى أن وصل سنة 2002 مقدر بحوالي 57%.⁽¹⁾ (Ibid, p.23).

كما تشير نتائج المسح حسب الجدول رقم (2) الملحق رقم (2) إلى أن نسبة الاستعمال لوسائل منع الحمل وقت المسح (57%) ترتفع مع ارتفاع سن المرأة، حيث تتركز النسبة أكثر بكثير عند فئة أعمار 35-39 سنة بـ 66.4% مقارنة بفئة أعمار 15-19 سنة بـ 26.2%.

والإتجاه نفسه نلاحظه عند متغير مدة الزواج وعلاقته مع نسبة الاستعمال، حيث ترتفع النسبة إلى أن تصل حوالي 66% عند مدة زواج ما بين 15 أو 19 سنة. أما من حيث الاستعمال حسب مكان الإقامة، يوضح الجدول رقم (2) في الملحق رقم (2) أن النسبة تفوق في الحضر مقارنة مع الريف بـ 59% و 54.4% بفارق مقدر بحوالي 5 نقاط.

فيما يخص مدى تأثير المستوى التعليمي للمرأة ومستوى استعمال وسائل منع الحمل وقت المسح، تظهر النتائج أن نسبته ترتفع عند ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأكثر بـ 58.3% مقارنة مع الأميات بـ 52.9%، وارتفعت النسبة الأخيرة مقارنة مع تحقيق 1992 بحوالي 9 نقاط حيث قدرت بحوالي 43.9%.

(Ministère de la Santé et de la Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Ligues des Etats Arabes, 2004, p 124)

وبذلك تسجل نسبة الاستعمال ارتفاعا متواصلا منذ انطلاقة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي وذلك عام 1983.

وعليه تماشى مفهوم تنظيم الأسرة مع مفهوم صحة الأم والطفل، وصحة الأمومة، والمفهوم الذي يشمل ضمن هذه المفاهيم هو الصحة الإيجابية.

⁽¹⁾ إرجع إلى جدول رقم 1 ملحق رقم 2

*L'Alliance du ruban blanc pour
la maternité sans risque*



- ولا يفوتنا ونحن بصدد التحدث عن تطور مفهوم صحة الأمومة، أن تسلط الضوء على الرسائل العشرة الرئيسية التي تم وضعها ضمن برنامج صحة الأمومة، وذلك من أجل السعي إلى أمومة بدون خطر والمتمثلة في:
- >>1- العمل على تقديم الأمومة بدون خطر عن طريق حقوق الإنسان.
 - 2- تأهيل النساء وتأمينهن على الاختيار.
 - 3- العمل على الاستثمار الاقتصادي والاجتماعي في مجال الأمومة بدون خطر.
 - 4- تأخير الزواج وولادة الطفل الأول.
 - 5- التعرف على أن كل حمل يمثل أخطارا.
 - 6- التأكيد من حضور مقدم مؤهل في كل ولادة.
 - 7- تحسين الإقبال على المصالح الصحية ذات الجودة العالية.
 - 8- تجنب الأحمال الغير المرغوبة، والاستغلال بالإجهاض ذات الخطورة.
 - 9- قياس التطورات.
 - 10- استخدام سلطة الشركات.<<(Benamor, Kleeman, opcit, p.6).

• تحالف الوسام الأبيض <<Alliance du ruban blanc>>

في كل دقيقة من كل يوم، تموت امرأة نتيجة لمشكلات الحمل أو الولادة، وملايين من النساء يعانين من مشاكل صحية مستمرة، وجل هذه الوفيات والصعوبات تحدث في العالم النامي.

ومن أجل ضمان وتأمين صحة الأم، تكونت مجموعة منظمات دولية، بهدف الوعي باحتياجات تأمين الحمل والولادة لكل نساء العالم وهذا بالرغم من أن الحمل والولادة يعدان ظاهرتان طبيعيتان في حياة المرأة، إلا أن هناك حاجة ماسة للرعاية المناسبة حتى يتم ذلك بأقل مشاكل ممكنة، وهي معروفة تحت اسم : << تحالف الوسام الأبيض>>، فهو رمز مهدي على روح كل امرأة لقيت حتفها نتيجة مضاعفات الحمل والولادة، حيث يسعى الرمز إلى توحيد الأفراد والمنظمات والجماعات من أجل العمل على تلبية احتياجات النساء في مجال حياتهن الجنسية، والقدرة على الإنجاب، وممارسة الجنس المأمون في إطار بعيد عن الأمراض أو الموت، كما يسعى إلى تمكين المرأة من إنجاب الأطفال بأمان، وبدون تضحية بصحتها أو حياتها.

و يرمز تحالف الوسام الأبيض إلى الحزن أو الحداد، وإلى كذلك الأمل، وإلى تخفيض وفيات الأمهات، وإلى الأمومة الخطيرة غيرالمقبولة. (Ibid,p.1).

وعلاوة على ذلك، يهدف الوسام الأبيض إلى:

>>1- أخذ الوعي بالأمومة بدون خطر للمواطنين، للمنظمات غير الحكومية وللوكالات الحكومية في البلدان النامية.

2- خلق تحالفات من أجل إنقاذ حياة النساء عن طريق شركاء مختلفين بما فيهم المنظمات والأفراد الذين يتواجدون في مختلف القطاعات نذكر على سبيل المثال الصحة، التربية حقوق الإنسان، الدين والحكومة. (Ibid,p.2).

وتسعى كل هذه المجهودات إلى ترقية صحة المرأة الأم باعتبارها نصف المجتمع ومربية النصف الآخر، كما تعد مسألة ترقية صحة الأم مسألة صحية عمومية وأبعد من ذلك مسألة عدالة اجتماعية وتنمية وطنية، حيث يشارك في ترقيتها مختلف القطاعات منها التربوية، الصحية والاقتصادية، وهي تعد أيضا استثمارة اجتماعيا واقتصاديا ذا منفعة عالية للمرأة أولا، ثم للطفل والأسرة والمجتمع.

وفي العنصر التالي، سوف نحاول تسليط الضوء على الوضع الراهن لصحة الأمومة في الجزائر ومستواها مع بعض بلدان العالم.

2- واقع صحة الأمومة في الجزائر ومقارنتها مع بعض بلدان العالم:

أصبح موضوع ترقية صحة المرأة من أهم المواضيع المعاصرة التي مازالت تشغل بال المفكرين، والحكومات والهيئات الدولية، والباحثين المختصين في مختلف المجالات، الطبية الدينية، الاقتصادية، الاجتماعية، ومن أجل ذلك سنعرض أهم المؤشرات الديمغرافية الصحية التي تعكس لنا واقع صحة الأمومة، والتي بالإمكان قياسها عن طريق معدل اعتلال الأمهات ومعدل وفيات الأمهات، ومعدل الوفيات المخاضية ووفيات المواليد الجدد، كلها مؤشرات تعكس مدى توفر الرعاية الصحية، ومستوى الخدمات الصحية التي تستفيد منها الأم والجنين قبل وأثناء وبعد الولادة، وكذا الظروف البيئية والعوامل الثقافية المحيطة بالحمل والولادة.

2-1- اعتلال الأمهات:

لم تحضى ظاهرة اعتلال الأمهات أو أمراض النساء⁽¹⁾ بالاهتمام أو العناية الكافية، بسبب ما تعانيه من محدودية المعلومات والإحصائيات، وكذا الدراسات المتعلقة أساسا بأمراض النساء بما فيها التهابات الجهاز التناسلي، سقوط الأعضاء التناسلية، المهبل والرحم، ومشاكل الدورة الشهرية، فقر الدم والبدانة، وارتفاع ضغط الدم سواء كان ذلك على المستوى الدولي أو الوطني، إلا أنه في العشرة الأخيرة، وبالخصوص بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994⁽²⁾، اهتمت الجزائر في دراسة ظاهرة اعتلال النساء، حيث سلطت أنظارها منذ عام 1997 في الكشف عن سرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي وقد تم ذلك في إطار برنامج صحي⁽³⁾. (وزارة الصحة والسكان، 1998، ص.38).

وفي هذا الصدد، من بين أهم الدراسات التي تطرقت إلى ظاهرة اعتلال النساء، سنبرزها من خلال نتائج المسوحات الثلاثة والمتمثلة في:

1- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992.

2- المسح الجزائري حول وفيات الأمهات عام 1999.

3- المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002.

فيما يخص أهم نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل في مجال أهم

المشكلات الصحية التي صادفتها الأم الحامل، اتضح أن نسبة 9% منهن من صرّحن

⁽¹⁾ - يعرف الإعتلال أو أمراض النساء:

>> تشمل أمراض النساء أي حالة من حالات اعتلال الصحة التي تؤثر على الجهاز التناسلي للمرأة في غير وقت الحمل ويتضمن التهابات الجهاز التناسلي والتغيرات في خلايا عنق الرحم، وأورام الجهاز التناسلي والثدي، وسقوط الأعضاء التناسلية، وعدم انتظام الدورة الشهرية والعقم ومضاعفات الختان. وهناك حالات أخرى لاعتلال الصحة عند المرأة تسمى بالأمراض المرتبطة بأمراض النساء وأهمها التهابات الجهاز البولي، وفقر الدم (الأنيميا) والبدانة، وارتفاع ضغط الدم<<. (د. المعتز بالله، 2001، ص.1)

وهو: >> نسبة الحالات المرضية الجديدة المشاهدة في غضون فترة مسماء إلى متوسط عدد السكان في تلك الفترة<<.

(د. الشافعي د.الباقي، 1966، ص.64).

⁽²⁾ - وللإشارة، انطلق أول برنامج لحماية الأمومة والطفولة سنة 1974، حيث أدمج من خلاله العلاجات الصحية القاعدية، والتكفل بالأمراض والأفات المرتبطة بالصحة الإنجابية، وبالرغم من ذلك لم يبرز الإهتمام إلا في سنوات التسعينات في البرامج الصحية، والمسوحات الجزائرية على المستوى الوطني تشهد على ذلك.

⁽³⁾ - من أجل تفاصيل أكثر، إرجع إلى ص- 120.

بمشكلة ارتفاع ضغط الدم، 7% من النساء اللواتي أصبن بالتزيف أثناء الحمل، وتمثلت المشكلات الصحية الأخرى بالصداع المستمر (31%) ويليهما تورم الأصابع والكواحل (15%). (وزارة الصحة السكان الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق ص.174).

وللإشارة لقد ركز هذا المسح إلا على المشكلات الصحية التي صادفتها المرأة الحامل، ولم تركز على كل الأمراض التي سبق وأن أشرنا إليها في تعريف مفهوم اعتلال النساء والملاحظة نفسها تذكر في نتائج المسح الجزائري حول وفيات الأمهات لعام 1999، حيث سلط الضوء على الإصابة بالأمراض عند فئة وفيات الأمهات، وعند فئة وفيات غير الأمهات، كما تبين من خلال نتائج المسح أن المرض الأكثر انتشارا عند الفئة الأولى- أي وفيات الأمهات- هو ارتفاع في الضغط الدموي بنسبة 17.7% ، متبوعة بمرض القلب بـ 12.2% (حوالي 73 حالة).

أما الفئة الثانية والتمثلة في وفيات غير الأمهات، فقد تبين أن حوالي 49.9% قد أصبن بالأمراض المزمنة، وجاء على رأس القائمة الأورام الخبيثة بحوالي 1592 امرأة، وتتمركز هذه الأورام الخبيثة بالخصوص على مستوى الثدي بحوالي ثلث الإصابات، ونسبة 27% من حالات الإصابة بالأورام الخبيثة تركزت على مستوى الجهاز الهضمي. (Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique, 2001, opcit, p.128)

أما عن نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، توسع هذا الأخير أكثر من المسوحات السالفة الذكر، وهذا من ناحية المعطيات الثرية المتعلقة بظاهرة اعتلال النساء الغير عازيات في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة، حيث ركز المسح على أهم الأمراض المتعلقة بالجهاز التناسلي والإنجاب، وكذا الأمراض المزمنة، وامتد المسح إلى الاهتمام والتركيز على فئة ما بعد الإنجاب ما بين 49-54 سنة من العمر، وحالتهم الصحية، وكذا الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن، وكذا صحة وسلوكات الشباب غير المتزوجين البالغين ما بين 15-29 سنة من العمر.

وما سنوضحه هو الحالة الصحية للنساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة ، وأهم الأغراض التي صرحن بها والمتعلقة أساسا بالجهاز التناسلي والإنجابي، وكذا الأمراض المزمنة، حيث أبرزت نتائج المسح أن حوالي 11.3% من أصبن بعدوى عنق

الرحم و8.5% من النساء من صرّحن بمشكل عدوي التحكم بالبول، و6.5% من مشكل هبوط الرحم⁽¹⁾

(Ministère de la santé et de la population et de la réforme des statistiques Ligue des Etats hospitalière, Office National Arabes, 2004, opcit, p.p145-148).

أما عن المشاكل المرتبطة بالدورة الشهرية، فأوضح أن 81% من النساء صرّحن بهذا المشكل خلال الثلاثة أشهر السابقة على المسح. (Ibid, p.150)، وبالنسبة للاعتلال المزمن، فقد وجد حوالي 5.1% من النساء عانين من ارتفاع ضغط الدم متبوعا بـ 3.7% من أمراض المفاصل (Ibid, p.145). وعلاوة على ذلك، تتماشى نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة مع نتائج مسح صحة الأسرة لكل من تونس وسوريا - وهي النتائج الحديثة التي بحوزتنا - وبفوارق طفيفة، حيث تبين من خلال نتائج المسح التونسي لصحة الأسرة لعام 2001، أن الأمراض الأكثر انتشارا تتمثل في داء المفاصل بـ 17.3%، وارتفاع ضغط الدم (5.6%)، كما قدرّت نسبة اعتلال النساء بفقر الدم بحوالي 9.4%. (وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، 2002، ص.149).

كما يبين المسح التونسي أهمّ الأمراض المرتبطة بالصحة الإنجابية، والتي تمّ جمعها عن طريق التشخيص الشفوي من طرف النساء، حيث أضح أن الإفرازات المهبلية جاءت على رأس القائمة بنسبة 28.7%، ثم تليها حرقان عند التبول (20.7%). (نفس المرجع، ص.201).

فيما يخصّ أمراض الجهاز التناسلي الذي تم التعرف عليها عن طريق الفحص الطبّي للنساء، فأوضح وجود حالتين من تقرحات التناسلية، وحالة واحدة من آثار تقرحات متعددة كما اضح أن نسبة 42% من النساء قد أصيبت بإفرازات مهبلية. (نفس المرجع، ص.203).

وقدرّت نسبة الإصابة بالالتهابات المهبلية بـ 25%، و7% من الالتهابات في عنق الرحم والنسبة نفسها من تقرحات الجهاز التناسلي. (نفس المرجع، ص.206). كما اضح من خلال نتائج المسح التونسي لصحة الأسرة أن حوالي 61% من النساء لم تعان من الأمراض خلال فترة المسح.

⁽¹⁾ - أنظر في بداية الفصل أهم المصطلحات العلمية التي تم ترجمتها إلى اللغة العربية، ص. 54.

أما عن نتائج المسح السوري لصحة الأسرة الذي تمّ تنفيذه عام 2001، والمتعلقة بالأمراض التي أصابت النساء المتزوجات أو السابق لهن الزواج ما بين 15-49 سنة من العمر، تأتي على رأسها أمراض المفاصل بـ 4.7%، ثمّ تليها 3.9% من الإصابة بفقر الدم و3% من ارتفاع ضغط الدم، (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، 2002، ص. 144).

وبالإضافة إلى ذلك، تشير نتائج المسح في مجال أمراض الجهاز التناسلي أنّ 5.1% من النساء اللواتي صرّحن بأعراض تدل على هبوط الرحم، و2.4% من أعراض عدم التحكم في البول، وارتفعت النسبة عند النساء اللواتي صرّحن بأعراض الإصابة بالتهاب المجاري البولية بحوالي 8.9%، وتتمركز النسبة عند فئة أعمار 30 سنة فأكثر، وعدد كبير من الأطفال (نفس المرجع، ص. 146).

كما قدّرت الأعراض الدالة على وجود التهابات عنق الرحم⁽¹⁾ بحوالي 7.7%، وتمركزت النسبة عند فئة أعمار ما بين 20-24 سنة (نفس المرجع، ص. 147). وعلاوة على ذلك، أكبر من نصف المستجوبات اللواتي أصبن بهذه الأعراض قد طلبن المشورة، جلهن اتجهن إلى الطبيب، ثمّ يليه القابلة القانونية أو الممرضة، ثمّ الصيدلي وأخيرا الداية، واتضح كذلك بروز دور الأقارب في طلب النصيحة حول كيفية معالجة هذه الأمراض. (نفس المرجع، ص. 149).

فيما يخصّ المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية، تشير نتائج المسح السوري أنّ المشكل الأساسي قد حدد بعدم الانتظام بـ 7.5% ثمّ تليها النزيف الشديد بـ 4.1% (نفس المرجع ص. 150).

ونحاول من خلال الجدول الآتي رقم (5) تلخيص أهم نتائج المسح لصحة الأسرة لكل من الجزائر وتونس وسوريا في مجال الأعراض التي عانين منها.

⁽¹⁾ أنظر في بداية الفصل ترجمة المصطلحات العلمية في ص . 54 .

جدول رقم (5) : نسبة انتشار الأمراض المزمنة وأمراض الجهاز التناسلي عدد النساء من واقع نتائج المسح لصحة الأسرة لكل من الجزائر (2002) وتونس(2001) وسوريا(2001).

الأمراض	الجزائر 2002 (1)	تونس 2001 (2)	سوريا (3)
الأمراض المزمنة:			
- داء المفاصل	3.7	17.3	4.7
- ضغط الدم	5.1	5.6	3
- أمراض القلب	/	2.5	/
- السكري	/	2.7	/
- أمراض الكلى	/	5.3	/
- أمراض الكبد	/	5.9	0.2
- إلتهاب المعدة	3.3	9.4	/
- فقر الدم			3.9
أمراض الجهاز التناسلي والإنتاجي			
- إفرزات مهبلية	/	42	/
- حرش نتيجة الإلتهاب	/	8	/
- حرقة عند التبول	/	13	/
- إلتهاب في عنق الرحم	/	7	7.7
- تقرحات الجهاز التناسلي	/	7	/
- عدوى عنق الرحم	11.3	/	/
- هبوط الرحم	6.5	/	5.1
- عدم التحكم في التبول	8.5	/	2.4
- إلتهاب المجاري البولية	/	/	8.9
- إلتهاب عنق الرحم	/	/	7.7
- مشاكل الدور الشهرية	81	/	/
- عدم الإنتظام	4.8	/	7.5
- النزيف الشديد	5.3	/	4.1

(1) المصدر:

1- Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, office National des statistiques , ligue des Etats Arabes,2004,opcit, pp.144-150.

(2) - وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، مرجع سابق، صص.201-206.

(3) - المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، صص 145-150.

نلاحظ من خلال الجدول المقارن للمسوحات الثلاثة كل من الجزائر وتونس وسوريا أن هناك صعوبة في المقارنة من خلال النتائج المتعلقة بالأمراض المرتبطة بالجهاز التناسلي أو الأمراض المزمنة ويرجع ذلك إلى اختلاف في تصريح الأمراض، بينما نلاحظ من خلال الجدول رقم (5) تقارب نسبة الإصابة بضغط الدم كل من الجزائر وتونس، ومنخفضة قليلا في سوريا، إلتهاب عنق الرحم غير مصرح في نتائج المسح الجزائري، وتتقارب نسبة الإصابة بهذا المشكل الصحي لكل من تونس وسوريا بفارق مقدر بحوالي 0.7 نقطة وعلاوة على ذلك، نلاحظ أن المسح التونسي سلط الضوء على معطيات إحصائية تفصيلية أكثر بكثير مقارنة مع المسح الجزائري والسوري لصحة الأسرة، كما برز التقرير التونسي معطيات حول نسبة أمراض الجهاز التناسلي حسب التشخيص الشفوي للمحوثات والفحص الطبي أيضا.

وعلاوة على ذلك من خلال مقارنة نتائج المسوحات الثلاثة، أن تصريح الأمراض المزمنة تمركزت في المسح التونسي عند فئة أعمار النساء ما بين 15-54 سنة، في حين تمركزت عند أعمار ما بين 15-49 سنة لكل من المسح الجزائري والسوري لصحة الأسرة.

هذا باختصار عن واقع اعتلال النساء في الجزائر ومقارنته مع كل من تونس وسوريا، وعلاوة على ذلك هناك عنصر ثاني الذي يمكن بواسطته إبراز مستوى صحة الأمومة والمتمثل في ظاهرة وفيات الأمهات، وهذا ما سنوضحه في العنصر التالي:

2-2- وفيات الأمهات:

لا يعد الحمل دائما عملية فيزيولوجية، وإنما يمكن أن يؤدي إلى الموت، حيث يمكن للأم أن تلقى حتفها أثناء الحمل أو الولادة أو خلال 42 يوما بعد الوضع نتيجة مضاعفات الحمل أو الولادة أو ارتفاع ضغط الدم، أو نزيف دموي أو غيرها من الأسباب، وهذا ما يطلق عليه اسم وفيات الأمهات حيث تعرف الظاهرة بأنها <<الوفيات التي تحدث أثناء الحمل و الولادة أو خلال 42 يوما من الولادة>> (المجلس العربي للطفولة والتنمية، 2003، ص، 120).

كما اعتبرت ظاهرة وفيات الأمهات بأنها ظلما إجتماعيا⁽¹⁾، وتعرف في البلدان النامية باسم المأساة المهملة، وبالإضافة إلى ذلك، صنفت من بين أنواع العنف واعتبرت هي لأخرى بأنها عنف الولادة⁽²⁾، ويرجع ذلك، إلى أن وفيات الأمهات وإعاقتهم لا تؤدي إلى معاناة إنسانية فقط، وإنما أبعد من ذلك، إلى خسائر للتنمية الإجتماعية والاقتصادية وعليه ظلت تشكل ظاهرة وفيات الأمهات من الأسباب الرئيسية لوفيات النساء في البلدان النامية فبالرغم من سعيها في ترقية صحة الأم والطفل، إلا أنه ما زال ما يقارب 600.000 امرأة تلقى حتفها سنويا في العالم لأسباب متعلقة بالحمل والولادة، وحوالي 15 مليون يقين معوقات مدى الحياة، والصعوبات نفسها ينتج عنها قرابة 3 ملايين طفلا لولادات مينة، ووفاة 3 ملايين أخرى أثناء الأسبوع الأول من الحياة، وأكثر من 98% من هذه الوفيات تتمركز في البلدان النامية.

(Equilibre et population, 2000, n°56, février -mars, p.7) .

ومن خلال مختلف المصادر الإحصائية، نلاحظ تباينا في مستوى وفيات الأمهات في مختلف بلدان العالم، ويرجع ذلك أساسا إلى تباين الأوضاع الاقتصادية والإجتماعية بين دول العالم، حيث هناك بلدانا ينخفض فيها المعدل إلى حد كبير، وبلدانا أخرى يرتفع فيها المعدل حسب تقديرات الأمم المتحدة لاحتمالات التعرض لخطر وفيات السيدات من جراء الحمل والولادة وذلك عام 1995، حيث نجد:

- 1 من كل 6 سيّدة في أفريقيا.

- 1 من كل 65 سيّدة في آسيا.

- 1 من كل 130 سيّدة في أمريكا اللاتينية.

- 1 من كل 1800 سيّدة في الدول المتقدمة.

(جامعة الدول العربية، 2003، رقم 3، مايو، ص.14) .

وحسب إحصائيات وضعية سكان العالم لعام 2003، تشير إلى أنه :

- في بلدان شمال أفريقيا:

⁽¹⁾ - وأعطى لها التعريف التالي: <<La mortalité maternelle, étant une injustice sociale qui transgresse les droits des femmes à des services de santé maternelle de qualité>> (OMS, UNICEF, FNUAP, 1999,p.4)

⁽²⁾ - لقد تم تصنيف العنف إلى أربعة وهو:

عنف الولادة (Violence obstetricale) ، والعنف الديمغرافي (Violence démographique) والعنف الجنسي (Violence sexuelle) ، وعنف التفرقة الجنسية (Violence sexuée). (Des forts, 2003,p.16).

نلاحظ تواجد أصغر معدل وفيات الأمهات في تونس بمقدار 68 لكل 100.000 ولادة حية في المغرب بـ 238 لكل 100.000 ولادة حية وأكبر معدل في السودان بـ 352 لكل 100.000 ولادة حية.

- في بلدان آسيا:

تمركز أصغر معدل وفيات الأمهات في سنغافورة بـ 3 لكل 100.000 ولادة حية، وأكبره في أفغانستان بحوالي 1276 لكل 100.000 ولادة حية.

- في بلدان أوروبا:

نجد أكبر معدل وفيات الأمهات في ألبانيا بـ 73 لكل 100.000 ولادة حية، وأصغره في السويد بمعدل 4 لكل 100.000، والمعدل نفسه يتواجد في النمسا.

- في بلدان أمريكا اللاتينية:

يتواجد أكبر معدل وفيات الأمهات في هايتي بـ 661 لكل 100.000 ولادة حية، وأصغره يتمركز في كل من نيوزيلندا بـ 5 لكل 100.000 ولادة حية، و 7 لكل 100.000 ولادة حية في كل من كندا وأستراليا. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2003، ص ص 70-73).

وبالإضافة إلى ذلك، يشير الجدول رقم (3) في الملحق رقم (2) تطور معدل وفيات الأمهات في بعض البلدان العربية، حيث نلاحظ أن غالبية البلدان العربية قد نجحت هي الأخرى في عملية تخفيض معدل وفيات الأمهات بالمعايير العالمية، وتأتي على رأسها الكويت، المملكة العربية السعودية، والأردن، حيث قدر المعدل بـ 7 لكل 100.000 ولادة حية، 23 لكل 100.000 ولادة حية و 41 لكل 100.000 ولادة حية على الترتيب. في حين لا تزال ظاهرة وفيات الأمهات مرتفعة في العديد من البلدان العربية وعلى رأسها تأتي في القائمة الصومال بمعدل 685 لكل 100.000 ولادة حية، ويليها اليمن بـ 488 لكل 100.000 ولادة حية، والسودان بمعدل 352 لكل 100.000 ولادة حية.

لا يسعنا ونحن بصدد تسليط الضوء على واقع معدل الأمهات في بعض بلدان العالم، أن نشير إلى نسبة الولادة تحت إشراف مساعد طبي والتي تقدر بحوالي 53% في

البلدان النامية وهي صورة تعكس لنا تفاقم ظاهرة معدل وفيات الأمهات في تلك البلدان وتُتضح في هذا المجال، وحسب الدراسات والتوقعات، أنه لو تقوم دول العالم بتلبية الحاجات غير ملبأة في مجال استخدام وسائل منع الحمل، فإنه سوف تتمكن من الوصول إلى خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 20% أو أكثر⁽¹⁾ (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2001، ص. 11)، حيث تشير الإحصائيات إلى أنه ما يقارب 350 مليون امرأة لا يملكن خيار استخدام وسائل مأمونة وفعالة لمنع الحمل، وما يقارب 120 مليون امرأة على الأقل تريد استخدام وسائل تنظيم الأسرة، لكنهن يفتقرن من استخدام ذلك. (نفس المرجع، ص. 11). وينجر عن ذلك أحمال غير مرغوبة فيها بسبب التوزيع الغير كافي لوسائل منع الحمل.

وأمام هذه الوضعية الحساسة جدا، يحاول كل من البنك العالمي، ومنظمة الأمم المتحدة للسكان، وكذا المنظمة العالمية للصحة، تطوير مفهوم " الأمومة بدون خطر" أو " الأمومة المأمونة"، عن طريق إعطاء كل امرأة الحرية الكاملة في أخذ القرار المتعلق بالإنجاب وتوفير لها كل المعلومات اللازمة، ووضع تحت تصرفها كل الخدمات الصحية ذات الجودة العالية.

(Equilibre et population, 2000 n°56, février – Mars, opcit ,p.7).

وتتمثل هذه الخدمات الصحية في السعي إلى توفير مراكز صحية تقوم برعاية ومتابعة الأحمال والولادة وما بعدها (النفاس)، وبالخصوص في الحالات الإستعجالية، وبالإضافة إلى ذلك محاولة مواجهة كل سبب من أسباب وفيات الأمهات – والذي سوف

¹¹ - لقد قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام 2001 المساعدة إلى 141 بلد نام، ويعد هذا الصندوق من أكبر المساعدين في مجال الصحة الإنجابية ولوازمها، يحاول بدوره تحقيق أهم أهداف مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية لعام 1994، والمتمثل أساسا في: << إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإنجابية بحلول سنة 2015 >>.

كما يشير في هذا الشأن الأمين العام للأمم المتحدة في تصريحه أنه: << نتظرنا تحديات كثيرة في الجهد الرامي إلى تحقيق ما دعا إليه زعماء العالم في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، وهو تحقيق إمكانية حصول الجميع على رعاية الصحة الإنجابية بحلول سنة 2015. ولدنيا ما يلزم من رؤية وأدوات، ودراسة فنية لتحقيق هذه الخطوة الحاسمة نحو الحد من الفقر على نطاق العالم وبلوغ غايات الأمم المتحدة الإنمائية للألفية من قبيل الحد من الوفيات النفاسية، وفيات الرضع والأطفال وزيادة التعليم، وتمكين المرأة، ووقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) >>. (صندوق الأمم المتحدة، 2001، مرجع سابق، ص. 3).

يتم التفصيل فيه لاحقا- أو مشكل صحي قد تواجهه المرأة أثناء فترة الحمل والولادة وما بعدها، ومحاولة مقاومته عن طريق توفير الوسائل الوقائية والعلاجية، والتشخيص المبكر، وكذا الرعاية المستمرة والمنتظمة للحمل أثناءه وبعده، وبالخصوص إذا أدركنا أن كل حالة وفاة لا تعتبر مأساة للمرأة بحد ذاتها فقط، وإنما تنجر عنها أيضا نتائج وخيمة على مستوى الأسرة والمجتمع على حد سواء.

وفي ظل هذه المعطيات الإحصائية، ما هو واقع الجزائر من ظاهرة وفيات الأمهات؟.

وفيات الأمهات في الجزائر :

عرفت الجزائر تطورا ملحوظا في عملية انخفاض معدل وفيات الأمهات حيث قدر المعدل في سنة 1975 بحوالي 300 لكل 100.000 ولادة حية، ثم انتقل المعدل سنة 1979 إلى حوالي 225 حالة وفاة لكل 100.000، وواصل في الإنخفاض إلى أن وصل سنة 1992 إلى 215 لكل 100.000 ولادة حية (Bouchikhi, 1999, p.36). وحسب التصريحات كان من الممكن إنقاذ معظم هذه الوفيات وذلك عن طريق الرعاية الطبية المستمرة أثناء الحمل والولادة وبعدها، وتوفير خدمات الرعاية الطبية الطارئة أثناء عملية الولادة نفسها.

إن القضاء على هذه الظاهرة، والسعي إلى الحصول على أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية، هي بمثابة أحجار الزاوية في السياسات السكانية، وما تحتويه من برامج وطنية، ولتدعيم ذلك قام المعهد الوطني للصحة العمومية بمساهمة مختلف القطاعات الصحية، وكذا الديوان الوطني للإحصاء، وقطاع الحالة المدنية بمسح شامل لكل النساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة من العمر، اللواتي توفين خلال سنة 1999، حيث قدر المعدل بحوالي 117 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية⁽²⁾ (Ministère de la santé et de la population, 1998, opcit.p.13).

⁽¹⁾ - وهي السنة التي تم فيها تنفيذ المسح الجزائري لصحة الأم والطفل الذي أنجز في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة من قبل جامعة الدول العربية بالتعاون مع عدة مؤسسات عربية ودولية.

⁽²⁾ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلى ص. 24 .

وفي ظل هذه المعطيات، يمكن ترتيب الجزائر من بين البلدان ذات المستوى الوسيطي ويتراوح مستوى معدل وفيات الأمهات ما بين 5 و 1500 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية في العالم

(Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, 2002, p.17).

وبالرغم من الانخفاض المحسوس لمعدل وفيات الأمهات في الجزائر وما أحرزته من تقدم في هذا المجال إلا أنه لا تزال أعداد كبيرة من النساء يلقين حتفهن في بعض مناطق الجزائر وبمعدلات متباينة، حيث قدر المعدل في منطقة الوسط بحوالي 50 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية، ويرتفع المعدل في منطقة الجنوب والذي حدد بحوالي 200 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية (Ibid, p.17). وبهذه الوضعية تعمل الجزائر على تحسين خدمات الصحة الإيجابية، وتحاول تخفيض هذا المعدل بنسبة 25% في سنة 2005، وبالنصف في سنة 2010⁽¹⁾.

وبالإضافة إلى ذلك، وصلت الجزائر إلى تحسين نسبة الولادات التي تمت في منشآت صحية حيث قدرت النسبة بحوالي 80.3% من الولادات تمت في المستشفى مقابل 8.8% في المنزل وذلك سنة 2002.

(Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, office National des statistiques, ligue des Etats Arabes,2004, opcit ,p.85).

وبهذا التحسن، صنفت الجزائر من بين الدول ذات نسبة عالية من الولادات التي تتم في المنشآت الصحية.(المجلس العربي للطفولة والتنمية مرجع سابق،ص.123). ويعود هذا التحسن أساسا إلى توفير شبكة الهياكل القاعدية، والموارد البشرية وهذا ما سنعرضه بالتفصيل لاحقا.

وبالنظر إلى نسبة الولادات التي تتم في الأوساط المسعفة طبيا وفي المنشآت الصحية في البلدان العربية نلاحظ من خلال الجدول رقم (4) في الملحق رقم (2) تباينا في النسب حيث تتركز أصغر نسبة في السودان بـ 13.6% وذلك عام 1999 ، ثم تأتي اليمن بـ 16% عام 1997، وأكبر نسبة تتواجد في الإمارات بـ 99% وذلك عام

⁽¹⁾ -و يمكن إرجاع ذلك إلى انعدام الأطباء المختصين في أمراض النساء و التوليد في بعض ولايات الجزائر. من أجل تفاصيل أكثر، ارجع إلى ص. 127 .

2000، والقطر 99.97% عام 2001. ويمكن تقسيم الدول العربية إلى ثلاثة مجموعات طبقاً لهذا المؤشر:

>>1- دول ذات نسب عالية وتشمل: الكويت، وقطر والإمارات والبحرين وعمان وفلسطين والأردن والجزائر وتونس ولبنان.

2- دول ذات نسب متوسطة وتشمل سوريا ومصر.

3- دول ذات نسب منخفضة وتشمل: السودان واليمن<>. (نفس المرجع، ص.120).

أما عن أسباب وفيات الأمهات في الجزائر⁽¹⁾، فالبرغم من تنفيذ مسوحات عديدة في مجال صحة الأم والطفل، إلا أنه سجل نقص كبير في إبراز الأسباب الناجمة عن وفاة العديد من النساء أثناء الحمل أو الولادة أو خلال 42 يوم بعد الولادة، والتحقق الوحيد الذي سلط الضوء على أسباب وفيات الأمهات هو تحقيق وفيات الأمهات لعام 1999، والذي من خلاله - كما سلف الذكر - قدر المعدل بحوالي 117 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية، وأُضح أن 71.1% من الوفيات ناجمة عن أسباب توليدية، والسبب الأكثر انتشاراً هو النزيف التناسلي بنسبة 16.6%، يليه صعوبات في ارتفاع ضغط الدم بـ 18.4%، وتسمم الدم النفاسي 14.1%، والصعوبة في الولادة بـ 12.2%.

(Ministère de la santé , de la population institut national de la santé publique, 2001 A, opcit p.40).

وتمثلت الأسباب غير التوليدية بنسبة 28.9% من حالات الوفيات، 13% من حالة وفاة ناتجة عن أمراض القلب وأمراض أخرى.

كما بين التحقيق أن 59 حالة وفاة (حوالي 8.5%) لم يتم العثور على سبب الوفاة

(Ibid, p.31).

وعلاوة على ذلك أضح من خلال نتائج التحقيق أن الأغلبية الساحقة لحالات وفيات الأمهات قد تمت خلال فترة 42 يوم بعد الولادة بنسبة مفضرة بـ 66.4%، متبوعة

بـ 17.5% من حالة وفيات تمت أثناء الحمل، 10.6% منها قد حدثت أثناء الولادة، كما قدرت نسبة الوفيات التي حدثت خلال الـ 42 يوماً تبعا لعملية الإجهاض بـ 5.5%⁽²⁾

(Ibid, p.32).

⁽¹⁾ - إرجع إلى المصطلحات العلمية المترجمة من الفرنسية إلى العربية في ص. 54

⁽²⁾ - من أجل تفاصيل أكثر إرجع إلى الجدول رقم (5) في الملحق رقم (2) الذي يوضح أسباب وفيات الأمهات في الجزائر حسب تحقيق 1999 لوفيات الأمهات.

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض أسباب وفيات الأمهات في الجزائر أن نشير في العالم حيث ألتضح أنها تقريبا متشابهة، فحوالي 80% من حالة الوفيات تنجم عن أسباب مباشرة كصعوبة في التوليد عند حالة الحمل، وربع حالات الوفيات تنجم عن نزيف الولادة التي تأتي عقب الولادة، ونجد أيضا العدوى النفاسية التي تنجم غالبا عن نقص النظافة أثناء الولادة وكذلك ارتفاع ضغط دم خطير حيث يمثل حوالي 13% من حالات الوفاة، وحوالي 20% من وفيات الأمهات ناجمة عن أسباب غير مباشرة وأبرزها الأنيميا⁽¹⁾ (Commission de la Population et du Développement, 1998, p.7) وفي ظل هذه المعطيات، نستخلص أن ظاهرة وفيات الأمهات هي بحاجة ماسة إلى الإلتفاتة إليها أكثر، إذ تبقى ظاهرة مجهولة في تحليلاتها وتوقعاتها بسبب غياب المعطيات الخاصة بها، فهي قليلة من حيث الدراسات والأبحاث ولذا فهي بحاجة ماسة إلى جهود علمية، وتنموية منها:

>>1- تنظيم تسجيل الوفيات عموما ووفيات الأمهات تحديدا.

2- إجراء مسح كمية، ودراسات كيفية للتعلم في العوامل الإجتماعية والإقتصادية والأساليب العلاجية الطبية حتى يكون بالإمكان صياغة برامج وقائية - ومن ضمنها البحث والتنمية- وإعلامية للأمهات قبل وأثناء وبعد الولادة، مع الإهتمام الجدي بكل ما يتعلق بالصحة الإنجابية للذكور والإناث وفي مراحل تنشئتهم المبكرة التي تسمح بهذا، وإتاحة المعارف والأساليب المختلفة التي تمكنهم من تشكيل مواقف إيجابية ذات تأثير في صحة الأم وما نتعرض له من مخاطر<< (جامعة الدول العربية، 2003، رقم 3، مايو، مرجع سابق، ص.6).

وبالإضافة إلى ما سبق إيرازه من خلال واقع صحة الأمومة التي تم قياسها بمؤشر معدل وفيات الأمهات، هناك مؤشر آخر يعكس بدوره مستوى الرعاية الصحية والاجتماعية المقدمة للأم خلال الحمل وأثناء عملية الوضع وبعدها، كما يعكس أيضا حياة الجنين في البيئة الرحمية والتي تتأثر مباشرة بصحة الأم وتغذيتها ووضعها الإجتماعي

⁽¹⁾ - من الأنيميا أنواع مختلفة، والذي يهمنا هو النوع الذي يتسبب في نقص مادة الحديد في الغذاء وهو أكثر أنواع الأنيميا انتشارا، ويسمى أنيميا نقص الحديد، ويقاس بكمية الهيموغلوبين في الدم.

والاقتصادي والمتمثل في معدل الوفيات المخاضية ووفيات المواليد الجدد، وهذا ما سيتم توضيحه في العنصر الآتي:

2-3- الوفيات المخاضية ووفيات المواليد الجدد: Mortalité Périnatale

تسمى الوفيات المخاضية⁽¹⁾ أو الوفيات ما حول الولادة، تعد من أصعب الظواهر قياسا ومن أهم مشاكل الصحة العمومية، إذ تعاني من محدودية المعلومات ومصادر البيانات والإحصائيات فيها قليلة، إن لم نقل منعدمة، وبالخصوص في البلدان النامية، والدراسات حولها تتصف بالندرة، ويرجع ذلك إلى النقص في عملية تسجيل حالات الوفيات ما حول الولادة وإلى قصور الوعي بأهميتها من طرف سواء أعوان الصحة، أو واضعي السياسات الصحية أو الباحثين.

تمثل صعوبات الحمل والولادة - كما سلف الذكر - من الأسباب الرئيسية لوفيات وإعاقة الأمهات في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة، وجل هذه الوفيات تتمركز في البلدان النامية وتشير الإحصائيات أنه ما يقارب 50 مليون امرأة تعاني من صعوبات مرتبطة بالحمل .

سببت هذه الأخيرة بالإصابة بالأمراض والإعاقات على المدى الطويل، كما يحدث حوالي 8 ملايين من حالة وفيات ما حول الولادة سنويا .

(Benamor & kleeman, opcit, p.4).

ويرجع السبب الرئيسي لحالات وفيات ما حول الولادة إلى الإختناق داخل الرحم أو أثناء الولادة، إلى انخفاض الوزن عند الولادة (إما بسبب عدم اكتمال نضج الجنين أو سوء تغذيته داخل الرحم)، وإلى العدوى داخل الرحم أو عدوى المواليد. (منظمة الصحة

⁽¹⁾ - >> وهي الوفيات التي يضاف إليها المواليد الأموات، ووفيات المواليد في الأيام القليلة الأولى من حياتهم، وهي التي ترجع إلى أسباب داخلية وتكوينية>> (د. الشافعي ود. الباقي، مرجع سابق، ص.61). وتحدث هذه الوفيات من فترة الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل إلى نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة حيث تتداخل مع فترة الولادة الحديثة، ويتم تحديد هذه الظاهرة أساسا بحالة المرأة الحامل وظروف الولادة أكثر مما تحددتها حالة الطفل نفسه، كما ترتبط ظاهرة الوفيات ما حول الولادة بمحيط الجنين في الرحم (أي أنها تتعلق مباشرة بصحة الأم) وبأحداث تقع أثناء الولادة أو بعدها مباشرة. (منظمة الصحة العالمية، مؤسسة للأمم المتحدة لرعاية الطفولة، 1988، ص.10).

العالمية، 1988 ص.11)، كما أن لهذه الأسباب علاقة بمدى رعاية الأمومة التي يفضلها يمكن التوصل إلى إنقاذ حياة الطفل ووقايته.

• فيما يخص وفيات المواليد الجدد⁽¹⁾ وتسمى بوفيات الأطفال خلال الشهر الأول من العمر (Mortalité Néonatale) الذي يرتبط بفترة الحمل وظروف الولادة، وتعتبر هي الأخرى من أهم المؤشرات الديمغرافية والصحية التي تعكس واقع الرعاية الصحية التي تتلقاها الأم والجنين قبل وأثناء وبعد الولادة، كما ترجع أسباب وفيات المواليد الجدد إلى انخفاض الوزن عند الولادة والعدوى وعواقب رضوض الولادة⁽²⁾، وإلى كزاز الوليد، حيث ترتبط هذه المشكلة مباشرة بممارسات التوليد غير الصحية، وفي هذا الصدد تمكنت الجزائر من تطبيق قواعد صحية دقيقة أثناء عملية التوليد بما فيها طريقة التعامل مع الحبل السري، وربط سرّة الطفل، فحسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأم والطفل لعام 1992، أنه ما يقارب 1166 من الولادات التي تمت خارج المؤسسات الطبية مقابل 4019 من الولادات التي تمت في المؤسسة الطبية و76% من الولادات التي تمت خارج المؤسسات الطبية، أين يتم قطع الحبل السري للطفل عن طريق الموس أو المشرط، و12% قد تم ذلك عن طريق المقص، وتمركزت طريقة الموس عند الأمهات غير متعلمات، واللواتي تقطن في المناطق الريفية. (وزارة الصحة والسكان الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق، ص.183).

وتشير نتائج الدراسة إلى أن 60% من الولادات التي تمت في المنزل قد استعملت مركبات وضمادات تقليدية من أجل ربط السرة، مقابل 8% من الولادات استخدمت ضمادات معقمة من أجل ربط السرة (نفس المرجع، ص.184).

¹¹ - >> تمثل وفيات المواليد الجدد الذين يموتون قبل وصولهم إلى سن معين، يحدد عادة بأربعة أسابيع أو شهر، ويعبر عنها كمعدل لكل 1000 من المواليد أحياء>> (نفس المرجع، ص.7).

¹² - >> وكثيرا ما تتعلق عدوى (أخماج) المواليد بالممارسات غير الصحية للتوليد أو قد تنتج بين تلوث المسائل الأمينوسي أو الحبل السري عقب ولادة مطولة، ويمكن لهذه العدوى أن تسبب الإلتهاب الرئوي أو الأنتان العام في التوليد>> (نفس المرجع، ص.12).

>> أما الوفيات التي تسببها رضوض الولادة، كثيرا ما تكون نتيجة لاستئالة الولادة بسبب عوامل مثل الإنقباضات الرحمية غير الكافية أو غير الفعالة، أو عدم التناسب بين الجنين والحوض أو شدوذ وضع الجنين أو انفصال المشيمة>>

(نفس المرجع، ص.12).

ولالإشارة، صنفت الجزائر من بين البلدان ذات معدل وفيات مواليد الجدد مرتفعا

حيث يقدر بحوالي 22% ، وتم تصنيف هذه الظاهرة إلى ثلاثة مستويات وهي:

1- وفيات مواليد جدد عالية، نجد اليمن 34.7% ، السودان 31% ، الجزائر 22.1% لبنان 20.3%.

2- وفيات مواليد جدد متوسط: فلسطين 14.6% ، الأردن 14.4% ، عمان 11.5% مصر 10.5%.

3- وفيات مواليد جدد منخفضة: نجد كل من قطر 5.1% ، البحرين 5.2% ، الإمارات 5.6% ، الكويت 6.1% ، مع مراعاة ظروف الإسناد الزمني والتي تتراوح ما بين عام 1995، 1996، 1999، 2000، 2001⁽¹⁾ .

وفي ظل هذه المعطيات التي تحتاج المزيد من الإهتمام والإدراك لأهمية تواجدها بالرغم من قلّتها إلا أنّها بينت أنه لا تزال إلى حد الساعة وفيات ما حول الولادة، ووفيات المواليد الجدد مرتفعة، مما يستدعي المزيد من الإهتمام لأنّ السعي إلى خفض هاتين الظاهرتين، سوف يؤدي حتما إلى خفض عدد كبير من النساء اللاتي يلقين حتقهن نتيجة الحمل والولادة وما بعدها، وتكون استراتيجية خفض وفيات ما حول الولادة ووفيات المواليد الجدد عن طريق الرعاية الصحية الأولية، والتي يمكن تحديدها في النقاط التالية:

- الوقاية من كزاز الوليد.

- تطعيم النساء الحوامل.

- تحسين رعاية التوليد بما فيها تدريب المساعدات المولّدات.

- رفع مستوى نظم المعلومات، وتنقيف الأمّهات الحوامل بشأن التغذية الجيدة أثناء الحمل وأهمية الإرضاع المبكر من الثدي وتنظيم الأسرة ومساند أخرى تدخل في احتياجاتهن في مجال صحة الأمومة.

- إشتراك المجتمع والأسرة في رعاية ما حول الولادة ورعاية المواليد، إذ تعد من أهمّ الإستراتيجيات التي تحصى بها الجزائر وغيرها من البلدان التي تعاني من هذا المشكل الصحي العمومي.

تعد الأسرة من أهمّ المؤسسات التي تحمي الأمومة، من الحمل إلى الولادة وما بعدها تقوم برعاية الطفلة ابتداء من الولادة، الحضانه، الطفولة، البلوغ، المراهقة، الزواج

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر، إرجع إلى الجدول رقم 6 الملحق رقم (2).

الإنجاب وسن اليأس، إذ لا تعتبر كل هذه الأحداث فيزيولوجية بحتة، وإنما أبعد من ذلك، حيث ترتبط كثيراً بالجانب الاجتماعي والنفسي والإقتصادي، فالتعايش والتعرف على هذه المراحل العمرية المختلفة، تختلف من مجتمع إلى مجتمع، ومن أسرة إلى أسرة، ومن ثقافة إلى ثقافة ويمكن هنا في دور الأسرة في عملية تحضير البنت بدورها الأمومي، وهذا ما سيتم التعرض إليه بالتفصيل من خلال تطرقنا إلى العنصر الآتي:

3- دور الأسرة في إعداد البنت للأومومة:

إن المرأة التي نحن بصدد دراستها في موقع الأم، هي في حقيقة الأمر بنت البارحة حيث تم تنشئتها، وتربيتها، كما تم تكوين شخصيتها منذ طفولتها، حيث بدأ هذا التكوين في نسق الأسرة⁽¹⁾، التي تعد النواة أو الخلية الأولى في المجتمع، والمستقبل الأولى للفرد، والبيئة الأولى التي يتعلم فيها الطفل بصفة عامة والطفلة بالخصوص كل السلوكات والعادات والتقاليد، وبالتالي تعد من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية⁽²⁾ للطفل باعتبارها عملية تعلم وتعليم وتربية، ومن أهم مظاهر هذا التعلم هو تقمص الطفل لشخصية أبيه، وتقمص الطفلة لشخصية أمها، كما يقول المثل المصري في هذا الشأن: ﴿كفي القدرة على فمها، تطلع البنت لأمها﴾ (د. رمزي وآخرون، 1980، ص.20)، حيث تحاول الطفلة اكتساب شخصية أمها في كيفية مواجهة الأمور المنزلية، والتربوية، تحث أكثر بأمها، فهي المربية والمعلمة بالإضافة إلى دور الأب في ذلك.

تبدأ الطفلة معرفة كل ما يحيط بها من أشياء حيث تبدأ التعرف على ما هو صواب، وما هو خطأ، تنمو وتزداد علاقاتها الاجتماعية، تنتقل هذه الطفلة إلى مرحلة المراهقة والبلوغ وهي مرحلة صعبة، حيث تصادف العديد من التحولات الفيزيائية والفيسيولوجية،

(1) - تعتبر الأسرة حسب كونت هي >> الخلية الأولى في جسم المجتمع والنقطة التي يبدأ منها التطور، ويمكن مقارنتها في طبيعتها ومركزها بالخلية الحية في المركب البيولوجي (جسم الكائن الحي) <<. (زيدان، 1979، ص.2).

(2) - أنظر تعريف مفهوم التنشئة الاجتماعية في ص. 14

وفي هذه المرحلة يتم تلقين الطفلة بكل الأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية - باعتبارها أم الغد⁽¹⁾ - وهذا حسب ما جاء في التعريف وهي: >> عملية مستمرة تهدف بصفة عامة رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للإناث قبل وأثناء وبعد حدوث الحمل، و تبدأ أثناء فترة المراهقة للفتيات<<⁽²⁾. (د. راضي وآخرون، بدون سنة، ص.70).

تحتاج الطفلة في هذه المرحلة أن تكون بدراية حول كل التغيرات الجسمانية، والنفسية والاجتماعية، والدراية بكل وظائف الجهاز التناسلي، الدراية على فيزيولوجية الإنجاب، التعرف على العادات الصحية السليمة في مواجهة الحيض، والحمل، الولادة والنفاس، والتغذية السليمة منذ الصغر، الدراية بكل الأمراض التي تصيب الإنسان ومحاولة تجنبها أو الوقاية منها، وكل هذه المعارف من حقها التعرف عليها وهي طفلة، ومراهقة ويدخل ذلك في إطار ما يسمى بالتربية الأسرية باعتبارها هي: >> عملية تربية تهدف إلى مساعدة الناشئة في نموهم الجسدي والاجتماعي والإنفعالي والأخلاقي، وتهتم التربية الأسرية بتهيئة الشباب من الجنسين لبلوغ سن الرشد والزواج والوالدية والتقدم في السن على إقامة علاقات إجتماعية في الإطار الإجتماعي الثقافي في الأسرة والمجتمع. (نفس المرجع ص.154).

وعليه نرى أنه من حق الطفلة المراهقة أن تمر بمراهقة بسلام، ويهيئ لها أفضل القرص لتكوينها الجسدي، العقلي والنفسي، فالإهتمام بحياتها منذ صغرها وحتى منذ ولادتها وتتبعها كل الرعاية الصحية الإنجابية⁽³⁾، لسوف يؤثر من دون شك عليها مستقبلا تأثيرا إيجابيا، حيث تكون قابلة ومستعدة للزواج، والإنجاب، والحمل بدون خطر، وبالإضافة إلى ذلك تتمكن من دون شك في المشاركة في المسؤوليات الأسرية والتنمية في أي مكان وزمان وجدت فيه.

وعليه تعتبر الأسرة الوحدة الإجتماعية الأولى التي تنشأ فيها الطفلة اجتماعيا وصحيا، وهي المسؤولة الأولى في تكوين وتربية الطفلة.

(1) - ولو أن المرأة حاليا، تعددت أدوارها، حيث لم يعد يقتصر دورها على الإنجاب واجتيازها مرحلة الأمومة، وإنما أبعد من ذلك، وهو دورها خارج النسق الأسري، فهي تبحث عن قيمة جديدة تكتسبها وهي تدعيم وضعها الاجتماعي وهذا عن طريق خروجها إلى العمل، ومشاركتها في التنمية باعتبارها صانعة المجتمع.

(2) - إرجع إلى تعريف مفهوم الصحة الإنجابية في ص. 8 .

(3) - إرجع إلى تعريف مفهوم الرعاية الصحية الإنجابية.. ص. 11 .

وبالإضافة إلى البيئة الأسرية التي تتلقن فيها الطفلة، وتكتسب فيها ثقافة معينة، من عادات ومهارات وقيم، واتجاهات، هناك بيئة ثانية، أو مؤسسة ثانية التي أنشأها المجتمع لمباشرة عملية التنشئة الاجتماعية، تتمثل في المدرسة، وهذا ما سنبرزه في العنصر الآتي:

4- دور المدرسة في إعداد البنت للأومومة:

كما سبق وأن اشرنا إليه، فإن الأسرة هي أول من يهدف إلى الحفاظ على صحة أفرادها، وفي مقدمتها الأم، فهي المربية والمعلمة والمدربة لطفلتها وهي التي تهيئها لكي تصبح بنتاً فزوجة فأماً، فالإهتمام إذن يبدأ بالطفلة منذ الولادة، وتقتصر في الوسط الأسري ثم تأتي مسؤولية المدرسة وكل ما يحتويه من برامجها، فهي المؤسسة الاجتماعية الثانية التي تقوم بالإشراف على حماية التنشئة الاجتماعية والمكونة الثانية لشخصية الطفل، وهي تعد حسب التعريف: << المنشأة الاجتماعية التي صنعها المجتمع لنقل تراثه الثقافي والاجتماعي والعلمي إلى الأجيال المقبلة >> (صالح، 1972، ص 268).

وبهذا التعريف، تؤدي المدرسة دوراً كبيراً في التنشئة الاجتماعية للفتاة، وفي عملية تلقين الفتاة أم الغد كل المفاهيم والأساليب والاتجاهات السليمة حول العناية بجسمها، بصحتها حول الحماية من الأمراض والمخاطر وكل الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي، تكوينه ووظائفه، ومختلف الأطوار التي تمر بها المرأة من الطفولة مرورا بالمرحلة وما بعدها.

وبفضل المدرسة تتمكن الطفلة والمرافقة من فهم كل ما يحيط بها، وذلك بأساليب ومفاهيم بسيطة حسب مراحل أطوار التعليم، وتدخل هذه المعارف ضمن ما يسمى بالتربية الصحية، حيث يكمن تعريفها في أن:

<< يجري تثقيف الفتيات صحياً أثناء تعليمهم في المدارس والجامعات، فيتعلمن الصحة الشخصية ومعلومات عن الجهاز التناسلي في الأنثى، وظائف أعضائه، وأخطار الأمراض المنقولة جنسياً، وأهمية رعاية الحامل وأسس رعاية الطفل >>. (د. راضي وآخرون، مرجع سابق ص. 72).

ويأتي هنا دور المعلمين في تمكينهم من أداء مهامهم، وذلك بتبليغ الرسالة العلمية التي تدخل ضمن إعداد برامج تعليمية لذلك، وهذا في مختلف أطوار التعليم.

ومن أهم النفاذ التي تقوم عليها التربية الصحيّة في المحيط المدرسي والتي تدخل ضمن البرامج التعليمية هي:

- تعزيز الصحة الإيجابية بما فيها صحة الأمومة.
 - الحرص على حقّ الطفلة أمّ الغد، ومستقبل البلاد بتنشئتها وتربيتها وتلقينها كلّ المعلومات والمعارف، والخدمات الصحيّة في مختلف المراحل العمرية.
 - الاهتمام بالتعليم والتثقيف الصحيّ.
 - وعليه، لا تقتصر مهمّة المدرسة على عملية التعليم والقراءة والكتابة والحساب، وإنما أبعد من ذلك، وهي تغيير سلوكيات واتجاهات تلاميذها وتعليمهم التفكير الصحيح.
 - ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض هذا العنصر، أن نشير إلى دراسة تحت عنوان:
<< ثقافة الأمومة في مناهج التعليم الثانوي للبنات في المملكة العربية السعودية >> (إبراهيم) من خلالها التعرف على مدى اهتمام مناهج التعليم للبنات في المرحلة الثانوية بموضوع ثقافة الأمومة، وهذا من خلال الإجابة على الأسئلة التالية:
 - << 1- ما المجالات والموضوعات اللازمة لثقافة الأمومة التي ينبغي أن تتضمنها مناهج التعليم الثانوي للبنات ؟
 - 2- ما مدى أهميّة كل مجال وموضوع من المجالات ، والموضوعات المقترحة لثقافة الأمومة ؟
 - 3- ما المجالات والموضوعات ذات الصلة بالعلوم التطبيقية (أحياء، فيزياء، كيمياء) اللازمة لثقافة الأمومة والتي ينبغي أن تضمنها مناهج العلوم التطبيقية في مرحلة التعليم الثانوي للبنات ؟
 - 4- ما مجالات و موضوعات ثقافة الأمومة التي تناولتها كتب العلوم التطبيقية بالمرحلة الثانوية للبنات ؟ >> (د.شهادة ود.مطوع، 2003 ، ص.7). ولتزمّت الدراسة بالالتفاتة إلى دراسة كتب العلوم التطبيقية(أحياء، فيزياء، كيمياء)، وتحليلها في مجال ثقافة الأمومة وذلك عند الصفوف الثلاثة بالمرحلة الثانوية للبنات (الأول، الثاني، الثالث) بالمملكة العربية السعودية في عامي (2001-2002). (نفس المرجع، ص.13).
- كما قامت الدراسة بفحص مجموعة من الكتب والمراجع والدراسات المتعلقة بالأمومة والطفولة بما فيها كتب علم النفس والدين، وحاولت كذلك مقابلة خبراء وخبيرات التربية وعلم النفس وعلماء الدين وذلك عن طريق إعداد قائمة بالمجالات والموضوعات

المتعلقة بثقافة الأومومة، وثم عرضها في صورة استبيان لهذه المجموعة من المختصين لمعرفة آرائهم واقتراحاتهم حولها، ومحاولة تعديله وإعطائها صورتها النهائية.

أهم نتائج الدراسة:

جاءت الإجابة على السؤال الأول وهو:

>> ما المجالات والموضوعات اللازمة لثقافة الأومومة التي ينبغي أن تتضمنها مناهج التعليم الثانوية للبنات؟<<، ما يقارب 94.6% اختارت المجال الديني والذي رتب في المرتبة الأولى، في حين جاء المجال الصحي في المرتبة الثامنة بنسبة 87.4% (نفس المرجع، ص.20). ويبرز الجدول رقم (7) في الملحق رقم (2) مجالات ثقافة الأومومة مرتبة وفقاً للنسب المئوية من حيث أهميتها في ضوء استجابات العينة، ويكون بالتالي قد تم الإجابة على السؤال الثاني من الدراسة. وللإجابة على السؤال الثالث المتعلق بتحديد مدى أهمية المجالات والموضوعات ذات العلاقة بالعلوم التطبيقية، اتضح من خلال نتائج الدراسة، أن مجالات كل من التغذية والصحة والمجال العلمي والتقني هي أكثر المجالات علاقة بمناهج العلوم التطبيقية. (نفس المرجع، ص.20).

فيما يتعلق بتحديد مجالات وموضوعات ثقافة الأومومة التي جاءت في كتب العلوم التطبيقية في المرحلة الثانوية للبنات- وهو السؤال الرابع- اتضح أن مستوى معالجة الموضوعات الواردة في الكتب متدنية، 47.6% من المواضيع تمركزت حول المجال العلمي والتقني، ثم تليها 39.2% في المجال الصحي، وهو دليل آخر لتدني مستوى معالجة هذا المجال في طور التعليم، وأصغر نسبة تمركزت في تناول موضوع التغذية في الكتب وهي 14.3% (نفس المرجع، ص.21).

كما اتضح من خلال نتائج الدراسة، قلة تناول المواضيع المتعلقة بثقافة الأومومة في كتب العلوم التطبيقية في الطور الثانوي للبنات.

جاءت الدراسة بالتوصيات التالية أهمها:

>>1- ضرورة مراعاة القائمين على تطور مناهج المرحلة الثانوية، للبنات المتطلبات العامة لثقافة الأومومة التي تم تحديدها في الدراسة الحالية.

2- تضمين الموضوعات والمفاهيم العلمية الوظيفية اللازمة للتثقيف العلمي للطالبات بما يفيدهن في حياتهن الأسرية الحالية والمستقبلية.

3- ضرورة مسايرة مناهج العلوم للطالبات في المرحلة الثانوية للمتغيرات التقنية الحديثة التي يشهدها العصر، بما يبسر مسابرتهن لعصر الثورة العلمية والتكنولوجية في إطار المعايير والقيم الخاصة بالمجتمع المسلم.

4- ضرورة الإهتمام بتضمين مفاهيم وموضوعات ومجالات الثقافة العلمية للأمم لطالبات القسم الأدبي بالمرحلة الثانوية.

5- الإهتمام بتطوير برامج إعداد المعلمات عامة ومعلمات العلوم بخاصة في كليات التربية للبنات للوفاء بمتطلبات ثقافة الأمم للإسهام في إعداد معلمات مسلمات عصريات قادرات على تحقيق أهداف ثقافة الأمم من خلال المناهج والكتب التي ستناط إليهن مسؤولية تدريسها.

6- تطوير برامج تدريب المعلمات في أثناء الخدمة لاكتسابهن المعلومات والإتجاهات والمهارات التي تساعدن على الوفاء بمتطلبات التنقيف الأمومي لطالبات المرحلة الثانوية.

7- إجراء دراسات تحليلية مماثلة لمناهج وكتب التخصصات الأخرى بالمرحلة الثانوية للبنات لتطويرها في ضوء متطلبات ثقافة الأمم. << (نفس المرجع، ص ص 25-26).
وختاماً إنَّ العناية والرعاية الصحيّة والإعتراف بدور الطفلة باعتبارها أم الغد، وصانعة الأجيال سواء كان ذلك في الأسرة أو في المدرسة أو مؤسسة أخرى، تعد أمور تسعى إلى التخفيف من حدة الفقر، وضمان المساواة مع الطفل ذكر وذلك منذ ولادتها، وتحقيق هذه المساواة لهو نابع من المجتمع، فهو المسؤول الأول على ذلك، وهو المسؤول أيضاً على رعايتها، وعنايتها، والمسؤول على رفع أو خفض قيمتها وشأنها باعتبارها طفلة أو امرأة، أو أمّ، ويمكن أن نبرز هذه الأخيرة في قالب الأمثال الشعبية وتطرقها إلى قيمة الأمومة بصفة خاصة، وهذا ما سنوضحه في ما يلي:

5- الأمثال الشعبية والأمومة:

إنَّ حياة الأمّ وامتيازها بصحة جيدة تعكس من دون شك مدى الاستمرار والاستقرار في الحياة الأسرية والمجتمعية، فحقها في التمتع بأعلى المستويات الممكنة من الصحة البدنية والعقلية والإنجابية واجب لحياتها وحيات أسرته، ومجتمعها، لما تقدّمه له من مساهمات فعّالة في جميع مجالات الحياة العامة والخاصة.

وتؤكد في هذا المجال، الأمثال الشعبية عظمة الأم ومكانتها في الأسرة، ودورها في تنشئة الأطفال أجيال المستقبل، حيث نجد بعض الأمثال الشعبية ما يرفع من شأن المرأة وعظمتها والبعض الآخر ما يحط من قيمتها⁽¹⁾.

وما سنكشف عليه الستار، وهو الموقف الإيجابي لقيمة المرأة في موقع الأم ومدى تقدير المجتمع لها، وإظهار أهميتها وعطائها للمجتمع وللأسرة، وبيان أثرها وقيمتها في الأسرة حالة فقدانها.

وللإشارة، لم نسلط الضوء في ثنايا هذا العنصر على الجانب السلبي، لأن أصبحت المرأة في وقتنا الحالي، تلعب دورا حاسما في المجتمع، ومدى مشاركتها في شتى المجالات الإجتماعية، الاقتصادية السياسية، فمشاركتها في التنمية غطت نظرة المجتمع السلبية لها التي كانت سائدة.

في هذا الصدد، يعدّ المثل الشعبي ما هو إلا حصيلة تجربة عايشها الإنسان، أو خبرة اكتسبها من خلال ممارساته اليومية للحياة، فهي المرأة التي تعكس مسيرة حياة الأفراد والجماعات، وهي << الحكمة الناتجة عن التجربة >>. (الرومي وكماك، 1980، ص.9)، وهي رؤية فكرية، وموقف معين من الحياة الذي عبّر عنه الإنسان بعبارة أدبية موجزة. (نفس المرجع ص.7).

وبالإضافة إلى ذلك، لقد أعطي تعريفا للمثل لغة بأنه: << حسن التشبيه والإفادة والتصوير، والأمثال حصيلة خبرة معينة في الحياة، كما أنها تعبير عن حكمة المجتمع، التي تجمع في نفس الوقت كل ما يتصل بالعادات والتقاليد، والتدبير والأقوال السائرة، والعبارات النادرة >> (نفس المرجع، ص.10).

ومجموعة الأمثال التي سنلقي الضوء عليها، ما هي إلا صورة تعكس دور ومكانة المرأة الأم في المجتمع والأسرة، حيث نجد بعضها وهي قليلة العدد، من تحصر دور المرأة في موقع الأم في البيت ورعاية الأطفال، فعلى سبيل المثال، ينص التراث الثقافي المصري ما يلي:

• ﴿إِلي أُمّه بِالْبَيْتِ مَا يُحْسِنُ بِالْجُوعِ﴾.

• ﴿وَاللِّي عِنْدُ أُمّه مَا يَحْمِلُ هَمّه﴾. (نفس المرجع، ص.615).

⁽¹⁾ - بمعنى الموقف السلبي أي الأمثال الشعبية التي تقف ضد المرأة وتحط من شأنها، وتتنظر إليها نظرة سلبية، فعلى سبيل المثال لا الحصر: << عمر النسا ما تربى عجل ويحرت >> بمعنى لا تعرفن التربية. (د. رمزي وآخرون، مرجع سابق، ص.20).

﴿الْأُمُّ تَعْتَشُ وَالْأَبُ يَطْفُسُ﴾. (د. رمزي و آخرون، مرجع سابق، ص. 20).
كما نجد أمثال تعظم الأمّ بدرجة أنها عندما تلد بنتاً، تصبح هذه الأخيرة تشبهها، والمثل المعبر على ذلك، هو المثل المصري وهو:

﴿إِكْفِي الْقِدْرَةَ عَلَى فَمِهَا تَطْلَعُ الْبِنْتُ لِأَمِّهَا﴾. (نفس المرجع، ص. 20).
والمثل نفسه نجده في التراث الثقافي اللبناني و هو:

﴿طِبِ الْجُرَّةَ عَمَّا الْبِنْتُ يَتَطَّلِعُ لَأِمِّهَا﴾.

ويحت كذلك على عظمتها من مضمون المثل الشعبي اللبناني:

﴿جِنَاحُ الْأُمِّ بِيْلِكُمْ ، وَجِنَاحُ الْأَبِّ طَيَّارٌ﴾. (د. يعقوب، 1989، ص. 1654-55).

كما نجد المثل الكويتي الذي يعظم هو الآخر قيمة الأمّ وتواجدها في البيت حيث

ينص:

﴿وَاللِّي أُمَةٌ فِي الدَّارِ حَظَايِظُهُ كِبَارٌ﴾. بمعنى عدم تواجد الأمّ في البيت، ما هو إلا دليل على الضرر الذي يعيشه هذا الإنسان سواء كان للزوج أو الأبناء....(الرومي، كماك، مرجع سابق، ص. 616).

ونجد أيضا << أمّه في الدار >> أو ﴿إِلَامَةٌ بِالْبَيْتِ، يَأْكُلُ دِهْنُ زَيْتٍ﴾. بمعنى زيت الزيتون. (نفس المرجع، ص. 616).

وهذا دليل آخر يبرز لنا مكانة المرأة الإجتماعية في موقع الأمّ، من خلال مقولة نابوليون بوناپرت:

﴿الْأُمُّ الَّتِي تَهْزُ السَّرِيرَ بِيَمِينِهَا تَهْزُ الْعَالَمَ بِيَسَارِهَا﴾. (د. البلعكي، 1999، ص. 107).

وكذلك، مثل روسي:

﴿الْأُمُّ تَصْنَعُ الْأُمَّةَ﴾.

ومثل أنجليزي: ينص هو الآخر:

﴿الْأُمُّ لَا تَقُولُ هَلْ يُرِيدُ ، بَلْ تُعْطِي﴾.

﴿الرِّجَالُ مَنْ صَنَعَتْهُمْ أُمَّهَاتُهُمْ﴾. (نفس المرجع، ص. 107).

كما نعلم أن مبدأ الطبيعة الأنثوية للمرأة يرتكز بالدرجة الأولى على تركيبها البيولوجي ووظائفها الإجتماعية الثلاث وهي كونها إبنة وزوجة وأم، وتعد الأمومة رسالة المرأة، وهي أعظم هبة خصّ الله بها النساء، فاجتيازها لمرحلة الحمل تعد ظاهرة طبيعية، ولكنها كما سبق وأشرنا ليست دائما عملية فيسيولوجية، بل يمكن أن يؤدي الحمل إلى فقدان الحياة، وإلى حدوث إعاقات للحوامل والمواليد نتيجة مضاعفات ومشاكل تتصل

بالحمل والولادة، وفي هذا الصدد، هناك أمثلة شعبية تنص على هذا الخطر الذي يمكن أن تجتازه المرأة وهو:

« Une femme enceinte à un pied dans le monde des vivants, et un autre dans la tombe. »>

ويعبر عنها التراث الثقافي التونسي:

« L'mra h'amel sàg l'bara wa sàg fi – L- ghbar » (Claus, 1997,p.184).

ويمكن أن نترجم ذلك بـ: >> المرأة الحامل رجل في عالم الأحياء، ورجل أخرى في القبر <<.

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض الأمثال الشعبية والأمومة، أن نسلط الضوء على عظمة وجود وبقاء الأم على قيد الحياة، ويبرز ذلك من خلال التراث الثقافي المصري:

﴿إِليّ بَلَا أُمُّ حَالَةٍ يَغْمُ﴾. (د.يعقوب، مرجع سابق،ص.1654).

وهذا دليل آخر يشهد على عظمتها وهي على قيد الحياة في وسط أسرتها، وهو مثل أنجلزي:

﴿مَنْ فَقَدَ أُمَّهُ فَقَدَ أَبُوِيَهُ﴾.

ومثل آخر يقول:

« Celui qui a perdu son père est sur les genoux maternels, celui qui a perdu sa mère traîne sur le dépotoire public. » (Benabas, et Maougal, 1998,p.65).

ويمكن ترجمته كما يلي:

>> من فقد أباه فهو على ركلة الأمومة، ومن فقد أمه فهو يتسول على قارعة الطريق العمومي <<.

إنه مثل معبر بوضوح مكانة الأم وأهمية تواجدها في الحياة.

وبالإضافة إلى ما سبق الإشارة إليه، لم يغفل التراث الثقافي الجزائري هو بدوره على إعطاء وإبراز عظمة الأمومة، وقيمة تواجدها على قيد الحياة، بالرغم من قلّتها إلا أننا تمكنا عن طريق مختلف اللقاءات والاستجابات مع النساء الكيبرات سناء، أن نلتقط

ونحصى الأمثال الشعبية التالية وهي:

﴿إِقْلِبِ الْقَدْرَةَ عَلَى فُمْهَا ، تَخْرُجُ الْبِنْتُ لِأُمِّهَا﴾.

﴿وَإِشْ تَزْرَعُ تَحْصَدُ﴾.

﴿الْبِنْتُ كَالْقَوْلَةِ ، وَبَيْنَ تَرْوُحٍ تَنْزَرَعُ﴾.

﴿الْأُمُّ فِي دَارِكَ هِيَ جَنَّتُكَ وَهِيَ نَارِكَ﴾.

وتأكيد آخر لدور المرأة في البيت ألا وهو:

﴿الْخَيْرُ مِرَاةٌ ، وَالشَّرُّ مِرَاةٌ﴾.

وبهذا المثل قد تكون المرأة سببا في سعادة بيتها أو في شقائه، إما بفضائلها ومساوئها؛ وهذا يدل على الإهتمام في اختيار المرأة في دور الزوجية، الأم... (بوتارن، 1987، ص150).

كما هناك أيضا مثل آخر يقدم الإناث على الذكور من الأبناء والمتمثل:

﴿اللِّي خَلَى الْبَنَاتُ مَا مَاتُ﴾. (نفس المرجع، ص164) . إنَّ النقطة التي شددت

انتباهنا من خلال عرضنا عنصر الأمومة والأمثال الشعبية، وهو بروز انقلاب في المفاهيم، حيث في بداية الأمر لما كانت تولد البنت كان يرفضها المجتمع ويفضل إنجاب الذكر أكثر من الأنثى- ولو أن هذا التفضيل ما زال موجودا حتى وقتنا الحاضر- ، وعند اجتيازها مرحلة الزواج وسعيها لكي تصبح أمًا، يقدِّرها في هذه المرحلة المجتمع، ويرفع من قيمتها، ويعظم تواجدها على قيد الحياة.

كما سبق الإشارة تكون أسباب الوفاة إما نتيجة مشاكل الحمل أو الولادة أو أسباب مغايرة موفي ظل هذا الوضع لماذا يزال وإلى حد الساعة العديد من الأمهات تلقين حتفن نتيجة هذه الأسباب أو غيرها؟ واللافت للانتباه، أنه بالإمكان إنقاذ معظم حالات الوفيات، والمشاكل الصحية التي قد تصادفها المرأة من خلال حياتها الإنجابية، أو خارجها، ويكون ذلك على سبيل المثال من خلال تحسين إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الكافية والأولية بما في ذلك الأساليب المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة، والرعاية في حالة الحمل الخطر وكذا الأحمال العادية، لأنه من الملاحظ من خلال نتائج الدراسة، أن الإقبال على الخدمات الصحية يكون إلا في الضرورة بمعنى في الحالات المتأخرة التي تكون الأم في أثنائها قد تعرضت لأخطار جسيمة، حيث يكون إقبالهن على ذلك مرتبط بسوابق توليدية أو طئية أكثر بكثير مما هو مرتبط بأسباب وقائية، وهذا ما سنفسره في ثنايا هذا البحث.

وفي هذا الصدد، توجد حكمة قديمة متداولة، تقال عندما يصاب الإنسان بأية عاهة، ولا يعرف قيمة السلامة من الأمراض إلا عند مرضه ولا قيمة الشيء إلا عند فقده، وهو:

﴿الصِّحَّةُ نَاجٍ عَلَى رُؤُوسِ الْأَصْحَاءِ ، لَا يَرَاهُ إِلَّا الْمَرْضَى﴾. (د.يعقوب، مرجع سابق، ص.897).

وعليه تعتبر هذه الأمثال والحكم من صنع المجتمع الذي يعتبر المسؤول في رفع قيمة المرأة في موقع الأم أو مواقع أخرى باعتبارها كائنا اجتماعيا له حقوقه و واجباته. وتجربنا هذه الفكرة الأخيرة إلى التطرق في معالجة الأمومة ومكانتها بين التشريعات والمؤتمرات والسياسات والخدمات الصحية المقدمة لها، ويتم ذلك بالتفصيل في الفصل الآتي.

الصفحة	الفصل الثالث : الأمم و أهميتها في التشريعات والمؤتمرات والسياسات السكانية والخدمات الصحية المقدمة لها
93	1- التشريعات والأمومة.....
93	1-1- في التشريع الإسلامي.....
97	1-2- في التشريعات الوضعية.....
97	1-2-1- في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.....
102	1-2-2- في التكريس الدستوري والقانوني.....
109	2- المؤتمرات والأمومة.....
110	1-2- على المستوى الدولي:.....
110	1-2-1- المؤتمر الدولي للسكان - بوخارست 1974.....
110	1-2-2- المؤتمر الدولي للسكان - المكسيك 1984.....
111	1-2-3- مؤتمر نابروبي - 1987.....
112	1-2-4- مؤتمر قمة الطفل 1990.....
112	1-2-5- الندوة العالمية حول حقوق الإنسان 14 جوان 1993 فيينا.....
113	1-2-6- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - القاهرة - 1994.....
115	1-2-7- القمة العالمية حول التنمية الإجتماعية - كوبنهاغن - دنمارك - 6-12 مارس 1995.....
116	1-2-8- الندوة العالمية حول النساء - جنيف - 4-5 سبتمبر 1995.....
116	1-2-9- مؤتمر الأمم المتحدة للمرأة . بكين عام 1995.....
117	1-2-10- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات - نيويورك - 1999.....
118	2-2- على المستوى الوطني:.....
120	3- السياسات السكانية و الأمم.....
127	4- الخدمات الصحية والأمومة.....

إنّ الاهتمام بالمرأة في أي مجتمع، هو انعكاس واضح لمستوى النضج والعدالة الإجتماعية، والتخفيض من التفرقة في ذلك المجتمع، حيث يندرج هذا الاهتمام على مستويات عدة، أهمّها المستوى الصحيّ - وهو موضوع انشغالنا - الذي يعد من أهم ركائز السياسات السكانية والإنمائية، والتي تهدف أساسا إلى ترقية المرأة في إطار أسري ومجتمعي متكامل في هذا الشأن ينصبّ اهتمامنا على بعض العناصر التي بدونها لا يمكن أن نتكلم على أهميّة ومكانة المرأة باعتبارها أمّ، فهي مترابطة لا يمكن الفصل بينها، والاهتمام بأحدها يتطلب الاهتمام بالأخرى وهي الأمومة وأهميتها من جانب التشريعات، والمؤتمرات على المستوى الدولي والوطني، وكذا السياسات السكانية، وأهمّ الخدمات الصحيّة المقدمة لها، فالعناية بالأسرة هي العناية بالدرجة الأولى بصحة الأمّ والطفل، كونها جزءا لا يتجزأ من هذا المجتمع⁽¹⁾، تلك هي أهمّ العناصر التي سنبرزها في ثنايا هذا الفصل، وأولها نتطرق إلى:

1- التشريعات والأمومة:

يبرز حقوق المرأة على امتداد مراحل حياتها، فهي البنت، الزوجة، الأمّ، فإذا بحثنا في كل من ديننا الإسلامي الحنيف، وكل ما جاء عن المرأة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان وفي الدلالات الدستورية والقانونية، فسوف نجد الاعتراف بحقها في شتى المجالات الدينية الإجتماعية، القانونية، السياسية. إلخ ولكن تبقى الفجوة بين الاعتراف والتطبيق قائمة.

ومن أهم ما يجب علينا كباحثين الخوض فيها، نقطة أساسية تتمثل في:

1-1- في التشريع الإسلامي:

لو نتساءل: كيف نظرت الشريعة الإسلامية إلى المرأة باعتبارها الزوجة، الأمّ المرضعة المربية... إلخ؟ لكان الجواب أنها إنسان وليس مجرد أنثى.

⁽¹⁾ - تمثّل شريحة الإناث في الجزائر حوالي 49.44% أي ما يقارب 14.471318 امرأة، كما تقدر عدد النساء في سن الإنجاب - حسب آخر تعداد 1998 - بحوالي 7541738 امرأة، بعدما كان يقدر العدد بحوالي 5038921 امرأة في تعداد 1987. (شريف، 2003، ص.5).

قال الخليفة الراشدي عمر بن الخطاب رضي الله عنه: ﴿والله إنا كنا في الجاهلية لا نقيم للنساء وزنا، حتى أنزل الله فيهن ما أنزل وقسم لهن ما قسم﴾ . (د. الحفناوي، بدون سنة، ص.3).

تلك هي حالة المرأة في الجاهلية، حتى جاء الإسلام، فهو الذي أعلى قدرها بنتا وزوجا وأما، وكفل لها كل الحقوق الفردية والاجتماعية، مع مراعاتها للفوارق الفيزيولوجية والبيولوجية لكل من الرجل والمرأة، كحقها في طلب العلم، وإبداء الرأي، وفي العمل، وفي اختيار زوجها، وفي التربية، وفي حضانة أولادها، وفي الميراث...إلخ، وهذا ما يجعلها عضوا أساسيا في المجتمع الإنساني.

وسنوضح في هذا العنصر العمق الأساسي للنظرة الإسلامية للمرأة الأم، باعتبارها أسمى وظائف المرأة، وخير ما تقدم للمجتمع وللأمة جمعا.

ونظرا لعظمة المرأة، وجدت نصوص⁽¹⁾، وأحاديث نبوية تتعلق أساسا بمكانتها في دور الأم وحقها وواجبها، كما عزز كذلك دورها في الأسرة، في الإنجاب، حيث نلاحظ أنه هناك ربطا بين النصوص القرآنية وسلامة الذرية، ووضع المرأة في ظروف الحمل بأن تكون ملائمة كما حرص الإسلام على رعايتها وعلى اختيار المرأة الأم الصالحة، وذلك من أجل أداء رسالتها الإنسانية الكبرى من تنشئة وتربية أولادها تربية صالحة، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : ﴿الدنيا متاع، وخير متاعها المرأة الصالحة﴾.

والمرأة الصالحة، هي من حيث أنها تكون سليمة الجسم والعقل.

كما خصّ الشرع الإسلامي المرأة بالأمومة، والرضاعة، باعتبارهما أعظم هبة خصّ الله بها النساء، فهي التي تهب الحياة للحاضر والمستقبل، وهي سر الإستمرار والديمومة، كما أوصى بتكريم الوالدين معا، والبرّ بهما وذلك في قوله تعالى: ﴿وَقَضَى

11 - لقد أشار القرآن الكريم إلى المرأة في أكثر من عشر سور أهمها: سورة البقرة، سورة النساء، سورة المائدة، وسورة النور، سورة الأحزاب، وسورة المجادلة، سورة الممتحنة، سورة التحريم، وسورة النساء الصغرى المشهورة بسورة الطلاق وللإشارة فإن أكثر سورة تعرضت إلى المرأة هي سورة النساء حيث تطرقت إلى كل من: << تكريم المرأة، نظام الأسرة، مساواة الرجل والمرأة، الكسب في حدود الطاقة، حرية المرأة في ذاتها وأموالها والحقوق المالية للمرأة>>. (د.أبوطاحون، 2000 ، ص.55) وسنسلط الضوء إلا على السور التي تتماشى وأهداف الموضوع.

رَبِّكَ إِلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا يَإِاهُ، وَيَالِوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ﴿٢٣﴾ . سورة الإسراء آية 23. (نفس المرجع، ص.3).

وَحَتُّ الرِّسُولِ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ عَلَى حَسَنِ صَحْبَتِهَا، وَجَعَلَ الْجَنَّةَ تَحْتَ أَقْدَامِهَا، حَيْثُ قَالَ رَسُولُ اللهِ صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ فِي هَذَا الشَّأْنِ: ﴿أَلْزَمَهَا، فَالْجَنَّةُ عِنْدَ قَدَمِهَا﴾ وَقَالَ كَذَلِكَ:

﴿أَعْظَمَ النَّاسَ حَقًّا عَلَى الرَّجُلِ أُمَّهُ﴾. (نفس المرجع، ص.1)

وروى الإمام البخاري في صحيحه عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: جاء رجل

إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال:

﴿يا رسول الله، من أحقُّ الناس بحسن صحابتي؟ قال: أمك، قال: ثم من؟ قال: أمك، قال: ثم من؟ قال: أمك، قال: ثم من؟ قال: أمك، قال: ثم من؟ قال: أمك، قال: ثم أمك، ثم أبوك، ثم الأقرب فالأقرب﴾ (البعليكي، 1999، ص.104).

وإن تكرار النبي صلى الله عليه وسلم لكلمة الأم ثلاثة مرات، لدليل على رعايتها، وكرامتها ومكانتها التي أعطها لها الدين الإسلامي، وفسر العلماء ذلك - أي تكرار كلمة الأم - بأن لها ثلاثة أمثال: البر والتكريم، وذلك للحمل والوضع والإرضاع.

كما تكررت أيضا التوصية بالأم، حيث روى البخاري والإمام أحمد وابن ماجه، أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: ﴿إِنَّ اللَّهَ يُوَصِّيكُمْ بِأُمَّهَاتِكُمْ ثُمَّ يُوَصِّيكُمْ بِأُمَّهَاتِكُمْ ثُمَّ يُوَصِّيكُمْ بِأُمَّهَاتِكُمْ، ثُمَّ يُوَصِّيكُمْ بِالْأَقْرَبِ فَالْأَقْرَبِ﴾ (نفس المرجع، ص.124).

ولنتوقف قليلا، لنوضح عظمة تكرار كلمة الأم، وما تحمله من معان، حيث برزت عظمة الأمومة في مجال الحمل والولادة بأنهما " وهنا على وهن " ، " كرها " ، حيث قال الله تعالى في سورة لقمان، آية 14: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَى وَهْنٍ، وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ، أَنْ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ﴾ . بمعنى مشقة على مشقة، تبدأ من حين يكون نطفة، من الوحم والمرض والضعف، والتقل، وجع الولادة أو الوضع وضعف الذفاس. ثم "فصاله في عامين"، وهو ملازم لحضانة أمه وكفالتها ورضاعها، وهو السبب الموجب لبر الوالدين في الأم. (السعدي، 2000، ص.648)

كما أشار القرآن الكريم بما تعانيه الأم، وذلك في سورة الأحقاف، الآية 15، حيث يقول الله عز جلاله: ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حُسْنًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كَرْهًا وَوَضَعَتْهُ كَرْهًا، وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا﴾. وفي هذه الآية الكريمة وصى الله عز وجل الإحسان إلى

والوالدين بالقول اللطيف، و الكلام اللين، حيث أرجع ذلك إلى ما تحملته الأم من ولدها .
وما قاسته وقت حملها، حيث حملته و وضعته كرها أي بمشقة. ثم تأتي مشقة الرضاع،
والحضانة، و يفسر العلماء "ثلاثون شهرا" بما فيها مدة الحمل تسعة أشهر و الباقي
للرضاعة. (نفس المرجع، ص. 781).

وذف إلى ذلك، نجد في سورة الزمر، الآية 6 أيضا تأكيد على التعب الذي
تعاني منه الأم وذلك في قوله تعالى: ﴿يَخْلُقُكُمْ فِي بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ خَلْقًا مِّنْ بَعْدِ خَلْقٍ فِي
ظُلُمَاتٍ ثَلَاثٍ ذَٰلِكُمْ اللَّهُ رَبُّكُمْ لَهُ الْمَلِكُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَإِنِّي تُصَرِّفُونَ﴾، و المقصود هنا، هو
أنه يخلقكم طورا بعد طور، "في ظلمات ثلاث" أي ظلمة البطن، ثم ظلمة الرحم، ثم ظلمة
المشيئة، "ذلكم" الذي خلق السموات و الأرض، و سخر الشمس و القمر، و خلقكم و خلق
لكم الأنعام و النعم.

كما أنه الواحد في خلقه لا شريك له في ذلك، و هو الواحد في ألوهيته لا شريك له
ولهذا قال : ﴿لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَإِنِّي تُصَرِّفُونَ﴾. (نفس المرجع، ص. 719). كما لا يفوتنا
ونحن بصد عرض قيمة الأمومة من جانب الدين الإسلامي، الإشارة إلى ترخيص
الإسلام للمرأة الحامل والمرضع أن تفتقر في رمضان، ثم تقضيه بعد ذلك، وهذا قياسا
على المريض في قوله تعالى: ﴿فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ﴾
سورة البقرة آية 184.

وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم في هذا الشأن: ﴿إِنَّ اللَّهَ قَدْ وَضَعَ عَنِ
الْمُسَافِرِ الصِّيَامَ وَشَطْرَ الصَّلَاةِ وَعَنِ الْحَبْلِئِ وَالْمُرْضِعِ الصَّوْمَ﴾. (الإبرش، 1996،
ص.240).

كما أسقط الإسلام بعض الفرائض كالصلاة و الصوم في الحيض و النفاس.
فلنأت إلى مرحلة النفاس⁽¹⁾، فهي فترة قد تكون شديدة في بعض الحالات على
الوالدة وهذا إذا لم توفر لها العناية الكاملة، ويعتبر الإسلام النفاس مرضا، وهو عبارة
عن الدم والإفرازات التي تخرج من الرحم بعد الولادة مباشرة، وتستمر لمدة ثلاثة أو
أربعة أسابيع وقد تصل إلى أربعين يوما. (نفس المرجع، ص.254).

وعلاوة على ذلك، عالج الإسلام مفهوم الصحة، واهتم بصحة الأمومة والدليل
على ذلك في قوله عز وجل في سورة البقرة آية 233: ﴿وَلَا تُضَارَّ وَالِدَةٌ بِوَلَدِهَا، وَلَا

⁽¹⁾ - ارجع إلى ص. 247.

مَوْلُودٌ لَهُ يُولَدُ لَهُ ۖ أَي لَا يَحِلُّ أَنْ تَضَارَ الْوَالِدَةُ بِسَبَبِ وَلَدِهَا، حَيْثُ بِإِمْكَانِهَا أَنْ تَمْنَعَ مِنْ إِرْضَاعِهِ، " وَلَا مَوْلُودٌ لَهُ يُولَدُ لَهُ " بِأَنْ تَمْتَنَعَ مِنْ إِرْضَاعِهِ عَلَى وَجْهِ الْمَضْرَةِ لَهُ. (السعدي، مرجع سابق، ص. 104).

كما أعطى الإسلام للمرأة الحرية في اتخاذ القرار في الإنجاب، والحق في تحديد فترات ما بين الحمل، وهي ما عرفها بعادة الرضاعة، حيث قال الله تعالى: ﴿وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُنِمَّ الرُّضَاعَةَ﴾. سورة البقرة آية 233. وبهذا أمر الله سبحانه وتعالى الوالدة بإرضاع ابنها، إذ يعد أحسن غذاء أعده الله، فهي مسؤولة الأم نفسها، كما أن الرضاعة تعد حقا للمولود.

ويحذر رسول الله صلى الله عليه وسلم من الغَيْلِ، وهو إرضاع من لبن أم حامل، لأنَّ في ذلك ضعفا صحيا لصاحب الطفل حتى كبره.

عن أسماء بنت يزيد قالت: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: ﴿لَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ سِرًّا ، فَإِنَّ الْغَيْلَ يُذْرِكُ الْفَارِسَ ، فَيُدْعَثُرُهُ عَنْ فَرَسِهِ﴾. رواه البيهقي.

وعليه، حرص الإسلام على صحة الأم، وعلى الرعاية بعد الولادة، والإقبال على الرضاعة الطبيعية، باعتبارها حق للصغير، لا يجوز التقريط فيه.

كما أعطى لها مكانة خاصة تستوجب الاحترام والتوقير، حيث حرص على حقوقها ورعايتها الكاملة أثناء الحمل والولادة وفترة النفاس، وهذا من أجل تأدية رسالتها الإنسانية الكبرى: طفلة، فبنتا، فزوجة، فأما.

تلك الحقوق التي جاءت في الكتاب والسنة، فهي كذلك موجودة في الإعلانات العالمية لحقوق الإنسان، وكذا في الاتفاقيات الدولية والوطنية، وهذا ما سنحاول توضيحه من خلال عرضنا العنصر الآتي والمتمثل في:

1-2- في التشريعات الوضعية :

1-2-1- في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:

إن تمتع الأمهات بأعلى مستوى من الصحة، يعد حقا من حقوقهن الأساسية، والمعترف بها في الوثائق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان، فهذا الحق مكفول لجميع النساء دون أي تمييز عرقي أو ديني أو لغوي، وسنركز في ثنايا هذا العنصر¹ حقوق المرأة

باعتبارها أمّا، حيث قطع المجتمع الدولي في هذا المجال شوطاً كبيراً، صادق على إتفاقيات عديدة أبرزها :

1- إتفاقية رقم 3 المتعلقة بـ " حماية الأمومة " الذي أقرته دول أعضاء منظمة العمل الدولية وذلك سنة 1919، والتي تم مراجعتها سنة 1952.

2- التصديق على الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي تم إقراره من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 10 ديسمبر 1948.

3- التصديق على ميثاق الأمم المتحدة الموقع بتاريخ 26 يونيو 1954 بمدينة سان فرانسيسكو.

4- الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان الذي أقره مجلس الرؤساء الأفارقة بنيروبي- كينيا بتاريخ 18 يونيو 1981.

5- الميثاق العربي لحقوق الإنسان الذي أقره مجلس جامعة الدول العربية بتاريخ 15 سبتمبر 1997.

كل هذه الإتفاقيات سواء كانت على المستوى الدولي، أو العربي أو الإقليمي أو القاري يبقى هدفها الأساسي هو المساواة والعدالة واحترام حقوق الإنسان، وأهم الإتفاقيات التي أعطت صدى كبيراً على مستوى المجتمع الدولي هي الإعلان العالمي لحقوق الإنسان⁽¹⁾، والمعتمد من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة حيث دعت كل البلدان إلى أن تنص على الإعلان في مختلف تشريعاتها الوطنية وأن >> تعمل على نشره وتوزيعه وقراءته وشرحه ولا سيما في المدارس والمعاهد التعليمية الأخرى، دون أي تمييز بسبب المركز السياسي للبلدان أو الأقاليم << (إدارة شؤون الإعلام، 1948، ص.1).

ومن أهم المواد التي جاءت في هذا الإعلان، والمتعلقة أساساً بالصحة بصفة عامة، والأمومة بصفة خاصة، تتمثل في المادة الخامسة والعشرين، التي تنص على أن:

1- >> لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن، والعناية الطبية، وكذلك الخدمات الإجتماعية اللازمة، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة، والمرض، والعجز

⁽¹⁾ - يشكل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان من ديباجة و 30 مادة، تحدد حقوق الإنسان والحريات الأساسية التي تحق لجميع الرجال والنساء في أي مكان في العالم دون أي تمييز. (دعد، 2004، ص.2)

والترمل، والشيخوخة، وغير ذلك من فقدان وسائل العيش نتيجة لظروف خارجة عن إرادته.

2- >> للأمم المتحدة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصتين، وينعم كل الأطفال بنفس الحماية الإجتماعية سواء أكانت ولادتهم ناتجة عن رباط شرعي، أم بطريقة غير شرعية>> (نفس المرجع، ص.1).

كما انصب الانشغال على دور المرأة في الأسرة وفي تنمية المجتمع، وكذا الأهمية الإجتماعية للأمومة، ودور الوالدين في الأسرة وفي تنشئة الأطفال.

وفي هذا الصدد، لقد تم الاعتراف دولياً، وللمرة الأولى في مؤتمر القاهرة الدولي 1994 بالحقوق الإجتماعية من قبل الحكومات وذلك بالصورة التي وردت بها في حقوق الإنسان الدولية حيث :

>> تقوم هذه الحقوق على الاعتراف بالحق الأساسي لكل الأسر والأفراد في أن يقروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والفواصل الزمنية بينهم، وتوقيت إنجابهم، والحق في الحصول على المعلومات والسبل الكفيلة لتنفيذ ذلك، والحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية>> (1). (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996، ص.1).

ووفقاً إلى ذلك، لقد أقر مجلس الجامعة العربية في 14 ديسمبر 1994 حقوق المرأة والطفل، وذلك بالنص عليها في الميثاق العربي لحقوق الإنسان، حيث خصص ثلاثة مواد تهتم بهذه الفئة وهي النساء والأطفال، وتبرز مضمونها من خلال الجدول التالي:

(1) - وفي إطار مؤتمر القاهرة الدولي 1994، أقر 180 بلداً برنامجاً يستغرق تنفيذه 20 عاماً ويدور موضوعه حول الحق في الصحة الإنجابية والجنسية. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2001، ص.4).

جدول رقم 06: مواد الميثاق العربي التي تشير إلى النساء والأطفال.

المادة	عامّة
المادة 2	تتعهد كل دولة طرف في هذا الميثاق بأن تكفل لكل إنسان موجود على أراضيها وخاضع لسلطتها حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة فيه، دون أي تمييز بسبب العنصر، أو اللون أو الجنس، أو اللغة، أو الدين، أو الرأي السياسي، أو الأصل الوطني، أو الإجتماعي، أو الثروة، أو الميلاد أو أي وضع آخر، دون أي تفرقة بين الرجال والنساء.
المادة 12	لا يجوز تنفيذ حكم الإعدام فيمن يقل عمره عن ثمانية عشر عاماً، أو في امرأة حامل حتى تضع حملها، أو على أمّ مرضع إلا بعد انقضاء عامين على تاريخ الولادة.
المادة 38	الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع وتتمتع بحمايته، وتكفل الدولة للأسرة والأمومة والطفولة والشيخوخة رعاية متميزة وحماية خاصة.

المصدر: (لمريني، 2003، العدد، 10، مجلد 3، ص.132).

- كما نجد كذلك الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة في ميثاقه حول الصحة الإنجابية والجنسية قد ركز على 12 حقاً من حقوق الإنسان، والتي تتلخص فيما يلي:
- الحق في الحياة.
 - الحق في السرية.
 - الحق في اتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال وتباعد الولادات.
 - الحق في الزواج وبناء أسرة.
 - الحق في الحصول على المعلومات والتعلم.
 - الحق في الاستفادة من التقدم العلمي.
 - الحق في حرية الرأي.
 - الحق في التجمع وفي المشاركة السياسية. (د.جردانة، 1999، ص.2).

وبهذا، لقد تزايد الوعي بضرورة وأهمية إعطاء حيز معتبر لحقوق المرأة باعتبارها فئة تمتاز بنوع خاص من الرعاية الصحية، فلها الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية، الحق في أمومة بدون خطر لا سيما الرعاية قبل وأثناء وبعد الولادة. بالرغم من الإتفاقيات المتعددة إلا أنها غير مطبقة على الصعيد العملي أو بالأحرى مطبقة تطبيقاً بطيئاً، حيث يختلف تطبيقها من بلد إلى بلد آخر، وذلك وفقاً للنظام السائد سواء الاجتماعي أو الصحي، وهذا ما سوف نوضحه تدريجياً من خلال مراحل إعداد الرسالة.

كما يعد الحق في اجتياز كل امرأة بأمومة بدون خطر مسألة عدالة إجتماعية، وحق إنساني ولتعزيز الأمومة بدون خطر عن طريق حقوق الإنسان، يمكن تقسيم ذلك إلى أربعة فئات وتتمثل في:

1- الحق في الحياة والأمن: وهي حقوق تضمنها المرأة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة أثناء الحمل والولادة، حقها في تقرير المباحة بين الولادات.

2- الحق في تأسيس أسرة وحياة عائلية: >هي حقوق تلزم الحكومات بتوفير المجال للاستفادة من خدمات الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات التي تحتاجها المرأة لتأسيس أسرة، وللمحافظة على نفسها بحيث تستمتع بحياتها ضمن أسرتها<<. (الوحيشي، بدون سنة، ص.1).

3- الحق بالتمتع بأحسن صحة ممكنة وفوائد التقدم العلمي: الحق في التثقيف الصحي والمعلومات الصحية، وكذا توفير الخدمات الصحية للرعاية الصحية الإنجابية.

4- الحق في المساواة: عدم التمييز على أساس الجنس والوضعية العائلية والعرقية أو على أساس السن والطبقة الاجتماعية، وهي تلزم الحكومات بتوفير الفرص للحصول على خدمات من تعليم، صحة، عمل.. وذلك على أساس من هن في وضعية عائلية معينة، أو سن معين أو وضع اجتماعي واقتصادي خاص. (OMS,FNUAP,1999,p.4).

وإنّ هذا السعي إلى الاعتراف بحقوق الإنسان للمرأة في ميادين عدة بما فيها الصحة والأمومة بدون خطر يدل على السعي إلى تنمية المرأة، والقضاء على أميتها، وزيادة وعيها بحقوقها.

والجزائر كغيرها من الدول، كرسّت ذلك عن طريق الدستور والقوانين، وتوافق إصدار ذلك مع مبادئ واتفاقيات المجتمع الدولي، كما أنّها تعهدت أمام المجتمع الدولي باحترام حقوق الإنسان المرأة، خاصة التي تتعلق بالصحة والحقوق الإنجابية، وهذا ما سنوضحه فيما يلي:

1-2-2- في التكريس الدستوري والقانوني:

نظرا لمكانة المرأة في الأسرة لاسيما الأم، احتوى الدستور⁽¹⁾ الجزائري الذي جرى الإستفتاء عليه بتاريخ 28 نوفمبر 1996، على بعض المواد التي تعالج بصفة مباشرة أو غير مباشرة مبدأ مساواة الأفراد في الحقوق والواجبات، حقوق المرأة في ميادين العمل، الصحة والأمومة، التعليم، نظام التأمينات الإجتماعية. فمن بين 182 مادة، توجد المواد الآتية :

المادة 29 : تنص على مبدأ التساوي :

>> كل المواطنين سواسية أمام القانون. ولا يمكن أن يتذرع بأي تمييز يعود سببه إلى المولد، أو العرق أو الجنس أو الرأي أو أي شرط أو ظرف آخر، شخصي واجتماعي<<(وزارة العدل ، 1998 ، ص.9).

والمادة 54: تنص على الحق في الصحة :

>> الرعاية الصحية حق للمواطنين.

تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها<<(نفس المرجع،ص.13).

¹¹ - >> إن الدستور فوق الجميع، وهو القانون الأساسي الذي يضمن الحقوق والحريات الفردية والجماعية، ويحمي مبدأ حرية اختيار الشعب، ويضفي الشرعية على ممارسة السلطات، ويكفل الحماية القانونية ورقابة عمل السلطات العمومية في مجتمع تسموده الشرعية، ويتحقق فيه تفتح الإنسان بكل أبعاده<<(وزارة العدل، 1998 ، ص.4).

والمادة 58: تنص على ضرورة حماية الأسرة: << تحضى الأسرة بحماية الدولة والمجتمع >> (نفس المرجع، ص.14).

وتدخل المواد الثلاثة السابقة الذكر، ضمن الحقوق والحريات.

فالتمتع الجيد في نصوص مواد الدستور يدعنا نلاحظ أنّ محتواها لا يشير صراحة ومباشرة إلى تكفل الدولة بحماية الأمومة والطفولة، لكن في المقابل كرّست لهذه الفئة من المجتمع وغيرها، مجانية العلاج والإستشفاء في 28 ديسمبر 1973، الأمر رقم 65-73 وأصدر عقب ذلك مجموعة من النصوص التطبيقية (مراسيم وقرارات / خلال شهر جانفي 1974 تبين كيفية تطبيقه) المجلس الوطني الإقتصادي والإجتماعي، لجنة السكان والإحتياجات الإجتماعية، 1997، ص.10).

ويبرز من خلال ذلك، حق تمتع الأم والطفل بصحة جيدة عن طريق:

<<- توفير مساعدة طبية بتقريب المرافق الصحية من المواطنين.

- محاربة الأمراض وسوء التغذية.

- ضمان العلاج الوقائي حيث يسود التلقيح الإجباري.

- وتقليل الوفيات عند الرضع والأطفال >>. (نفس المرجع، ص.6).

ووفق إلى ذلك تنص المادة 2 من القانون المتعلق بحماية الصحة وترقيتها على ما يلي:

<< تساهم حماية الصحة وترقيتها في رفاهية الإنسان الجسمية والمعنوية وتفتح ضمن

المجتمع ومن ثم تشكلان عاملا أساسيا في التنمية الإقتصادية والإجتماعية في البلاد >>¹.

(وزارة التضامن الوطني والعائلة، 1998، ص.10).

تجسد انطلاقا من هذا المبدأ السعي في ترقية وحماية الأمومة والطفولة، ويبرز

ذلك في المادة 67، 68، 69، 70، 71، و 72⁽²⁾ من القانون المتعلق بحماية هذه الفئة من

المجتمع والتي مفادها:

<< تتمثل حماية الأمومة والطفولة في جميع التدابير الطبية والإجتماعية والإدارية

التي تستهدف على الخصوص ما يأتي :

- حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والإجتماعية لها قبل الحمل وخلال

وبعده

¹ - قانون رقم 85-05 مؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

(2) - مضمون هذه المواد موجود في الملحق رقم 03.

- تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي - النفسي >> (نفس المرجع، ص 10)
ويظهر من خلال مضمون المواد المشار إليها حق المرأة في الرعاية الصحية
وذلك على امتداد مراحل عمرها.

وفي هذا الشأن، تعرف المادة 111 مفهوم حماية الأمومة و الطفولة بأنها :
>> جميع الإجراءات الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف حماية صحة الأم
و ضمان أحسن الشروط الطبية والاجتماعية لها وذلك قبل الحمل وأثناءه وبعده >>
(المجلس الوطني الإقتصادي، لجنة السكان والإحتياجات الإجتماعية، مرجع سابق، ص
30).

و إلى جانب هذه الحقوق نجد حقوقا أخرى للمرأة، مثل الحق في العمل، حيث لا
يميز القانون أثناء العمل بين الرجل والمرأة، فهي مواطنة تتمتع في نظر القانون بنفس
الحقوق والواجبات مقارنة مع الرجل⁽¹⁾، بوصفه حقا ثابتا لجميع البشرية وبالإضافة إلى
ذلك فإن هناك إجراءات أخرى إتخذتها الجزائر لفائدة المرأة العاملة⁽²⁾، والأم العاملة
حيث وضعت ترتيبات خاصة بها أثناء الحمل والولادة وبعدها وتتمثل في :

1- عطلة الأمومة:

للمرأة العاملة الحق في الاستفادة من عطلة الأمومة أو ما يسمى الحق في الراحة
بوصفه حقا ثابتا يسمح للمرأة من أخذ وقت معين للراحة قبل وبعد الولادة، لما للحمل من
متاعب ومشاكل.

⁽¹⁾ - في هذا الشأن تعنى المادة 55 من دستور 1996 أن:

>> لكل المواطنين الحق في العمل، يضمن القانون في أثناء العمل الحق في الحماية، والأمن، والنظافة، الحق
في الراحة مضمون، ويحدد القانون كليات ممارسته >>. (وزارة العدل، مرجع سابق، ص 14).

⁽²⁾ - لقد تحسن معدل مشاركة المرأة في سوق العمل خلال السنوات الأخيرة، لكن يبقى مستوى المشاركة
ضعيفا حيث تشير الإحصائيات إلى أنه يمثل عدد السكان المشغولون في الجزائر بـ 6228772 سنة 2001 من
بينهم 6228772 امرأة مشغولة بنسبة مقدرة بحوالي 14.18% بعدما كانت النسبة مقدرة بـ 10% سنة 1982
(348000 امرأة مشغولة من بين 3473900 من السكان المشغولين). (شريف، مرجع سابق، ص 11).

وفي هذا الشأن تمنح أغلب التشريعات عطلة الأمومة مدة 12 أسبوع كحد أدنى، 06 أسابيع منها لاحقة للوضع، تكون على الأقل إلزامية⁽¹⁾.

أما القانون الجزائري، فقد ارتفعت مدة العطلة من 8 أسابيع ونصف إلى 14 أسبوعا داخل القطاعات وذلك ابتداء من أول يناير 1984 مع تكفل كلي للضمان الإجتماعي⁽²⁾ بما فيها الأجر، والمصاريف الطبية ونفقات الاستشفاء مدفوعة بنسبة 100%.

وفي هذا الشأن، تنص المادة 28 المتعلقة بالتأمينات الإجتماعية: << يكون للمرأة العاملة التي تضطر إلى التوقف عن عملها بسبب الولادة الحق في تعويضه يومية تساوي 100% من الأجر اليومي بعد اقتطاع اشتراك الضمان الإجتماعي والضريرية>>⁽³⁾.
(وزارة التضامن الوطني والعائلة، مرجع سابق، ص.9)

وتنص المادة التي تليها 29: << تتقاضى المؤمنة لها، شريطة أن تتوقف عن كل عمل مأجور أثناء فترة التعويض، تعويضه يومية لمدة أربعة عشر أسبوعا (14) متتالية، تبدأ على الأقل سنة (6) أسابيع منها قبل التاريخ المحتمل، لا تقلص فترة التعويض المقدره 14 أسبوعا>> (نفس المرجع، ص.9).

كما تستفيد المرأة من تعويضات حول مصاريف الولادة لا سيما الرعاية الطبية والصيدلية، ومصاريف الإقامة في المستشفى لمدة لا تتعدى ثمانية أيام. (نفس المرجع، ص.9).

لو نقارن مدة عطلة الأمومة في الجزائر مع بعض بلدان العالم، فإننا نجد أن التشريعات لا تتفق في عملية تحديد مدة عطلة الأمومة، حيث يشير الجدول رقم (1) الملحق (4) أن أكبر مدة منحت لأستراليا هي 52 أسبوعا، وفي المقابل تواجدت أقصر مدة

⁽¹⁾ - جاءت الإتفاقية رقم 103 لسنة 1952 أين حدد فيها المدة الدنيا لعطلة الأمومة بـ 12 أسبوع كحد أدنى إلا أنه هناك بعض البلدان أين تقل فيها مدة عطلة الأمومة أكثر بكثير من المدة المحدد أعلاه وهذا ما سنبرزه لاحقا.
⁽²⁾ - يقدم في هذه الحالة للضمان الإجتماعي ما يلي:

<< - شهادة التوقف عن العمل.
- شهادة الراتب يثبت عليها تاريخ التوقف عن العمل.
- شهادة طبية توضح حق الاستفادة من عطلة 14 أسبوعا>>. (الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء، مديرية الدراسات الإحصائية والتنظيم 1997، ص.10).

⁽³⁾ - أمر رقم 96-17 مؤرخ في 6 يوليو 1996، يعدل ويتم القانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 يوليو 1983 والمتعلق بالتأمينات الإجتماعية المادتان 28، 29.

عطلة الأمومة في تونس، حيث لا تعطى لهذه الأخيرة سوى 30 يوم، ثم نلبيها لبنان والقطر بـ 40 يوم ومصر والجمهورية العربية الليبية بـ 50 يوم. وللإشارة، إن الدول التي تمنح مدة طويلة فإنها تهدف إلى تشجيع النمو الديمغرافي في ذلك البلد.

وصف إلى ذلك، فيما يتعلق الحق في الأداءات النقدية تختلف هي الأخرى من بلد إلى بلد، فهي غير ثابتة، حيث تم الإشارة إليها في اتفاقية رقم (3) من طرف منظمة العمل الدولية عام 1919 أنه خلال عطلة الأمومة، تقبض المرأة أداوات نقدية خلال مدة 12 أسبوع، ولكل دولة أن تحدد المبلغ.

(Organisation internationale du travail, 1999.p.37).

وفي حالة وقوع عاهة ناجمة عن الوضع، يمنح للمرأة تمديد عطلة الأمومة قبل الوضع أو بعده شريطة أن يكون هناك دليل على ذلك، بمعنى أن تقدم شهادة طبية تثبت ذلك، وهذا حسب ما أقرته الاتفاقية الدولية رقم 103 لسنة 1952.

كما للأب أيضا حق في العطلة، ففي السويد مثلا، من حق الأب أخذ عطلة لمدة 10 أيام بعد الوضع، وهذه العطلة غير متساوية، إذ تختلف من بلد إلى آخر، وفي الدنمارك، للأب الحق سواء كان أجيرا أو حرا أن يقبض مرتين في الأسبوع خلال 14 أسبوع بعد الوضع وغيرها من الأمثلة. (Ibid,p.35).

كما تستفيد الأم العاملة الأجنبية بعد الوضع واستئنافها للعمل بما يسمى: ساعات الرضاعة.

2- ساعات الرضاعة:

تستفيد العاملة الأجنبية من ساعات الرضاعة، وهو غياب مدفوع الأجر خلال مدة سنة، حيث تتوزع هذه الساعات إلى:

- ساعتين في اليوم خلال الست(6) أشهر الأولى.
 - ساعة في اليوم خلال الست(6) أشهر الأخيرة(الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء، مديرية الدراسات الإحصائية والتنظيم مرجع سابق، ص.11).
- كما للمرأة العاملة الأجنبية والمؤمنة اجتماعيا الحق في:

- الأديات العينية (Prestations en nature) أي تعويض المصاريف الطبية، ومصاريف التحليل وكذا الدواء وتعويض مصاريف، الولادة ولها الحق أيضا في الأديات النقدية (Prestations en espèces) وتتمثل في التعويضة اليومية مقابل الأجر المتوقف خلال عطلة الأمومة. (نفس المرجع، ص.5).

وللإشارة، تطبق هذه الحقوق عند المرأة الماكثة في البيت بدون عمل، ويكون في هذه الحالة زوجها مؤمن اجتماعيا.

وفي هذا السياق، لا يزال الأمر يحتاج إلى بذل المزيد من الجهود والاهتمام في وضع نصوص أكثر جرأة تتعلق أساسا بحماية صحة الأمومة ورعايتها، وتلبية احتياجاتها ومتطلباتها خاصة من ناحية توفير مجموعة من الخدمات التي تحتاج لها المرأة في حياتها الإنجابية وخارجها، التي يجب إدخالها ضمن النصوص والقوانين باعتبارها من ركائز السياسات السكانية والإمائية، وتتمثل هذه الخدمات، بغض النظر عن العمر أو المكانة الاجتماعية أو الاقتصادية أو اللغة أو الدين أو غيرها من الاعتبارات في الرعاية الطبية المستمرة قبل الزواج، أثناءه، قبل الحمل، وأثناءه وبعده، كما تحتاج النساء اللواتي تستعملن وسائل منع الحمل إلى زيارات مستمرة لمتابعة ومعرفة الآثار الجانبية للوسيلة المستعملة.

وتحتاج كذلك إلى أن تتمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة لأنه مازال حاليا ما يقارب 70.000 امرأة تلقى حتفها سنويا نتيجة الإجهاض الممارس في ظروف خطيرة . (Equilibres et Populations , 1999, n° 53, octobre, p.7)

ويعد الإجهاض من الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات، حيث نجد سنويا ما يقارب حوالي 40 مليون حالة إجهاض في العالم لم يتم علاج نصفهم .

(Equilibres et Populations , 2000, n°57, Avril, p.3).

كما أنه من الواجب الالتفاتة والاهتمام بفئة المراهقين، والتركيز والسهر على تنقيفهم في مجال الإنجاب، والأمور الجنسية، وكذا الأمراض المتنقلة عن طريق الإتصال الجنسي.

وعليه من حق كل امرأة سواء كانت في الجزائر أو متواجدة في أي مكان، أن تحصل على أعلى مستوى من الحقوق في مجال الصحة لاسيما الصحة الجنسية والإنجابية، وذلك لوجود بعض المشاكل الصحية التي تعاني منها النساء في مرحلة

حياتهم الإنجابية وخارجها - أي اليأس⁽¹⁾ - أغليبتهم الساحقة غير واعية بذلك، حيث تأتي استشارة الطبيب في وقت متأخر، وهذا ما سوف نوضحه من خلال تحليلنا لنتائج البحث الميداني.

وبهذا يستلزم على كافة الدول سواء في الجزائر أو غيرها من البلدان، توفير كافة الظروف والوسائل المناسبة لتصبح كل الاحتياجات السابق الإشارة إليها متيسرة، ولجميع النساء دون استثناء، وكما أشرنا سابقاً، وما سوف نقوم توضيحه في ثنايا الرسالة، هو اهتمام الدول بما فيها الجزائر، والمنظمات الحكومية، والباحثين لموضوع الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة، حيث يتخذ هذا الاهتمام أشكالاً مختلفة منها عقد مؤتمرات دولية، ووطنية- وهذا ما سنبرزه لاحقاً، تنفيذ مسوحات وطنية، إنشاء مجالس متعلقة بالسكان، بالصحة الإنجابية، بالمرأة... الخ.

وبالرغم من هذا الاهتمام، إلا أنه يبقى هناك سؤال يتبادر في أذهاننا وهو: كيف يتم تفعيل وتطبيق حقوق المرأة كونها الأم والزوجة والإبنة، خاصة مع عدم أو محدودية تعلمها ومعرفة موضوع الصحة الإنجابية ؟ ، ويمكن أن نشير، أن قضية حقوق الإنسان للمرأة ليست فقط قضية جزائرية أو قضية عربية أو أوروبية وإنما هي قضية بشرية تهم الإنسان - المرأة - والأسرة، والمجتمع.

ونختتم هذا العنصر، بما صرح به السيد كوفي عنان - الأمين العام لمنظمة الأمم المتحدة- في رسالة موجهة إلى المؤتمر السكاني الخامس لآسيا ومنطقة المحيط الهادي - بانكوك وذلك في 16 ديسمبر 2002 :

>> لا يمكن تحقيق الأهداف الإنمائية للتنمية، وبخاصة القضاء على الفقر المدقع وعلى الجوع، إذا لم تعالج مسائل السكان والصحة الإنجابية معالجة حقيقية، وهذا معناه بذل

⁽¹⁾ - أهم المشاكل التي تعاني بها النساء نتيجة الحمل ثقل في أسفل البطن، خروج الرحم، وبعضهن يشنكين بمشكلة عدم التحكم في البول، أو ألم أو حرقان عند التبول، الإفرازات المهبلية الحادة، مرش أو حساسية حول الجهاز التناسلي.

وفي مرحلة اليأس، نجد بعض النساء من يتفاجأن من معاناتهن من الأعراض كالجفاف المهلي، الهرش المهلي، حرقان عند التبول، سقوط الشعر، ألم في الظهر، في المفاصل وغيرها من المشاكل التي قد تصادفها المرأة، والتي من حقها التعرف عليها قبل الإصابة بها، وهذا ما أشارت عليه نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002.

جهود أقوى لتعزيز حقوق المرأة، وزيادة الاستثمار في التعليم والصحة بما في ذلك الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة» (منظمة الأمم المتحدة للسكان، بدون سنة، ص.1).

وُضف إلى ذلك، لقد تكرر تقريبا نفس المضمون في رسالته الموجهة بمناسبة اليوم العالمي للسكان، وذلك يوم 11 جويلية 2004، حيث تأخذ مقتطف من رسالة أين يدعو فيها:

>>>..... فأشخاص كثيرون ينعمون الآن بزيادة طول العمر، وانخفاض معدلات الوفيات، واتساع نطاق خيارات الحياة والفرص فيها، وما زال هناك أشخاص كثيرون للغاية لا يتمتعون بهذه المكاسب، ومن اللازم على وجه الاستعجال وجود التزام أكبر وزيادة التدابير المتخذة، وبخاصة فيما يتعلق بتعزيز حقوق المرأة وزيادة الاستثمارات في التعليم والصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة...» (الأمين العام لمنظمة الأمم المتحدة، 2004، ص.1).

ومواصلة في إبراز أهمية صحة الأمومة، يظهر من خلال عقد مؤتمرات دولية ووطنية وكل ما تتضمنه من أهداف وتوصيات لصالح ترقية صحة المرأة والمجتمع، وتحسين وضعها ومستقبلها، وتمكينها ومشاركتها في التنمية. وسنوضح ذلك من خلال تطرقنا إلى العنصر الآتي:

2- المؤتمرات والأمومة:

تختلف وضعية المرأة من بلد إلى آخر، وفقا للحقوق الإجتماعية والاقتصادية والسياسية والصحية التي تتمتع بها، وهي من مصدر معالجات ومجهودات جادة، وبرامج مكثفة تم تحقيقها عن طريق انعقاد مؤتمرات دولية ووطنية، تسعى هذه الأخيرة إلى تلبية حقوق المرأة في ميادين العمل، والصحة والتعليم.... إلخ، وإلى تكريس مبدأ المساواة بين الرجل والمرأة، كما نادى إلى أهمية ودور المرأة في إدماجها في عملية التنمية، وإتاحة لها الفرصة للمشاركة بفعالية في مختلف أوجه الحياة الوطنية، وبهذا اعتبرت قضية المرأة من أهم التحديات الواجب رفعها في إطار إعداد إستراتيجيات ناجحة والتركيز على تحسين وضعها، ومستقبلها ذلك من منطلق الحرص على إنجاز برامج سياسية وتنموية وهذا ما ستوضحه في ثنايا هذا الفصل.

إن أهم المؤتمرات التي اهتمت بقضية المرأة في ميادين مختلفة الاقتصادية، الاجتماعية السياسية بصفة عامة، والصحة بصفة خاصة، وتعد هذه الأخيرة محور

اهتمامنا، حيث حاولت مختلف الدول والمنظمات، والحركات النسائية، والباحثين والخبراء الاجتماعيين دراسة واكتشاف الوسائل، وكذا اقتراح الحلول من أجل النهوض بالمرأة وترقيتها، وهذا في إطار انعقاد مؤتمرات دولية ووطنية، وسنحاول إبراز أهمتها:

2-1-1- على المستوى الدولي:

2-1-1-2- المؤتمر الدولي للسكان - بوخارست 1974:

لقد أشار هذا المؤتمر إلى تحسين وضع المرأة ومشاركتها في التنمية، ومواضيع أخرى متعلقة بالمسألة السكانية بما فيها العلاقة بين النمو السكاني والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية، كما تطرق إلى الوفيات والخصوبة والهجرة وخدمات تنظيم الأسرة.

لم يصرح المؤتمر علانية بموضوع الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة وبالخصوص ظاهرة وفيات الأمهات، وتبين هذا الأخير في برنامج المؤتمر الدولي للسكان - المكسيك 1984، والذي نبرزه في العنصر الآتي:

2-1-2-2- المؤتمر الدولي للسكان - المكسيك 1984:

لقد أكد هذا المؤتمر على السعي إلى خفض معدل وفيات الأمهات، كما اهتم على ضرورة الربط بين السكان والتنمية، وضرورة وضع برامج عمل للمرأة، كما سلط الضوء على دور المرأة في عملية التنمية، ومشاركتها في مختلف المجالات الاجتماعية، الاقتصادية السياسية... الخ.

كما جاء ركن الأسرة الركيزة الأساسية في قلب برنامج المؤتمر، وجاء تحت

شعار: << الإنجاب، تكوين الأسرة وظروف المرأة >>

(Commission de la Population et du développement, 2000, p.4).

لقد توسعت في هذا المؤتمر مجالات النقاش، حيث تطرق على العديد من

الإنجازات في المسألة السكانية، وبالخصوص المجالات التالية:

<< 1- توسيع فرص الانتفاع برعاية الصحة الإنجابية وإحداث تقدم ملموس فيها.

2- خفض معدلات المواليد والوفيات، وارتفاع مستويات التعليم في العديد من البلدان النامية.

3- زيادة المركز التعليمي والاقتصادي للمرأة، وخفض معدلات وفيات الأمهات، وإحداث تقدم ملموس في العديد من دول العالم في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والصحية وخاصة في برامج التنمية المستدامة وتحسين البرامج التعليمية<>. (مركز التدريب والدراسات السكانية، 2001، ص.434).

وعقب هذا المؤتمر، الذي تفاعل في معالجة المسألة السكانية وعلاقتها بقضايا التنمية، عقدت مؤتمرات عدة، سناحول التركيز على الأهم منها، التي عالجت بالخصوص موضوع بحثنا وعليه، من بين أهم المؤتمرات التي أعطت أهمية قصوى لموضوع صحة الأمومة، نجد:

2-1-3- مؤتمر نابروبي 1987:

تم عقد مؤتمر نابروبي تحت شعار << الأمومة بدون خطر >>، من طرف البنك العالمي، والمنظمة العالمية للصحة، ومنظمة الأمم المتحدة للسكان، ومن طرف مجلس السكان والوكالات لـ 37 دولة.

جاء مؤتمر نابروبي بمجموعة من الأهداف أهمها هو خفض بالنصف وفيات الأمهات إلى غاية عام 2000⁽¹⁾.

كما حاول بدوره السعي إلى زيادة وعي الحكومات، والوكالات، والمنظمات غير الحكومية بمشكلة إهمال صحة المرأة ولاسيما في العالم النامي، والوصول إلى إعداد استراتيجية ناجحة لمعالجة هذا الوضع.

وحرصا من مؤتمر نابروبي 1987 على ضمان صحة الأمومة، جاء من أجل ذلك مؤتمر قمة الطفل عام 1990، والذي نوضحه فيما يلي:

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلى:

- Population reports, sept 1997, vol xxv n° 1, " soins des complications post avortement, sauvez la vie des femmes", p.3.
- Equilibres et Populations, octobre 1998, n° 43, p.5.
- Equilibres et Populations, Mars 2000, n° 56, p.9.

2-1-4- مؤتمر قمة الطفل عام 1990 بنيويورك:

لقد سعى مؤتمر قمة الطفل بدوره، إلى الحفاظ على صحة الأمومة بدون خطر، حيث نادى إلى:

- 1- تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى النصف خلال الفترة ما بين 1990-2000.
- 2- تمكين حصول كافة النساء الحوامل على خدمات رعاية ما قبل الولادة، والخدمات الخاصة عند حالات الحمل الأكثر خطورة، وحالات الولادة المتعسرة. (جامعة الدول العربية، الإدارة العامة للشؤون الإجتماعية والثقافية، وحدة البحوث والدراسات السكانية، 2001، ص.49).

بعد انعقاد هذا المؤتمر، تزايد الاهتمام بضرورة معالجة موضوع صحة المرأة في إطار مفهوم شامل وهو " الصحة الإيجابية "، الذي كان في قلب برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994، وسوف يتمّ التعرض إلى هذا المؤتمر بالتفصيل لاحقاً، وقبل انعقاد هذا الأخير، عقدت ندوة عالمية ألا وهي:

2-1-5- الندوة العالمية حول حقوق الإنسان في 14 جوان 1993 / فيينا:

لقد نادى برنامج عمل فينا إلى الاهتمام بالمرأة وتحسين وضعها، ورفع مستوى مشاركتها في كافة جوانب الحياة، وذلك عن طريق وضع سياسات، وتحسين قدرتها على كسب الدخل، وتحقيق الإعتماد على الذات.

كما اعترفت الندوة على حقوق المرأة الإيجابية باعتبارها حقوقاً إنسانية⁽¹⁾، وهي أن: << الحقوق الإنسانية للنساء تشمل الحقوق في ميدان الإنجاب >>. (وزارة الصحة والسكان، مديرية السكان، 2000، ص.48).

وتتمثل أهم النقاط التي جاءت في الندوة في:

<<- مشاركة المرأة في الحياة السياسية المدنية، الاقتصادية، الإجتماعية والثقافية على المستوى الوطني، الجهوي والدولي.

- إلغاء العنف الممارس والاستغلال الجنسي.

- التعاون الدولي في كل الميادين الاقتصادية، الإجتماعية.

- أهمية تمتع المرأة طوال حياتها بأحسن مستوى صحي، جسيمي وعقلي.

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلى ص. 37

- المساواة بين الرجل والمرأة في الإقبال على التربية على كل المستويات>>.(نفس المرجع،ص.48).

أما عن مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية 1994، فهو يعد من أشهر المؤتمرات من حيث تركيزه على الصحة الإيجابية، وكل ما يتعلق بالمشاكل الصحية التي تصادفها المرأة وهذا ما ستوضحه في العنصر التالي:

2-1-6- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994، القاهرة:

لقد اهتمّ مؤتمر القاهرة الدولي خلال برنامج عمله على زيادة مشاركة المرأة في عملية التنمية بما فيها التأكيد والحرص على التعليم، وتأمين فرص العمل، والرعاية الصحية، كما أدخل بقوة مفهوم الصحة الإيجابية، بالرغم من تقدم استخدام هذا المفهوم إلا أنّ قبوله بشكل واسع جاء في أعقاب هذا المؤتمر.

وُضف إلى ذلك، كانت مشكلات الصحة الإيجابية بما فيها صحة الأمومة، موضع البحوث والدراسات والنقاشات التي دار حولها المؤتمر.

وفي هذا الشأن، لقد تم الاعتراف دولياً في هذا المؤتمر - ولأول مرة- بالحقوق الإيجابية من قبل الحكومات.

كما حدد برنامج عمل المؤتمر أهدافاً التي تتحقق على مدى 20 سنة في أربعة

مجالات هي:

- 1- توفير التعليم للجميع.
 - 2- خفض معدلات وفيات الرضع والأطفال.
 - 3- خفض وفيات الأمهات.
 - 4- الحصول على خدمات الصحة الإيجابية والصحة الجنسية بما في ذلك تنظيم الأسرة.
- والمجال الرابع هو الذي سنحاول إبرازه - و هو يتماشى مع موضوع بحثنا - ، الذي يتمحور على ضرورة عمل الحكومات على خفض وفيات الأمهات المسجلة في عام 1990 إلى النصف مع حلول عام 2000، وإلى النصف مرة أخرى مع حلول عام 2015.

كما تهدف البلدان ذات المستويات المتوسطة من الوفيات إلى تحقيق معدل الوفيات أدنى من 100 وفاة لكل 100.000 ولادة حية عام 2005، وأدنى من 60 وفاة لكل 100.000 ولادة حية بحلول عام 2015 . أما البلدان ذات المستويات المرتفعة

لظاهرة وفيات الأمهات، فهي تهدف إلى تحقيق أدنى معدل من 125 لكل 100.000 ولادة حية عام 2005، وأدنى من 75 وفاة لكل 100.000 ولادة حية بحلول عام 2015. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون سنة، مرجع سابق، ص.11).

وعلاوة على ذلك، نادى برنامج عمل المؤتمر إلى السعي في خفض معدل اعتلال الأمهات في مرحلة النفاس، والحد من التفاوت في معدل وفيات الأمهات بين البلدان، وبين المناطق الجغرافية، وكذا الفئات الاجتماعية، الاقتصادية والعرقية (نفس المرجع، ص.11). فيما يخص المجال الرابع، والمتمثل في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية بما في ذلك تنظيم الأسرة، حدد المؤتمر من خلاله توفير البلدان الرعاية الصحية بما فيها رعاية الصحة الإنجابية لجميع الأفراد وفي موعد لا يتجاوز عام 2015⁽¹⁾.

ونادت كذلك، إلى المزيد من التشخيص والمعالجة لمضاعفات الحمل والولادة والإجهاض والعمق، وسرطان الثدي، وسرطان الجهاز التناسلي، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي

بما في ذلك السيدا⁽²⁾. (نفس المرجع، ص.12).

ووفقاً إلى ذلك نجد في الملحق رقم (5) أهم الإجراءات التي نادى بها هذا المؤتمر والمطلوب اتخاذها سريعاً، متبوعة بمضمون نص مبدأ (8) من برنامج عمل المؤتمر المتعلق بالحقوق والصحة في مجال الإنجاب. وتعد الجزائر من بين البلدان التي حققت قدراً كبيراً من التقدم نحو بلوغ أهداف مؤتمر القاهرة الدولي 1994 وهذا ما سنبرزه لاحقاً، وتأتي مع الجزائر مجموعة من البلدان التي حققت ذلك، وعلى رأسها المغرب، الجمهورية العربية السورية، مصر.

¹¹ - وللإشارة، تتمثل خدمات رعاية الصحة الإنجابية في المشورة، والمعلومات والتثقيف والاتصال، وتنظيم الأسرة، والخدمات في مجال الرعاية قبل الولادة والولادة الآمنة، والرعاية بعد الولادة بما فيها الرضاعة الطبيعية، والرعاية الصحية للأمهات وللرضيع، والوقاية والعلاج من العمق والإجهاض. (ارجع إلى ص.10)

¹² - من أجل تفاصيل أكثر ارجع:

Equilibres et Populations, janvier 1994, n°46, p.6

- Commission de la Population et du Développement, 2000, opcit, p. 5

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Population 2003, p.42.

أما البلدان التي حققت تقدماً كبيراً في تحقيق أهداف مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية 1994، تأتي على رأس القائمة كل من تونس، تركيا، الأردن، لبنان، الصين. الخ (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2002، ص. 24).

عقب انعقاد مؤتمر القاهرة 1994، حدث تحول كبير في تاريخ الاهتمام بقضايا المرأة في القرن العشرين، حيث تغيرت لغة الحوار، لم تعد الحكومات والمنظمات الدولية وغيرها تتحدث عن مسألة الخصوبة وتنظيم النسل فقط، وإنما أبعد من ذلك، وهي التطرق إلى مفهوم الصحة والحقوق الإنجابية، وارتقاء نوعية الرعاية الصحية، ومن أهم المؤتمرات التي واصلت في السعي إلى مواصلة تحقيق أهداف هذا المؤتمر يأتي على رأسها من حيث الأهمية:

2-2-7- القمة العالمية حول التنمية الإجتماعية كوبنهاغن-دنمارك/6-12 مارس 1995

وحرصاً من مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية 1994 على ضمان الجميع دون التفرقة بين الرجل والمرأة، الصحة، والإقبال على المصالح الصحية ذات النوعية الحسنة والعلاج الصحي الإنجابي. كما تمحورت الندوة حول فكرة أن:

<<- تحسين الصحة تشمل التحكم في الخصوبة هي شرط للتنمية الإجتماعية>> (وزارة الصحة والسكان، مديرية السكان، مرجع سابق، ص. 43). وتتمثل أهداف القمة في النقاط التالية:

<<- العمل على أن يكون في سنة 2000 أمل الحياة لا يقل عن 60 سنة في كل بلد. - من اليوم إلى غاية سنة 2000 ، تخفيض الثلث بالنظر إلى مستوى 1990 ، وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات أو جعلها 50 إلى 70 بالألف ولادة حية.

- تخفيض معدل الوفيات المرتبطة بالأمومة بالنصف بالنظر إلى مستوى 1990 من اليوم إلى غاية 2000، وأكثر من النصف من اليوم إلى 2015>>. (نفس المرجع، ص. 43).

كما أكدت القمة على إعداد مجموعة من الإستراتيجيات الوطنية بهدف الوصول إلى تحسين نوعية العلاج في مجال الإنجاب، والسعي إلى أمومة بدون خطر، تشجيع الفقراء على إقبالهم على المصالح الصحية، التخطيط العائلي، العلاج ما قبل الولادة وما بعدها بما فيها تحسيسهن بفوائد الرضاعة الطبيعية. (نفس المرجع، ص. 44).

كما تابعت هذه القمة، وفي نفس السنة، انعقاد ندوة ألا وهي:

2-1-8- الندوة العالمية حول النساء 4-5 سبتمبر 1995 / جنيف:

اعترفت هذه الندوة بدورها بحق النساء في خصوصتهن، ويعد التحكم في هذه الأخيرة من أولويات ترقية المرأة، ونادت إلى ما يلي:

- ضمان المساواة بين النساء والرجال في ميدان التربية والعلاج الصحي، وتحسين النظافة الجنسية والصحة الوراثية، وكذا التربية عند النساء.
- ضمان خدمات العلاج الصحي الأولي ذات النوعية بالخصوص العلاج الصحي المرتبط بالإنجاب والجنس وكذا الإعلام وخدمات في ميدان التخطيط العائلي.
- إقبال البنات والنساء على المصالح الصحية ذات النوعية، ومحاولة تخفيض اعتلال الأمومة، وتخفيض معدلات وفيات الأمهات على الأقل 50% من اليوم إلى 2000، وكذلك 50% من اليوم إلى غاية 2015 والمسجلة في سنة 1990.
- تدعيم وضمان التربية الصحية عند البنات بخصوص وظائف أعضاء التكاثر، الصحة الإنجابية، التكاثر عند فئة المراهقين. (نفس المرجع، ص.46).

وللإشارة، لقد جاء في أعمال برنامج مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية بكل النقاط السالفة الذكر، وكان عام 1995، العام الذي كثر فيه الحديث والنقاش حول قضية المرأة والنهوض بها في كافة الميادين العلمية، الصحية، والثقافية، والاقتصادية والسياسية، والتأكيد على المساواة في الحقوق والمشاركة، وتبرز هذه الإنجازات أكثر من خلال انعقاد المؤتمر الدولي التالي والمتمثل في:

2-1-9- مؤتمر الأمم المتحدة للمرأة بكين عام 1995:

يعتبر مؤتمر بكين نقطة تحول كبرى في الاهتمام بالمرأة، حيث اهتم بالقضايا المركزية التي أكد عليها مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية 1994، والمتعلقة أساسا بشأن الصحة والحقوق الإنجابية، كما أكد المؤتمر على ضرورة تقسيم المسؤولية بين الرجل والمرأة في الأمور التي تتعلق بالإنجاب والصحة الإنجابية.

وسعى المؤتمر إلى تعزيز والتمتع الكامل بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية لجميع النساء طيلة دورة الحياة. (الأمم المتحدة، 1995، ص.2).

وعلاوة على ذلك، دعا المؤتمر إلى تعزيز دور المرأة والاعتراف بالأهمية الاجتماعية للولادة والأمومة، ولدور الوالدين في الأسرة وكذا تنشئة الأطفال، ونادى إلى أن >> لا تشكل الولادة والأمومة والأبوة ودور المرأة في الإنجاب أساسا للتمييز، ولا

تعيق مشاركة المرأة في المجتمع. وينبغي كذلك الاعتراف بالدور الهام الذي غالبا ما تضطلع به المرأة في مجتمعات كثيرة، في رعاية بقية أفراد أسرتها» (نفس المرجع، ص.9)، كما نادى أيضا إلى توعية المرأة بالعوامل التي تزيد من مخاطر الإصابة بأنواع السرطان والتهابات المسالك التناسلية، كما شجع المؤتمر على تركيز البحوث المتعلقة بالمرأة والخدمات الصحية واستخدام المرأة لها، ونشر المعلومات حول صحة المرأة، وهذا يدل على أهمية ودور المرأة في عملية التنمية، والنهوض بها، وتمكينها من اتخاذ قرارات واعية ومسؤولة، والسعي إلى تحقيق الإنصاف والمساواة بينها وبين الرجل⁽¹⁾.

ونظرا لأهمية السعي إلى تحسين نوعية حياة الإنسان ورفاهيته، وتأمين إمكانية حصول الجميع على خدمات الصحة الإيجابية بما فيها صحة الأمومة، وتنظيم النسل والصحة الجنسية عقدت الجمعية العامة للأمم المتحدة دورة استثنائية نحو بلوغ أهداف مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية 1994، وذلك عام 1999، وسنوضحه في العنصر التالي:

2-10- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات بنيويورك / 1999:

استعرض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات أهم المواضيع والمسائل التي تطرق إليها مؤتمر القاهرة الدولي 1994، والمتمثلة في أربعة مجالات:

1- التعليم ومعرفة القراءة والكتابة.

2- رعاية الصحة الإيجابية والحاجة غير الملباة إلى وسائل منع الحمل

3- خفض وفيات الأمهات.

4- فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

وفي هذا الشأن، لقد جاء في الفقرة 53⁽²⁾ من برنامج المؤتمر، المتعلقة في المجال الثاني والمتمثل في > رعاية الصحة الإيجابية والحاجة غير الملباة إلى وسائل منع الحمل<< ببدء كل الحكومات إلى السعي في توفير كل الوسائل المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة ومنع الحمل وذلك بحلول عام 2015، وإلى توفير خدمات التوليد، والوقاية من

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلى الملحق رقم (5) أين تجد أهم النقاط التي جاءت في برنامج مؤتمر بكين.

⁽²⁾ - أنظر مضمون الفقرة 53، في الملحق رقم(5).

أمراض الجهاز التناسلي وعلاجه.(صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون سنة، مرجع سابق، ص.15).

كما تنص الفقرة 64⁽¹⁾ من برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات لعام 1999. حول السعي إلى خفض معدل وفيات الأمهات، والرفع من نسبة الولادات التي تشرف عليها القابلات من 80% بحلول عام 2005 إلى 85% بحلول عام 2010، وإلى 90% بحلول عام 2015.(نفس المرجع، ص.16).

ولقد أكدت كل المؤتمرات السالفة الذكر بوضوح على حقوق الإنسان للمرأة، وحقوقها الإيجابية، بما فيها الحق في بلوغ أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية، وحققها في التنمية، كما شددت إلى الحاجة على تحمل الرجل لنصيبه من المسؤولية، ومشاركته في الوالدية، وفي السلوك الجنسي والإنجابي. وعلاوة على هذه الطائفة من المؤتمرات الدولية السالفة الذكر، هناك مؤتمرات أخرى التي أشارت بدورها حول قضية المرأة، والتي قمنا بإبرازها في الملحق(5).

كما نجد كذلك مؤتمرات وطنية تم عقدها بالخصوص بعد انعقاد المؤتمر الدولي للقاهرة حول السكان والتنمية 1994، والجزائر من بين الدول التي نظمت عدة مؤتمرات وندوات و ورشات عمل حول موضوع المرأة والصحة، وسوف نبرز أهمها وهي:

2-2- على المستوى الوطني:

قطعت الجزائر شوطا كبيرا في مجال ترقية صحة الأمومة التي اعتبرت من بين أهم محاور حول مسألة السكان والأوضاع الاجتماعية، والاقتصادية، والديمغرافية، والصحية، حيث اعترفت في عدة لقاءات ومؤتمرات وطنية بأهمية دور المرأة وترقيتها وبحقوقها الإيجابية وحققها في التنمية.

وللإشارة كل ما جاء من أهداف وجدول أعمال مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية لـ 1994 والمؤتمرات التي عقبتها، سوف نجده في المؤتمرات الوطنية، ولذا سوف نحاول إعطاء قائمة لذلك دون التطرق إلى مضامينها لأننا سوف نلتصقها في عنصر السياسات السكانية وتطرقها إلى مسألة صحة الأمومة في ثنايا هذا الفصل.

(1) - أنظر مضمون الفقرة 64 في الملحق رقم (5).

قائمة المؤتمرات :

- 1- مؤتمر ورشة عمل حول برامج صحة الأمّ والطفل، الجزائر 1997.
 - 2- " الجندر - السكان - والتنمية " اليوم العالمي للمرأة / 11 مارس 1998. منظم من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية. الجزائر.
 - 3- " السكان والتنمية المستدامة " / وزارة الصحة والسكان / 24-25 جوان 1998 - الجزائر - فندق المرسي.
 - 4- " المرأة والصحة في مطلع الألفية الثالثة " 10-11 مارس 1999 / ورشة عمل حول موضوع المرأة والصحة في القرن الواحد والعشرين / الجزائر.
 - 5- " منع الحمل في الجزائر تحدي آفاق 2010 اليوم العالمي للقبالة / زراثة- الجزائر 12-13 ماي 2003 / وزارة الصحة والسكان.
 - 6- " المؤتمر الوطني حول السياسة السكانية (10 + CIPD) " وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني للسكان، 2 جوان 2004 / قصر الثقافة / الجزائر.
 - 7- " السكان والتنمية، 10 سنوات بعد القاهرة " 11 جويلية 2004 / وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات / الجزائر. قصر الثقافة.
 - 8- " المسح الجزائري حول صحة الأسرة "، 12 جويلية 2004، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، قصر الثقافة / الجزائر.
- وبعد انعقاد المؤتمرات سواء على المستوى الدولي أو الوطني، نلاحظ حدوث تحولات كبيرة في تاريخ الاهتمام بقضية المرأة، وبالأخص في المجال الديمغرافي، الصحي، وإيراز كل مؤشراتته من معدل وفيات الأطفال والأطفال الرضع، من معدل الخصوبة، والمؤشر التركيبي للخصوبة، ومعدل الولادات، ومعدل استخدام وسائل منع الحمل، معدل وفيات الأمهات..إلخ.
- وبالرغم من المجهودات المبذولة من طرف دول العالم، إلا أنه ما زال يتوفى حاليا قرابة 529000 حالة وفاة سنويا من الأمهات أثناء الولادة، أو من جراء مضاعفات الحمل وبعده

وهذا ما أكدته المديرية التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان " السيدة ثريا.أ.عبيد"، حيث وجهت رسالة¹ بمناسبة اليوم العالمي للسكان وذلك في 11 جويلية

¹ - أنظر مضمون الرسالة في الملحق رقم (5).

2004، وأكدت من خلالها على أنه ما زال هناك الكثير مما يجب عمله، وأشارت بالخصوص إلى قضية الأمومة السالمة، وحماية المرأة من العنف، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

ومن أجل السعي إلى النهوض بصحة الأمومة، اهتمت الجزائر بهذه المسألة، ويبرز ذلك من خلال تطرقها في برامج السياسة السكانية في الجزائر، وهذا ما سنوضحه في العنصر الآتي:

3- السياسة السكانية والأمومة:

بالرغم من أن السياسة السكانية تحتوي على مجموعة من الموضوعات، إلا أنها ارتبطت في ذهن معظم واضعي السياسات حول مجال الخصوبة من خلال برامج تنظيم الأسرة، ثم برامج صحة الأم والطفل، ثم توسع المفهوم إلى الصحة الإنجابية مع وضع المرأة في المركز، وفي قلب البرامج الصحية والمشاريع والتي سنفصل فيها الحديث فيما بعد.

اشتملت السياسة الوطنية للسكان أكثر في مجال خدمات تنظيم الأسرة، التي تعد كمفتاح لنجاح تحقيق تلك السياسات، وفي هذا الشأن عرفت الجزائر تغيرات وتطورات ملحوظة، حيث قامت بتعديل وتيرة النمو الديمغرافي وهذا مع انعقاد برنامج التحكم في النمو الديمغرافي في فيفري 1983، قبل هذه السنة، تم إدماج سياسة منع الحمل في المصالح الصحية القاعدية وكان ذلك سنة 1974 الذي أدى بدوره إلى انعقاد برنامج وطني لحماية الأمومة والطفولة الذي كان يهدف أساسا إلى تحسين صحة الأم والطفل لاسيما الحوامل المتعددة، والمنقاربة، وبهذا أنشأت مراكز لذلك، وهذا ما سنبرزه بالتفصيل في العنصر التالي. (وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات، 2001، ص.28).

توسعت عن طريق هذه البرامج عملية استخدام وسائل منع الحمل حيث ارتفعت النسبة من 8% سنة 1970 إلى 11% سنة 1978، وإلى 25% سنة 1984 وإلى 64% سنة 2000 وانخفض المعدل حيث وصل سنة 2002 مقرب بـ 57% (59% في الوسط الحضري مقابل 54.4% في الوسط الريفي).

(Ministère de la santé, de la Population et de la réforme hospitalière, Direction de la Population, 2004, p.24).

وللإشارة، تعد الجزائر من بين الدول ذات الاستخدام الواسع المرتفع لمعدل استخدام وسائل منع الحمل حيث تم تصنيف الدول العربية إلى ثلاثة تصنيفات من حيث مستوى انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، و هذا حسب التقرير الإحصائي السنوي لعام 2002 والمتمثلة :

1- استخدام مرتفع: وتضم الدول التي يزداد فيها معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة عن 50% وهي: تونس (65.5%)، الجزائر (64%)، لبنان (62.7%)، البحرين (62%)، المغرب (58.8%)، مصر (56.1%)، الأردن (53%)، الكويت (52%)، فلسطين (51.4%).

2- استخدام متوسط: وتضم الدول التي يتراوح فيها معدل انتشار استخدام تنظيم الأسرة بين 25 إلى 50% وهي: سوريا (45.8%)، ليبيا (45.1%)، قطر (43%)، السعودية (32%) الإمارات (28%).

3- استخدام متدني: وتضم الدول التي ينخفض فيها معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة عن 25% وهي: عمان (24%)، اليمن (21%)، موريتانيا (8%)، الصومال (8%) السودان (7.2%). (المجلس العربي للطفولة والتنمية، 2003، ص.50).

وبهذا انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر من 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 6.9 طفل لكل امرأة سنة 1980، لكي يصل إلى سنة 1990 مقدر بـ 4.5 طفل لكل امرأة انخفاض مقدر بـ 2.4 طفل لكل امرأة خلال 10 سنوات، ووصل يقدر المؤشر التركيبي للخصوبة في سنة 2000 بـ 2.54 طفل لكل امرأة، وإلى 2.4 طفل لكل امرأة عام 2002⁽¹⁾.

(Ministère de la santé, de la Population et de la réforme hospitalière, Direction de la Population, 2004, opcit, p.19)

ثم توسع مفهوم سياسة تنظيم الأسرة إلى مفهوم سياسة ترقية صحة الأم والطفل، واللافت الانتباه تركزت البرامج في مجال صحة الطفل أكثر من الاهتمام بصحة الأم، إذ سلطت أنظارها حول تطعيم الأطفال ومراقبة نموهم، ومعالجة الأمراض للشائعة

⁽¹⁾ - أنظر جدول رقم (1) ملحق رقم (6) الذي يوضح المؤشرات الديمغرافية في الجزائر.

كالإسهال، ثم أُدخل في برامج السياسات الصحية مفهوم " الصحة الإيجابية "، حيث انتقلت من مفهوم التحكم في الخصوبة إلى فكرة صحة الأم والطفل، ثم إلى فكرة التخفيض من الاعتلال ووفيات الأمهات، وكذا تخفيض معدل وفيات الأطفال ووفيات حديثي الولادة، والاهتمام بالمسائل المتعلقة بالأمومة الآمنة بما فيها مرحلة الحمل أثناءه وبعده، والاعتراف بحق المرأة في بلوغ أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية، واضطلاعها بأهم قضايا الصحة الجنسية والإنجابية بما فيها وباء فيروس نقص المناعة(السيدا)، مكافحة أمراض نقص التغذية، الاهتمام بمخاطر الإنجاب المبكر والمتأخر، الحمل ذات خطورة عالية.

وما يلفت الإنتباه، أن الخطاب السياسي قد تغير، حيث انتقل إلى السعي والاعتراف بحق المرأة في بلوغ أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية⁽¹⁾. وللإشارة، تم إدخال مفهوم الصحة الإيجابية في السياسات السكانية بالخصوص في سنوات العشرية الأخيرة وبالتحديد بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية عام 1994.

وضعت الجزائر حيزا معتبرا للبرامج المختصة بصحة الأم والطفل، حيث أحصي من بين 19 برنامجا فرعيا في ميدان الوقاية، 6 برامج متجهة نحو صحة الأم والطفل التي تهدف أساسا إلى مكافحة أسباب الحالات المرضية، ووفيات الرضع والأطفال، والأمومة.(وزارة الصحة والسكان، 1998، ص.42).

كما وضعت كذلك برامج متخصصة في مجال الأمومة الآمنة، لاسيما التكوين المتواصل لمقدمي الخدمات، والعناية الكاملة بالتوليد الفوري، تخفيض الوفيات بسبب النزيف الدموي عند الولادة الذي يمثل تقريبا ربع وفيات الأمهات.

كما سلطت البرامج السياسية أنظارها حول سرطان الرحم، بما في ذلك الكشف عن الجروح ما قبل السرطانية والسرطانية لعنق الرحم، ويعد هذا الأخير من أهم مشاكل الصحة العمومية، كما يشغل السبب الثاني بعد سرطان الثدي في الاعتلال ووفيات النساء، وتشير الإحصائيات أن هناك 13 حالة من بين 100.000، امرأة مصابة بهذا الداء.

(Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière direction de la Population, 2003, opcit, p.42).

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلى عنصر التشريعات والأمومة في ص. 93

وبهذا المشكل الصحي العمومي، اهتمت الجزائر بهذا الداء، حيث أنجزت دورات تكوينية لنشاطات الكشف، وتم إنشاء حوالي 100 مركزا خاصا بالكشف على مستوى التراب الوطني وذلك ما بين 1999 و 2001 للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين(وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2001 ، مرجع سابق، ص.35).

فيما يخص الوقاية ومعالجة الأمراض المنتقلة جنسيا كالسيدا، فقد أعدت برنامجا وطنيا من أجل ذلك، وأدخل ضمن السياسة الوقائية.

ولا يفوتنا ونحن نستعرض أهم ما أنجزته، وما زالت تتجزه الجزائر في مجال الصحة الإيجابية، هو وضعها لبرنامج الإقبال على استعمال اللولب وذلك في أواخر سنة 1997 - والذي سنفصل فيه الحديث لاحقا-، حيث تشير الإحصائيات إلى أن العادة الخاصة في مجال استعمال وسائل منع الحمل تنتشر في الإقبال المكثف حول وسائل منع الحمل الفموية أي الحبوب، حيث قدرت النسبة لعام 1986 بحوالي 74.4% مقابل 5.9% للولب، وبقية تقريبا على نفس المستوى إلى أن وصلت نسبة استعمال وسائل منع الحمل الفموي حسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 بـ 74.6% مقابل 9.2% للولب، وهذا ما يبرزه الجدول رقم (1) الملحق رقم (2).

وعلاوة على ذلك، وبالرغم من التطورات والمجهودات المبذولة من أجل تنفيذ برامج ترقية صحة الأمومة، وكذا التحقيقات التي تم تنفيذها على مستوى التراب الوطني، إلا أن مشكل وفيات الأمهات ما زال مطروحا، ويشغل بال واهتمام واضعي السياسات، وكذا الباحثين وفي إطار هذا الاهتمام الذي يوليه قطاع الصحة حول مسألة المرأة والصحة الإيجابية، لقد تم وضع أهداف السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2005، وكذا لآفاق 2010.

تتمثل الأولويات الوطنية المحددة في ميدان السكان في :

>>1- تسهيل خدمات الصحة الإيجابية والتخطيط العائلي بما فيها:

- تحسين الإقبال على الخدمات في المناطق الأكثر حرمانا واللجوء إلى الفرق المتنقلة عند الضرورة.

- تدعيم الإتصال مع القطاع الخاص(الأطباء المختصين)، الأطباء العموميين، القابلات بإشراكهم في تحقيق البرنامج الوطني بالوسائل المتوفرة.

- متابعة عملية توطيد العلاقة بين الأمومة والتخطيط العائلي من خلال تنظيم وسائل منع الحمل في الفترة ما بعد الإنجاب وهذا بمتابعة عملية إدماج التخطيط العائلي في مصالح التوليد وكذا تدعيم العلاقات بين مصالح التوليد ووحدات الصحة العمومية الأخرى.
- تحسين نوعية الخدمات (تحسين الإستقبال، توفير منتوجات وسائل الإتصال....).
- 2- تطوير نشاطات الإعلام والتربية والإتصال.
- 3- تحسين جمع المعلومات الديمغرافية والبحث في ميدان السكان.
- 4- ربط برنامج السكان بالسياسات القطاعية وصياغة سياسة سكانية<>. (وزارة الصحة والسكان، 1998، مرجع سابق، ص ص 60-62).
- أما عن أهداف السياسة السكانية لآفاق 2005 و 2010، فهي تتمثل في:
- <>- الوصول في المجال الديمغرافي إلى معدل تحديد الأجيال أي مؤشر تركيبى للخصوبة يقدر بـ 2.5 في سنة 2005، و 2.1 في سنة 2010.
- الوصول إلى نسبة استعمال وسائل منع الحمل تقدر بـ 65% في سنة 2005، و 70% في سنة 2010 بتدعيم استعمال الوسائل الحديثة، هذه النسبة توزع حسب الطرق كما يلي:
- 40% من الوسائل الفموية.
- 25% اللولب.
- 5% بالنسبة للوسائل الأخرى.
- التقليص بنسبة 25% في سنة 2005، وبالنصف في سنة 2010 لمعدل وفيات الأمومة المسجل خلال سنة 1999 أي الوصول إلى نسبة أقل من 100 ألف ولادة حية، وإلى 60 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية، وإلى 60 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية.
- الوصول إلى نسبة 85% من الولادات في الوسط المسعف، ومراقبة الحمل خلال سنة 2005، وإلى 90% في سنة 2010.
- التقليص بنسبة 25% لمعدل وفيات الرضع خلال سنة 2005، وبالنصف خلال سنة 2010 (المعدل المسجل خلال سنة 1999) أي الوصول إلى معدل أقل من 40 في الألف في سنة 2005، وإلى 25 في الألف في سنة 2010.
- رفع أمل الحياة عند الولادة على الأقل 72 سنة للرجال، والنساء في سنة 2010 أي بارتفاع 5 سنوات مقارنة مع سنة 1995<>. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2001، مرجع سابق، ص.48).
- وتستلزم هذه الأهداف الديمغرافية من الناحية الكيفية إلى:

>> تعميم الولوج إلى خدمات الصحة الإنجابية بما فيها الإعلام، الخدمات، نصائح للرجال والنساء في هذا الميدان.

- القضاء على الفوارق بين الجنسين في مجال التعليم والعمل على تعميم التمدرس بالنسبة للذكور والإناث بين 6 و 15 سنة.

- تعزيز مشاركة المرأة في التنمية بالخصوص رفع إقبالهن على الشغل ومناصب القرار.

- القضاء على مختلف الفوارق بين الريف والحضر وتدعيم التدخلات في ميدان السكان والتنمية في المناطق المبعثرة»⁽¹⁾ (نفس المرجع، ص.48).

وعليه، في ضوء ما تقدم في عنصر السياسة الوطنية للسكان والأمومة، والتي لا تقل أهمية عن سابقتها، إذ أنها تبقى مرتكزة من حيث برامجها وآفاقها على الإقبال المدعم لخدمات الصحة الإنجابية بما فيها التنظيم العائلي، العناية ما قبل، أثناء وما بعد الولادة، والأمراض المتقلبة جنسيا، سرطان الرحم، وعدم الإخصاب...إلخ، وبالتالي الوصول إلى الصحة والحقوق الإنجابية، وكل ما يتضمنه هذا المفهوم من معان وهذا ما سلف الإشارة إليه. في حين لا يمكن الوصول إلى هذا الحق أو ممارسته دون الحصول على المعلومات اللازمة وعلى الخدمات ذات الجودة العالية، من وقاية صحية، ومراقبة منتظمة للحمل، أثناءه وبعده...إلخ، ولمساعدة الأفراد على ممارسة هذا الحق، دعم صندوق الأمم المتحدة للسكان إتفاقية مشاريع سنة 2002-2006 مع كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ومركز الدراسات من أجل التحليل والتخطيط (CENEAP)، وجمعية الكشافة الإسلامية، تهدف هذه الإتفاقية إلى رفع مستوى نوعية الحياة لجميع السكان وذلك عن طريق خفض وفيات الأمهات، تحسين وفترة خدمات رفيعة الجودة لتنظيم الأسرة لكل فئات المجتمع، وكذا حرية اختيار الإنجاب، وتخفيض اللاتساوي في الجندر كما ينتظر كذلك تطوير معارف الشباب والمراهقين في مجال الصحة الإنجابية، التخطيط العائلي، والصحة الجنسية، ويمكن عرض هذه المشاريع التي تم تحديد مجالها الزمني ما بين 2002 إلى 2006 فيما يلي:

⁽¹⁾ - إرجع إلى: (Attout, Benkhelil et Saadi, 2001, CENEAP, pp 59-60)

1- مشروع ALG / 02 / P01 : << تطور وفرة الصحة الإنجابية، التخطيط العائلي
الصحة الجنسية>>

<< Amélioration de la disponibilité des services de santé de la
reproduction, planification familiale, santé sexuelle>>.

ويتم تنفيذ هذا المشروع من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ويهدف إلى:

- تحسين توفير مصالح الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي والصحة الجنسية.

- تحسين معارف الشباب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية بما فيها الوقاية من
الأمراض المنقولة جنسيا / السيدا.

2- مشروع ALG / 02 / P03 : << إدماج مفاهيم الصحة الإنجابية، التخطيط العائلي
الصحة الجنسية في برامج التنمية الريفية>>.

<< Intégration des notions de SR / PF / SS dans les programmes de
développement rural >>.

ويتم تنفيذه من طرف " Institut National de la vulgarisation Agricole "
يحاول هذا المشروع تطوير العمليات التحسيسية، والإعلام والوعي في مجال الصحة
الإنجابية والتخطيط العائلي في أوساط النساء والرجال في المناطق الريفية. كما يسعى
أيضا إلى تقوية عملية استخدام مصالح الصحة الإنجابية.

3- مشروع ALG / 02 / P04 : يتم تحقيقه من طرف حركة الكشافة الإسلامية

الجزائرية، إذ يحاول المشروع تطوير وتنمية العمليات التربوية والتحسيسية حول أهمية
مسائل الصحة الإنجابية في أوساط الشباب والمراهقين.

- محاولة تكوين شبكة المربيين.

- تكوين و تنظيم نشاطات الإعلام والتربية والاتصال (IEC).

4- مشروع ALG / 02 / P05 : يتم تحقيقه من طرف وزارة الشبيبة والرياضة حيث

تسعى بدورها إلى إدماج الصحة الإنجابية في نشاطات الإعلام وتربية الشباب.

<< Appui au ministère de la jeunesse et des sports pour l'intégration
de la santé de reproduction dans les activités d'information et
d'éducation de la jeunesse>>. (FNUAP bureau d'Alger, 2002-2006, p3).

يهدف المشروع إلى ترقية سلوكيات الشباب اتجاه الصحة الجنسية والإنجابية عن طريق الوقاية من الأمراض المتقلبة جنسيا والسيدا، وترقية كذلك الثقافة الجنسية.

4- الخدمات الصحية والأمومة:

تعد الصحة بصفة عامة، وصحة الأمومة بصفة خاصة، من بين أهم انشغالات دول العالم، فهي حق أساسي لجميع النساء في سن الإنجاب، الأمر الذي جعل الجزائر تهتم بصحة الأمومة وكذا الطفولة، حيث جعلت عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة مسؤولية أساسية على عاتقها.

تتمثل الخدمات الصحية في مجال صحة الأمومة في زيادة عدد المستشفيات والوحدات العلاجية الوقائية، وعدد الأسرة، وزيادة عدد الأطباء المتخصصين، والممرضات والقابلات، إنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة، ومصالح خاصة بالتوليد، كما تتمثل أيضا في توفير الأدوية، توفير وسائل منع الحمل، والاهتمام بالتوعية والتنقيف الصحي، وهذا ما سنبرزه من خلال عرضنا لأهم الخدمات الصحية المقدمة للنساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة، ومحاولة التعرف كذلك على أهم التغيرات التي طرأت عليها، ومعرفة مدى استفادة النساء من هذه الخدمات.

تشير إحصائيات عام 2001، أنه هناك توزيعا غير عادلا للأطباء عبر التراب الوطني، حيث يشتغل 190 أخصائي في أمراض النساء، و20 أخصائي في طب الأطفال، يتواجدون في القطاعات الصحية، والبالغ عددها بحوالي 178 قطاعا على مستوى التراب الوطني كما يتمركز الأخصائيون في أمراض النساء في العاصمة بحوالي 38، تتواجد أغلبهم الساحقة في القطاع الصحي للقبّة بـ (11)، كما تأتي ولاية وهران في المرتبة الثانية من حيث توفر عدد الأطباء المختصين بأمراض النساء بحوالي (24)، وينخفض العدد كلما اتجهنا إلى الجنوب حيث نجد (2) في إليزي وكذلك غرداية، كما أتضح أنه لا تتوفر في 9 ولايات على أي أخصائي في أمراض النساء والتوليد وهي (الأغواط، البويرة، الجلفة، سطيف، سيدي بلعباس، عنابة، مسيلة، تندوف، سوق أهراس)، كما لا نجد أخصائي في طب الأطفال لـ 33 ولاية.

(Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification et de la normalisation, 2002, pp 105-112).

في حين يشير نفس التقرير لعام 2001، أنه يشتغل في القطاع الخاص حوالي 636 طبيبا مختصا في أمراض النساء، تتمركز أغلبيتهم الساحقة في الجزائر العاصمة بـ (179)، ثم تليها من حيث الأهمية وهران بـ (46)، قسنطينة بـ (31)، وتلمسان (25)، كما يتواجد طبيبا واحد مختص بأمراض النساء في غرداية وتيسمسلت أيضا (Ibid,pp 247- 248).

أما في القطاع الخاص يتواجد حوالي 57 طبيبا مختص في طب الأطفال، جلهم في العاصمة بحوالي 14، ثم تليها وهران بـ 6، ومستغانم بـ 4، والبقية تتوزع على ولايات الجزائر بأعداد قليلة، وتفقر حوالي 21 ولاية في القطاع الخاص طبيبا للأطفال. فيما يخص عدد القابلات، تشير إحصائيات 1995، أنه يوجد حوالي 4326 قابلة موزعة على مصالح طب النساء ومراكز الأمومة.(المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، مرجع سابق، ص.18). كما تشتغل حوالي 252 ممرضة بين مصالح طب الأطفال وطب النساء والتوليد.(نفس المرجع، ص.19).

بالإضافة إلى العناصر البشرية، تتطوي الخدمات الصحية على العناصر المادية التي تشمل على المستشفيات والمراكز المتخصصة، حيث تشير آخر الإحصائيات وذلك في 31 /12 /1995 على أنه يوجد:

- في القطاع الصحي : هناك 178 قطاعا صحيا يتواجد على مستوى التراب الوطني، و184 مستشفى، وفي كل مستشفى مصلحة طب النساء والتوليد ومصلحة طب الأطفال. كما أحصي في مجال قطاع مستشفيات الولادة بحوالي 485 مركزا عموميا للأمومة، مع 4862 سريرًا حيث نجد 654 أسرة غير شاغلة، وتتوزع مستشفيات الولادة على: 421 من مراكز الولادة الملحقة بعيادة متعددة الخدمات ومركز صحي، والبقية 64 من مراكز الولادة المستقلة.

(Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique, 1999,p.7) .

- فيما يخص القطاع خارج المستشفيات تتوزع:
- 482 عيادة أين نجد 6 غير وظيفية.
- 1150 مركزا صحيا أين نجد 24 غير وظيفية.
- 4390 قاعة علاج أين نجد 610 غير وظيفية (Ibid, p.7).

• أما عن نشاط التوليد: تشير الإحصائيات في 31 / 12 / 1998، أنه قدر عدد الأسرة في مصالغ التوليد العامة بـ 8758 سرير. كما أحصى حوالي 510114 ولادة، 85% منها تمت على مستوى وحدات القطاعات الصحية.

ويتجلى من خلال هذا العرض، التوزيع الغير عادل من حيث توفر الأخصائيين في طب النساء والتوليد، وكذا طب الأطفال على مستوى التراب الوطني، حيث يدعونا إلى التفكير في الاستثمار أكثر في مجال رعاية الأمومة من حيث العناصر البشرية وكذا المادية، والأفضل أن تكون السياسات حسب احتياجات كل ولاية، وهذا مما يدعو على المدى البعيد، إعطاء قيمة اقتصادية واجتماعية التي لا يمكن أن تقدر، حيث يحقق الأمان للأسرة وللمجتمع على السواء.

ولكن هذا لا يمنعنا أن نشهد على التطورات التي أحرزتها الجزائر في هذا المجال، وما زالت تسعى إلى تحقيق أكثر من ذلك، حيث بفضل البرامج الصحية، تم توسيع شبكة تقديم الخدمات في مجال النشاطات المتعلقة بالصحة الإنجابية وبالأخص في سنوات الثمانينات والتسعينات، كما تم توسيع الإقبال على مصالغ العلاجات ذات النوعية في مجال تنظيم الأسرة وكذا العناية بالأمومة، واعتلال ووفيات النساء في سن الإنجاب، حيث تم إنشاء 440 مركزا لحماية الأمومة والطفولة وذلك ما بين 1974 و 1983⁽¹⁾، وما يقارب 400 من مقدمي الخدمات من أطباء، قابلات، مولدات ريفيات تم رسكلتهم في مجال تنظيم النسل.

(Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2002, p.33) .

و363 مركزا للتخطيط العائلي موزعين على كل ولايات الجزائر، وذلك على مستوى المصالح التوليدية للمراكز الإستشفائية الجامعية، والقطاعات الصحية⁽²⁾. (Ibid, p.36).

ومن جراء ذلك، تشير أحدث الإحصائيات إلى ارتفاع الفحوصات المتعلقة بالتنظيم العائلي على مستوى الهياكل الصحية العمومية، حيث انتقل العدد من 1399383 في سنة 1996

(1) - وللإشارة، تم فتح أول مركز تنظيم الولادات في الجزائر سنة 1967، بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر.

(2) - وهذا بفضل الإعلان الرسمي للقرار الوزاري رقم 39 لـ 4 سبتمبر 1994، ورقم 5 لـ 25 فبراير 1995.

إلى أن قدر العدد سنة 1999 بـ 2095416، أي ارتفاع مقدر بحوالي 696033 وذلك في ظرف 3 سنوات.

كما ارتفع طلب استعمال وسائل منع الحمل، حيث انتقل من 811000 من المستعملات في نصف عشرية الثمانينات إلى 2489000 سنة 2000، بمعدل استعمال مقدر بـ 64%، بعد ما كان مقدرًا بـ 8%، إلى 11%، 25% وذلك سنة 1970، 1978، 1984 على التوالي. (Ibid, p.38).

ولقد أدخلت عملية استخدام وسائل منع الحمل ضمن الصحة الوقائية، والتي بقيت إلى حد الساعة مجانية في الوحدات العمومية، ومعوضة بنسبة 100% من طرف الضمان الإجتماعي في حالة اقتنائها من طرف الخواص، وذلك طبقاً لأحكام المرسوم رقم 88-209 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988.

وعلاوة على ذلك، تم إدخال مشاركة أطباء النساء الخواص في ترقية اللولب، حيث تكون طريقة تمويله ووضعها مجاناً، وهذا من أجل تدعيم نشاطات التنظيم العائلي، وكذا تدعيم الترابط بين القطاع العلم والخاص، وكان ذلك في أواخر 1997. كما تم التعاقد في نهاية العام 1999 مع 119 طبيب مختص في أمراض النساء، ومن جراء ذلك، تم تسجيل حوالي 3200 وضع للولب خلال سنتين من تنفيذ هذا المشروع⁽¹⁾.

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض أهم الخدمات التي قدمت من أجل ترقية الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة وبالخصوص بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية لعام 1994، حيث قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتأسيس لجان تهتم بقضية السكان والتنمية لاسيما قضية المرأة والصحة الإنجابية وهي:

1- اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية والتنظيم العائلي، وذلك عام 1995، التي تضم بدورها مجموعة من الأطباء من مختلف الاختصاصات، القابلات، ممثلي الجمعيات التي تنشط في مجال الصحة الإنجابية.

⁽¹⁾ - وهو مشروع يهدف إلى إدماج أطباء النساء الخواص للقطاع وذلك طبقاً للقرار الوزاري الذي يدمج كل من قطاع الصحة، والقطاع المكلف بالحماية الاجتماعية والقطاع المكلف بالتضامن الوطني. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2001، مرجع سابق، ص.34).

2- اللجنة الوطنية للسكان وذلك عام 1996، وتم تأسيسها بموجب المرسوم رقم 98-157 في 16 ماي 1998، وتتكون من ممثلي مختلف الهيئات الوزارية، و وكذا المؤسسات الوطنية والجمعيات.

كما توسعت هذه اللجنة على مستوى ولايات الوطن.

(Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Population 2003, opcit, pp 37-38).

3- اللجنة الوطنية لمحاربة الوفيات واعتلال الأمهات وما حول الولادة وذلك عام 2001 (Ibid;p.41).

وللإشارة يكمن الهدف الأساسي من تكوين هذه اللجان في تقييم برامج الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، محاولة تلبية احتياجات النساء للعلاجات الإستعجالية نذكر على سبيل المثال الصعوبات أثناء الولادة، محاولة تقليص مشاكل سوء التغذية، الوقاية من الحمل غير المرغوب والإجهاض، وكذا السعي إلى محاربة أكبر مشكل ألا وهو الإصابة بالسيدا.

ومن خلال ما سبق الإشارة إليه، يتبين أن هناك تحسنا في مجال ترقية صحة الأمومة، ولكن بالرغم من تنوع الخدمات الصحية وتعددتها إلا أن هناك قدرا من التباين، ولذا تسعى الجزائر دوما إلى ترقية صحة الأمومة ونلمس ذلك أيضا من خلال عرضنا لأهم المؤشرات الديمغرافية ذات العلاقة بالخدمات الصحية و أبرزها:

1- توقع الحياة عند الولادة.

2- معدل وفيات الأطفال الرضع.

3- معدل وفيات الأمهات.

فيما يخص توقع الحياة عند الولادة، انتقل من 52.6 سنة عام 1970 (52.6 سنة للرجال و 52.8 سنة للنساء)، إلى 73.4 سنة عام 2002 (72.5 سنة للرجال، 74.4 سنة للنساء). (Ibid,p. 19).

كما نلاحظ انخفاضا في معدل وفيات الأمهات حيث انتقل من 230 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية عام 1989، إلى 215 لكل ولادة حية عام 1992 لكي يصل إلى 117 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية وذلك عام 1999 ويحتاج هذا المعدل للمزيد من الإنخفاض⁽¹⁾. (Ibid,p. 19).

⁽¹⁾ - ارجع إلى ص 7a .

أما عن ظاهرة وفيات الأطفال الرضع، فهي الأخرى عرفت انخفاضا ملحوظا، حيث انتقل المعدل من 43.7% عام 1992 (36.7% للأنثى و 50.8% للذكر) إلى 34.5% عام 2002 (33.3% للأنثى و 35.6% للذكر). (Ibid,p.16).

وإن التحسن في المؤشرات الديموغرافية الصحية⁽¹⁾ لدليل على التحسن في المستوى الصحي للبلاد، ويستلزم بدوره التحسن في الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل.

نظرا للأهمية الكبرى التي يحظى بها موضوع السكان والتنمية، لاسيما موضوع الصحة الإنجابية والمرأة لقد تعهدت في هذا الصدد، الدول التي حضرت في مؤتمر القاهرة الدولي عام 1994 حول السكان والتنمية أن تصرف أو تخصص مبالغ مالية من أجل ذلك، والذي يدخل ضمن برنامج عمل على 20 سنة وهي:

- 17 مليار من الدولار في سنة 2000.

- 18.5 مليار من الدولار في سنة 2005.

- 20.5 مليار من الدولار في سنة 2010.

- 21.7 مليار من الدولار في سنة 2015.

وتقدم ثلثي من هذه المبالغ إلى البلدان النامية، والبقية إلى البلدان المتقدمة.

(Equilibres et Populations ,1999,janvier,n° 46,p.6)

وحسب تصريح منظمة الأمم المتحدة للسكان أنه إذا لم يحقق هذا الهدف المالي، يمكن أن يؤدي أو ينجر عن ذلك إضافة ملايين من الحمل غير المرغوب، وملايين من حالة الإجهاض، عشرات الآلاف من وفيات الأمهات، وعلى الأقل مليون حالة وفاة إضافية للمواليد وأطفال صغار السن. (Ibid,p. 6).

⁽¹⁾ - أنظر الملحق رقم (6) الذي يلخص أهم المؤشرات الديموغرافية. في الجصول رقم (9) ٥

البيانات
واقعية الأهمية في ضوء نتائج الدراسة الكمية والكيفية

الصفحة	الفصل الرابع: الإقتراب الميداني للدراسة
134	1- المنهجية المتبعة.....
138	1-2 المسح الجزائري لصحة الأسرة أهدافه وكيفية إنجازه.....
139	1-2 أهداف المسح.....
139	2-2 أدوات المسح.....
141	3-2 عينة المسح.....
142	4-2 تنفيذ المسح.....
144	3- إجراءات دراسة الحالة وأبعادها.....
148	4- المتغيرات البحثية وكيفية معالجتها.....
149	4-1 المتغيرات المستقلة.....
149	4-1-1- المستوى التعليمي.....
150	4-1-2- الحالة العملية.....
157	4-1-3- العمر.....
158	4-1-4- رتبة المولود.....
159	4-2 المتغيرات التابعة.....
159	4-3 المتغيرات الرائزة.....
162	5- التحليل الإحصائي للبيانات.....

1- المنهجية المتبعة:

سعيًا من الباحث للوصول إلى اكتشاف حقيقة ظاهرة ما، يضطر إلى إتباع خطة عمل معينة تدخل في إطار منهج البحث العلمي إذ يعتبر من الركائز الأساسية لدراسة أي مشكل كان مهما كان نوعه وموضوعه، وذلك لإعطائه صيغة أكثر علمية وموضوعية، كما يعبر الباحث العلمي >> عن استقصاء دقيق ومنظم لظاهرة ما باستخدام المنهج العلمي. بتقنياته المختلفة الكمية والكيفية، وذلك بهدف اكتشاف حقائق وقواعد عامة يمكن التحقق منها مستقبلاً، ويمكن الاستفادة منها في الحياة العلمية والعملية <<. (د. دليو، 1997، ص، 15).

وما يظهر الحاجة إلى بحث ما إلا بوجود مشكلة تحتاج المزيد من التحليل والخصوص فيها.

وما التمسناه من خلال مشوارنا الطويل لإعداد هذه الرسالة، يكمن في أن طبيعة الموضوع تفرض على الباحث إتباع منهجية معينة وملائمة.

حاولنا في بداية المشوار، التفكير حول موضوع عام والمتمثل في الصحة الإيجابية الذي دار النقاش حوله في عدة مؤتمرات سواء كانت دولية أو وطنية، وبالخصوص بعد انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية في عام 1994، كما كان لنا الشرف أن نكون من بين الحاضرين، ومن بين المشاركين أيضاً، أهمها المؤتمر الذي ينظمه سنويا المركز الديمغرافي بالقاهرة حول موضوع السكان والتنمية.

وإضافة إلى ذلك، حضرنا ثلاثة مناقشات على مستوى دكتوراه في الديمغرافيا في الجامعة الكاثوليكية لوفال-لا-نوف / بلجيكا، وكانت اللقاءات ثرية مع هؤلاء الباحثين، ومع الأساتذة المختصين في الميدان، وما زال الإتصال قائما إلى حد الساعة.

وبفضل التنقلات والمشاركة التي بدأت منذ سنة 1999، بدأ يتضح الموضوع أكثر، ويتحدد أكثر إلى أن وصل إلى أخذ أهم ركن من أركان الصحة الإيجابية ألا وهو صحة الأمومة وبهذا تساعلنا هل موضوع صحة الأمومة بحاجة إلى رؤية جديدة؟ أم أنه لم يتم دراسته من جميع الجوانب؟ وتمكنا من الإجابة عن السؤال بفضل اللجوء إلى الطريقتين وهما:

الأول: جمع أهم المراجع والدراسات في مختلف مكاتب مراكز الدراسات والجامعات، سواء كان ذلك في الجزائر أو خارجها.

الثاني: القيام بمراسلة مختلف مراكز الدراسات والتي سنبرزها لاحقا.

فيما يخص الطريقة الأولى، فقد بدأت التنقلات منذ ديسمبر 1997، وهي السنة

التي تم التسجيل في إعداد رسالة الدكتوراه، وتتمثل أساسا في:

- 1- مكتبة الأمم المتحدة- حيدرة / الجزائر.
 - 2- مكتبة منظمة الأمم المتحدة - حيدرة- الجزائر.
 - 3- مكتبة منظمة الأمم المتحدة للسكان(FNUAP)، حيدرة / الجزائر.
 - 4- المكتبة الوطنية - الجزائر.
 - 5- المكتبة الجامعية- الجزائر.
 - 6- مكتبة ملحقة بوزريعة - الجزائر.
 - 7- مكتبة المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) الجزائر.
 - 8- مكتبة المجلس الإسلامي الأعلى - بن عكنون - الجزائر.
 - 9- مكتبة المركز الوطني للدراسات والتحليل من أجل التخطيط (CENEAP).
 - 10- مكتبة مركز البحوث في الإقتصاد التطبيقي من أجل التنمية (CREAD).
- كما كان لنا الشرف أن نزور مكتبة مخبر " GRAS " ⁽¹⁾ المتواجدة في وهران، وكان ذلك في شهر ماي 2004.

كما تمكنا التنقل خارج الجزائر ⁽²⁾ ، ونذكر أهمها:

- 1- مكتبة معهد الإحصاء، وقسم الآداب بجامعة القاهرة.
- 2- مكتبة عين الشمس - جامعة عين الشمس - .
- 3- مكتبة جامعة الإسكندرية- قسم علم الاجتماع.
- 4- مكتبة الإسكندرية.
- 5- مكتبة الجامعة الأمريكية- القاهرة.
- 6- مكتبة وحدة البحوث والدراسات السكانية - جامعة الدول العربية- القاهرة.
- 7- مكتبة جامعة الدول العربية - القاهرة.

⁽¹⁾-Groupe de recherche en anthropologie de la santé.

⁽²⁾ - كانت التنقلات عن طريق:

- المنحة ذات المدة القصيرة، التي تحصلنا عليها من طرف المعهد الوطني للتخطيط والإحصاء. بن عكنون.
- مساعدة من طرف مدير منظمة الأمم المتحدة للسكان ، تمكنا بفضل المشاركة في المؤتمر السنوي المنظم من طرف المركز الديمغرافي بالقاهرة، كما انتهزنا فرصة التنقل إلى الجامعات ومراكز الدراسات وكان ذلك عام 2002.

- 8- مكتبة المركز الديمغرافي بالقاهرة (CDC).
- 9- مكتبة مركز البحوث و الدراسات الإجتماعية والجنائية- القاهرة.
- 10- مكتبة الهيئة العامة للإستعلامات / مركز الإعلام والتعليم والإتصال / وزارة الإعلام .
- 11- المجلس القومي للمرأة / القاهرة.
- 12- المجلس القومي للسكان / القاهرة.
- 13- المجلس العربي للطفولة والتنمية- القاهرة.
- كما نتقلنا أيضا، إلى مكتبات المعاهد التالية:
- 14- مكتبة المعهد الوطني للدراسات الديمغرافية (INED) فرنسا.
- 15- مكتبة مركز الدراسات حول السكان والتنمية، (CEPED)- فرنسا.
- 16- مكتبة الجامعة الكاثوليكية للوفا- لانوف- (UCL) بلجيكا.
- 17- مكتبة معهد الديمغرافيا- قسم العلوم السكانية والتنمية - لوفاف- لانوف- بلجيكا.

أما عن الطريقة الثانية، التي تم بفضلها جمع المعطيات، والدراسات المتعلقة أساسا بموضوع الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة، والمتمثلة في مراسلة بعض مراكز البحوث، وكذا المجلات حيث تمت أغلبية المراسلات عن طريق البريد الإلكتروني- الأنترنيت، والبقية عن طريق البريد العادي، ومن أهم المراكز والمجلات التي وجدنا فيها صدى لطلباتنا، والتي مازالت إلى حد الساعة تصلنا أحدث المنشورات، أهمها:

- 1- Johns Hopkins university, center for communication programs- school of hygiene and public health. USA .
- 2- Centre de recherche pour le développement international (CRDI), Ottawa , Canada.
- 3- Organisation Mondiale de la Santé(OMS) Genève
- 4- Institut de Recherche sur le Maghreb Contemporain(IRMC). Tunis.

وعن المجلات والمنشورات لدينا كل من:

- 5- Fonds des Nations Unies pour la Population, Organisation Mondiale de la santé, " Entre nous" , magazine européen de santé sexuelle et reproductive, Copenhague- Danemark ⁽¹⁾ .

¹ - توقفت هذه المجلة عن الإصدار باللغة الفرنسية، وآخر رقم هو 49 لعام 2000-2001 ، وواصلت المجلة في الإصدار باللغة الإنجليزية.

6- Fédération Internationale pour la Planification Familiale. (IPPF) –
Londre / Grande Bretagne.

7- Network en français, family health international / Etats Unies.

8- Equilibre et Population, lettre mensuelle d'information- France.

وعلاوة على، ذلك لقد لعب الانترنت دورا كبيرا في مجال البحث، وكذا
المراسلات مع مختلف مراكز الدراسات، والاتصال السريع و المستمر مع الأساتذة
الأجانب (من فرنسا، بلجيكا، كندا سنغال، مصر.... إلخ).

وللإشارة، كل هذه المشاوير والتنقلات التي تمت على مستوى المكاتب
والجامعات سواء في الجزائر أو خارجها، أخذت منا وقتا طويلا وذلك منذ عام 1999 إلى
غاية 2005، والملفت للانتباه أن كل المراجع والدراسات التي تم جمعها على مستوى
مكثباتنا خصت الجانب الطبي أكثر بكثير من الميادين الأخرى، بما فيها الإجتماعية،
الديمغرافية، الأنثروبولوجية، فقد تبين أن هذه المكثبات تفتقر و بشدة إلى هذا النوع من
المراجع و حتى إن وجدت فهي مواضيع عامة حول المرأة، وكيفية تربية الأطفال،
وغيرها.

وعليه، فإن إنجاز هذا العمل لم يكن ليرى الضوء، ويتحقق دون المساعدات التي
تلقيناها سواء بالمراسلة أو التنقلات المختلفة خارج الجزائر، وكذا حضور المؤتمرات،
وجلسات و ورشات عمل سواء كان ذلك في الجزائر أو خارجها.
وبهذا، لقد اعتمدت دراستنا على أسلوبين من البيانات:

الأول: خاص ببيانات المسح الذي أجري على مستوى التراب الوطني حول " صحة
الأسرة " وذلك عام 2002، وهي أحدث بيانات بحورتنا، وهذا ما سنبرزه لاحقا بالتفصيل
من أهداف المسح وتصميماته.

الثاني: خاص ببيانات دراسة الحالة، يدخل هذا الأخير في المنهج الأنثروبولوجي
الإجتماعي، فهو أكثر المناهج ملائمة لموضوع دراستنا، وسوف نقوم بتسليط الضوء عليه
في ثنايا هذا الفصل.

لقد أشرنا في البداية إلى أن البحث العلمي يستخدم تقنيات أهمها الكمية و الكيفية،
ونحن بدورنا سوف نستخدم التقنيتين، حيث نلتزم التقنية الأولى وهي الكمية من خلال
عرضنا لبعض نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، أما عن التقنية الثانية
وهي الكيفية نلتزمها هي الأخرى من خلال عرضنا نتائج دراسة الحالة.

وقبل الغوص في إبراز نتائج مسح صحة الأسرة، سوف نبرز في العنصر الآتي على أهداف هذا المسح وكيفية إنجازه.

2- المسح الجزائري لصحة الأسرة أهدافه وكيفية إنجازه:

نظرا للاهتمام البالغ الذي تحظى به الجزائر في مجال صحة المرأة عامة والأمومة خاصة، وأبعد من ذلك صحة الأسرة، جاء توقيع وثيقة مشروع "صحة الأسرة" بين حكومة الجمهورية الجزائرية وجامعة الدول العربية و ذلك بدعم من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، وصندوق الأوبك للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، واليونيسف واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، وقسم الإحصاء للأمم المتحدة. وقامت جامعة الدول العربية بتنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة منذ عام 1999، و جاء هذا الأخير استمرارا لمسيرة المشروع العربي للنهوض بالطفولة التي أعطت قاعدة بيانات حول صحة الأم والطفل لحوالي عشرة دول عربية وهي موريتانيا ومصر، اليمن، الجزائر، السودان، سوريا، ليبيا، تونس، لبنان، المغرب، وتم ذلك ما بين فترة 1990 إلى 1997.

وبفضل المشروع العربي للنهوض بالطفولة، تمكن كل بلد من عملية تشخيص الأوضاع الاجتماعية، والاقتصادية والبيئية والصحية حول صحة الأم والطفل. وعقب ذلك انطلق المشروع الثاني والمتمثل في المشروع العربي لصحة الأسرة كما جاء هذا الأخير، طبقا لتوصيات مؤتمرات عدة، وأهمها مؤتمر القمة العالمية من أجل الطفل 1990، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، والمؤتمر الدولي للتنمية الاجتماعية 1995، والمؤتمر العالمي الرابع للمرأة⁽¹⁾ 1995، وكذا تنفيذًا لتوصيات المؤتمر العربي لمتابعة التقدم نحو برنامج عمل مؤتمر الدولي للسكان والتنمية و الذي عقد في بيروت عام 1998 بشأن مواضيع عدة في مجال السكان والتنمية بما فيها الصحة الإنجابية. وللإشارة لقد قام المشروع بإجراء المسح العربي لصحة الأسرة في كل من تونس و سوريا و الجزائر و جيبوتي و اليمن، و جاري تنفيذه في كل من المغرب و لبنان و السودان، و جاري الإعداد له في كل من الصومال و الجماهيرية. (د. عبد

⁽¹⁾ ارجع إلي ص . 109 .

المنعم، 2004، ص 1)، وبهذا اهتمت الجزائر بهذا المشروع وقامت بتنفيذه عام 2002 وتمثل أهدافه في النقاط التالية:

2-1- أهداف المسح:

>> 1- تمكين السلطات العمومية المعنية من الحصول على بيانات تمكنها من متابعة وتقييم برامج الصحة.

2- المساهمة في تحسين برامج الصحة خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية من خلال إقامة قاعدة معلومات سيتم تحديثها باستمرار.

3- الحصول على أدوات تمكن من تطوير سياسة صحية على المستوى الجهوي، إذ أن تصميم العينة قد راعى تمثيل أغلب مؤشرات المسح على المستوى الإقليمي.

4- مقارنة مستوى البلاد في مجال صحة الأسرة مع مختلف دول العالم العربي، وتقييم الجهود التي يجب بذلها في مجال صحة السكان <<(وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، 2003، ص.3).

يعد المسح الجزائري لصحة الأسرة من أحدث المسوحات التي أقيمت على مستوى التراب الوطني، والتي خصصت أهم ركن من أركان الصحة الإنجابية والمتمثل في صحة الأمومة حيث سلط أنظاره على أهم محددات صحة الأمومة، وأهم المشكلات الصحية التي تصادفها الأمهات أثناء الحمل والولادة والنفاس، واتجاهاتهن ومواقفهن اتجاه ذلك، كما حاول المسح توفير بيانات تفصيلية ودقيقة حول اتجاهات الشباب نحو الصحة الإنجابية، ووفيات الأمهات والرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن.

وبتوفير هذه القاعدة من المعطيات، سوف تساعد - من دون شك - الباحثين

ومعدّي البرامج على تحليل و متابعة وتقييم السياسات الصحية والاجتماعية.

2-2- أدوات المسح:

تبعاً لاحتياجات الجزائر من بيانات ومؤشرات، وتماشياً مع الخصائص الاقتصادية والاجتماعية، والثقافية، وطبقاً لتحقيق أهداف المسح، قام كل من الديوان الوطني للإحصائيات، ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وبالتعاون مع جامعة الدول العربية بوضع استبيانات نموذجية التي أعدتها إدارة المشروع العربي لصحة الأسرة.

وبهذا، تمّ جمع بيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة عن طريق استخدام خمسة استبيانات والمتمثلة في:

- >> 1- استبيان الأسرة المعيشية والظروف السكنية.
 - 2- استبيان الصحة الإنجابية ومرحلة ما بعد الإنجاب (15-59) سنة.
 - 3- استبيان الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن 60 سنة فأكثر.
 - 4- استبيان صحة الأسرة المعيشية للعينة الموسعة لدراسة وفيات الأطفال والرضع ويتضمن خصائص الأسرة المعيشية وجدول المواليد لكل السيدات السابق لهن الزواج وعمرهن يتراوح بين 15-54 سنة.
 - 5- استبيان الشباب غير المتزوجين 15-29 سنة<>. (نفس المرجع، ص.5).
- وتماشيا لأهداف ومتطلبات أهداف الرسالة التي نحن بصدد إنجازها، سوف نسلط الضوء على مضمون الاستبيان الثاني وهو >> استبيان الصحة الإنجابية ومرحلة ما بعد الإنجاب (15-59) سنة<>، ومن خلاله، سوف نهتم فقط ببيانات النساء في سن الإنجاب ما بين 15 و 49 سنة.

وبهذا قسم الاستبيان إلى تسعة أقسام⁽¹⁾:

- القسم الأول: خلفية المبحوثة ومواردها والزواج.
 - القسم الثاني: الإنجاب ووفيات الأطفال.
 - القسم الثالث: رعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح.
 - القسم الرابع: تغذية وصحة آخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح.
 - القسم الخامس: انتشار الأمراض المزمنة واعتلال الصحة بسبب الإنجاب.
 - القسم السادس: مرض الإيدز(السيدا) والأمراض المنقولة جنسيا.
 - القسم السابع: تنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب.
 - القسم الثامن: الخصوبة والتاريخ الإنجابي.
 - القسم التاسع: الصحة الإنجابية.
- ومن بين الأقسام التسعة، سوف نسلط الضوء إلا على القسم الأول، والثالث والرابع، والخامس والسابع. ويتم التركيز على القسم الأول و الثالث و الرابع، الذي يتماشى و أهداف

¹ - ارجع إلى الملحق رقم (7) أين تجد مضمون الاستبيان ا.

البحث، و يتم الإشارة على بعض نتائج القسم الخامس و السابع في الجانب النظري للرسالة.

2-3- تصميم عينة المسح:

استخدم المسح الجزائري لصحة الأسرة، أسلوب العينة الطبقية متعددة المراحل، حيث قسم مجتمع الدراسة إلى جهات جغرافية وهي الشرق، الوسط، الغرب، الجنوب⁽¹⁾ وتم تقسيم كل جهة إلى مناطق صحية، وكل منطقة صحية إلى مقاطعات متجانسة نسبيا، وفي سياق هذا التصنيف، قسمت ولايات الجزائر إلى 17 منطقة صحية:

- 5 مناطق في الجهات الصحية للوسط.
- 5 مناطق في الجهات الصحية للشرق.
- 4 مناطق في الجهة الصحية للغرب.
- 3 مناطق في الجهة الصحية للجنوب.

وللإشارة تتكون قاعدة المعاينة من كافة الأسر العادية التي تم إحصائها عن طريق التعداد العام للسكان و السكن لعام 1998.

وبهذا تم اختيار 510 عنقودا على مستوى التراب الوطني، حيث سحب 30 عنقودا في كل منطقة ($30 \times 17 = 510$)، وسحب 20 أسرة معيشية لكل عنقود لتصبح العينة مقدره بـ 10200 أسرة معيشية للعينة الرئيسية ($10200 = 20 \times 510$) وضمف

⁽¹⁾ - وللعلم، تشمل هذه الجهات أو المناطق الصحية منها الشرق والوسط والغرب، والجنوب، حيث تتضمن كل منطقة الولايات التالية:

- المنطقة الصحية للوسط: تشمل 11 ولاية: بجاية، بليدة، بويرة، تيزي وزو، الجزائر، جلفة، مدية، برج بوعريرج بومرداس، تيبازة، وعين الدفلة.
- المنطقة الصحية الغربية: تشمل 11 ولاية وهي الشلف، تلمسان، تيارت، سعيدة، سيدي بلعباس، مستغانم، محسك، وهران، تيسمبيلت، عين تموشنت و غليزان.
- المنطقة الصحية الشرقية: تشمل 14 ولاية وهي: أم البواقي، باتنة، تبسة، جيجل، سطيف، سكيكدة، عنابة، قالمة، قسنطينة، مسيلة، الطارف، خنشلة، سوق أهراس والميلة.
- المنطقة الصحية الجنوبية: تشمل 12 ولاية: أدرار، الأغواط، بسكرة، بشار، تمنراست، ورقلة، البيض، إليزي تندوف، الواد، النعامة و غرداية.

(Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, Ligue des Etats Arabes, 2004, opcit, p.8)

إلى ذلك، سحب في كل عنقود 20 أسرة معيشية إضافية للعينة الموسعة لكي تقدر العينة بـ 20400 أسرة معيشية للعينة الموسعة وهذا من أجل دراسة وفيات الأطفال والرضع.

2-4- تنفيذ المسح:

عقب عملية سحب العينة التطبيقية المتعددة المراحل، تأتي مرحلة تنفيذ المسح الجزائري لصحة الأسرة، حيث خرجت فرقة المشتغلين في الميدان وهذا بعد اجتيازهم المرحلة التدريبية وذلك من أجل ضمان تحقيق أعلى مستوى من دقة وجمع البيانات. وللإشارة، تضمنت المرحلة التدريجية بتعريف الباحثين على أهداف المسح وكل خطواته حيث تابعوا محاضرات حول الصحة الإنجابية، الأمراض المزمنة، الأمراض المنقولة جنسياً، صحة الطفل (تغذيته، تحصينه ضد الأمراض المعدية، الرضاعة الطبيعية)، وسائل تنظيم الأسرة. كما تم تعريفهم بكيفية إجراء المقابلة، والتعامل مع المبحوثين، وكسب ثقتهم للباحثين في الميدان، وبهذا بدأ التدريب من 24 أوت 2002 إلى غاية 11 سبتمبر 2002.

وبعد الإنتهاء من عملية تطبيق برنامج تدريب المشرفين والباحثات للتجربة الميدانية، تمت عملية انطلاق تنفيذ المسح الجزائري لصحة الأسرة خلال الفترة الزمنية ما بين سبتمبر ونوفمبر 2002، وحسب التقرير النهائي لنتائج المسح، اتضح أن نسبة استيفاء استبيان الأسرة المعيشية بنجاح قد قدرت بحوالي 93.5%، واستبيانات الصحة الإنجابية، قد قدرت هي الأخرى بحوالي 96.1%.(Ibid,p.13).

ولإعطاء القارئ صورة أكثر جلاء لخطوات المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002 سنورد في الجدول التالي التوقيت الزمني الذي تم فيه تنفيذ المسح.

جدول رقم 7: التوقيت الزمني للمسح الجزائري لصحة الأسرة:

الأنشطة	من	إلى
1- الأعمال التحضيرية	ديسمبر 2001	/
2- التجربة الميدانية	2002 / 06 / 22	2002 / 07 / 09
3- التدريب على العمل الرئيسي	2002 / 08 / 24	2002 / 09 / 12
4- تنفيذ المسح ميدانيا	2002 / 09 / 21	2002 / 11 / 30
5- إدخال البيانات	2002 / 10 / 12	2002 / 12 / 29
6- تدقيق البيانات	2003 / 01 / 14	2003 / 03 / 15
7- إعداد التقرير الأول	ماي 2003	
8- إعداد التقرير النهائي	جويلية 2004	

المصدر:

(Ministère de la Santé, de la Population et de Réforme Hospitalière, Office National des Statistiques, Ligue des Etats Arabes, 2004, opcit, p.6).

وبالإضافة إلى ذلك، ومن أجل السعي إلى ضمان الجودة في العمل الميداني، وفي جمع البيانات، توفرت كل الإمكانيات البشرية والمادية، حيث شارك في تنفيذ هذا المسح، 90 باحثات لجمع البيانات، وهن تنتمين إلى سلك القابلات و موظفات بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، و 30 مراقبا، مع تجنيد 4 مشرفين على المستوى الإقليمي، و 8 مسؤولين على المستوى الوطني كما وضع تحت تصرفهم 34 سائقا. (Ibid, p.11).

وبعد عملية تنفيذ المسح الجزائري لصحة الأسرة، وإعداد التقرير الأولي والنهائي له، تم نشر نتائجه في المؤتمر الذي نظمته كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات وكان ذلك يوم 12 جويلية 2004، وهذا بعد إلقاء وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كلمة افتتاحية، وبها بدأت أشغال المؤتمر.

وفي اليوم بالذات، انتهزت فرصة حضوري لأشغال وفعاليات المؤتمر بالتحدث مع المدير العام للديوان الوطني للإحصائيات من أجل أن يمنح لنا الفرصة للحصول على معلومات أكثر دقة وتفصيلا حول النتائج الذي يحتويها التقرير النهائي. وبهذا قمنا بتحضير قائمة الجداول التي تتماشى وأهداف الرسالة مع طلب خطي بذلك.

ومع موافقة المدير، تحصلنا على النتائج التي سوف نسلط الضوء عليها في الفصل الخامس و السادس والمتعلقة أساسا برعاية صحة الأمومة أثناء الحمل والولادة والنفاس وأهم المتغيرات السوسيو ديمغرافية المؤثرة على ذلك وإدراكا لأهمية التطرق إلى هذا النوع من المواضيع، فكرنا في اللجوء إلى أسلوب آخر أكثر دقة والمتمثل في دراسة الحالة التي تمّ تنفيذها عن طريق المقابلات المعمقة وهذا ما سنوضحه في العنصر الآتي.

3- إجراءات دراسة الحالة وأبعادها:

بالرغم من استفادتنا من نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، إلا أنّ اللجوء إلى دراسة الحالة التي اعتمدت على المقابلات الفردية المعمقة كان إلزاميا حيث جاءت هذه الأخيرة مكملة للدراسة الكمية، بالرغم من عدم تمثيلية دراسة الحالة، إلا أنها قد أعطت معطيات دقيقة وملفتة الانتباه وهذا ما سوف نلمسه من خلال تحليلنا للنتائج لاحقا.

وبالإضافة إلى ذلك، الغرض الذي دفعنا إلى التفكير في عملية إجراء دراسة الحالة هو توسيع المعرفة في مجال معايشة الأمهات لآخر حمل لديهن خلال الخمس سنوات السابقة للتحقيق، وأهم المشاكل التي تكون قد صادفتها أثناء إجتيازهن مرحلة الحمل والولادة والنفاس ومواقفهن اتجاه ذلك، والوصول أيضا إلى إحتياجاتهن الغير الملباة اتجاه صحة الأمومة وبهذا لقد أعطت الدراسة صورة ثرية حول أبعاد الأمومة، وكيفية معايشة تجربة الحمل والولادة والنفاس وتم ذلك عن طريق عملية السرد. وتعتبر هذه الأخيرة من أصعب المنهجيات التي يتبعها الباحث، وأصعب الخطوات لكونها تتطلب من الباحث جهدا ووقتا كبيرا يستغرقه لإجراء هذا النوع من الدراسة.

وفي هذا السياق، لقد تمّ تصميم دليل المقابلة، وتمّ تنفيذه عن طريق المقابلة الفردية المعمقة وتعتبر المقابلة من أهم الوسائل البحثية لجمع المعلومات والبيانات من الميدان الإجتماعي فهي >> عملية إجتماعية صرفة تحدث بين شخصين الباحث أو المقابل

الذي يتسلم المعلومات ويجمعها ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي المعلومات إلى الباحث بعد إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل <<. (الحسن، 1986، ص.93).

وبهذا تمت مقابلة مجموعة من النساء في سن الإنجاب ما بين 15 و 49 سنة، قد أنجب على الأقل مولودا حيا خلال الخمس سنوات السابقة على التحقيق.

وللإشارة، لقد استغرقت المقابلة الفردية المعمقة منا وقتا طويلا، ما بين ساعتين إلى ثلاث ساعات وتصل حتى إلى أربع ساعات، وكانت تحدث المدة الأخيرة الأكثرية منها في البيت، وإن استغرق مدة المقابلة لا تعتبر ضياع للوقت وإنما تعد الخطوة الأولى لجمع بالتفصيل المعلومات التي نحن بصدد البحث عليها، حيث تجر المبحوثة أن تحي بعمق تجربتها المتعلقة بالحمل وما بعده، كما تمكنا من خلال إجراء تلك المقابلة و تحليل الحالات المعمقة، استخراج الكلمات المهمة التي تردت على ألسنة المبحوثات، إذ لها وظيفة اجتماعية غير قابلة للإنكار، حيث تفسر الوضعية الاجتماعية الثقافية المعاشة من طرف المبحوثات، وعرف الدكتور مبتول الكلمة بأنها :

« Les mots ont une charge sociale indéniable. Ils traduisent des situations sociales qui ont été vécues par notre interlocuteur » (Mabtoul, sans année b, p. 16).

وبهذا حاولت دراسة الحالة التي تدخل ضمن المنهج الكيفي إثارة مشاكل وانشغالات جديدة، ويسمىها لا زارسلف بالملاحظة الغربية أو المدهشة (Observation surprenante) التي بواسطتها تظهر أو نفس ظواهر جديدة.

(Grawitz, 1990, p.631).

وتمكنا من خلال ذلك قدر المستطاع في الإندماج مع المبحوثات، وهذا من أجل السير الحسن لعملية المقابلة الفردية المعمقة، حيث فسحنا لهن المجال والوقت الكافي للإجابة، وحاولنا عدم مناقشة الإجابة، وإنما طرح الأسئلة وتركها مفتوحة من أجل التمكن أكثر من جمع مختلف الإجابات، وفي بعض الحالات كنا نعيد طرح الأسئلة عند الضرورة، وهذا من أجل التحرير الجيد لكل ما تصرحن به وتسردنه.

وللإشارة تعتبر هذه الخطوة من أهم القواعد الذهبية للمقابلة السردية⁽¹⁾ **Entretien narratif** أين نترك المبحوثة ونشجعها في الكلام فكل تجربة حياة تشمل بعدا اجتماعيا. (Bertaux, 2001, p.45).

وفي هذا الصدد قمنا بسرد تجربة النساء حول الحمل و الولادة و النفاس، وجاء على شكل نص سردي « **texte narratif** »⁽²⁾، و عن طريق هذا الأخير تمكنا من تحليل كل حالات الدراسة التي تختلف من حالة إلى أخرى، ويقول في هذا الصدد كل من Huberman و Matthew أن كل محلل يبتدع تحليل خاصا به⁽³⁾.

و الملاحظة التي يجب الإشارة إليها هي أن هذا المنهج من المقابلة المعمقة قد تمّ بنجاح في بعض حالات الدراسة، حيث كنّ مرتاحات، في حين هناك من المبحوثات لم ترتحن من المقابلة حيث كنّ قلقات بسبب طول مدة المقابلة المعمقة المستغرقة. وعليه ليست مبالغة إذا قلنا أن التحقيق كان صعبا جدا، ولا يستطيع القارئ تصور ذلك إلا بنزوله إلى ميدان البحث.

فيما يخص الأداة أو المصدر الذي بفضلها تمكنا من جمع المعلومات الثرية، يتمثل في دليل المقابلة، ويعتبر هذا الأخير قائمة من الأسئلة التي بفضلها تمكنا من مقابلة الأمهات، ومعرفة معارفهن ومعايشتهن لتجربة الحمل والولادة والنفاس، كما تمكنا معرفة الدور الذي تلعبه المرأة في مواجهة الأمومة، وكل العراقيل والمشاكل التي صادفتها، كما حاولنا إدخال قدر المستطاع المضمون الثقافي الاجتماعي والأنثروبولوجي وعلاقته بالرعاية أثناء الحمل والولادة والنفاس، وهذا ما سوف نبرزه من خلال تحليلنا الدقيق لتلك الحالات. كانت أسئلة المقابلة أغلبيتها مفتوحة، وهي الأسئلة التي تعطي للمبحوث للإجابة عليها كما يشاء، إما بالاختصار أو بالتفصيل، بمعنى هناك حرية الإجابة على الأسئلة المفتوحة. (الحسن، مرجع سابق، ص. 86).

⁽¹⁾ « l'une des règles d'OR de l'entretien narratif c'est : encourager le sujet à parler, par de simples approbations et relancer, l'interrompre le moins souvent possible ».

(Bertaux, opcit, p. 47).

⁽²⁾ « le texte narratif se présente sous forme de notes de terrains transcrites que l'annaliste parcourt, pour en extraire des segments codés et en tirer des conclusions. Ensuite l'analyste prends généralement la forme d'un nouveau texte ... et le narratif c'est le compte rendu d'étude de cas ». (Huberman, et Matthew, 1991, p 143)

⁽³⁾ « aucun outil universellement accepté par les chercheurs qualitatifs quant à la présentation des données n'existe à ce jour, aussi chaque analyste doit inventer la sienne ». (ibid, p,144).

كما إحتوت أسئلة المقابلة الفردية المعمقة و الموجودة في الملحق رقم (08) على أسئلة مفتوحة- مغلقة، حيث يعتبر هذا النوع من الأسئلة من الأشكال الوسيطة بين الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة، وهو اقتراح مجموعة من الأجوبة يضعها الباحث ويترك للمبحوث حرية الاختيار، وحرية الإجابة أيضا.

وبهذا النوع من الأسئلة، تمت المقابلة مع المبحوثات أغلبيتها الساحقة باللهجة الجزائرية الدارجة، والبعض منها باللغة العربية أو الفرنسية وذلك تبعا والمستوى التعليمي للمبحوثة.

وتمكنا من خلال المقابلة الفردية المعمقة من خلق جوا سادته الثقة والإطمئنان، والراحة في عملية سرد تجربتهن الأخيرة للحمل والولادة وما بعدها أي فترة النفاس، حيث تكلمن وتحدثن بكل حرية، وبدون أي حرج، خاصة فيما يتعلق بالأسئلة حول العلاقات الجنسية وأهم معارفهن واتجاهاتهن أثناء الحمل وبعده، كما وجد هناك بعض المستجوبات لم تكتفين بالأسئلة الموجهة إليهن، وإنما تجاوزناها إلى حد التحدث حول كل المشاكل الصحية المتعلقة بالحمل أو غيره، وكذا المشاكل العائلية والزواجية.

وللإشارة تمّ تحضير دليل المقابلة باللغة الفرنسية، والعربية وتضمن العناصر التالية:

• المحاور الرئيسية لدليل المقابلة:

- 1- الخلفية الإجتماعية والإقتصادية للمبحوثة(العمر، المستوى التعليمي، الحالة الفردية).
- 2- أخذ القرار في مجال الزواج.
- 3- النظرة والاتجاهات أثناء الحمل الأخير(تشمل على التعريف حول مفهوم الحمل وعلاماته، مفهوم الأمومة، التعرف على مختلف الكشوفات أثناء الحمل، سبب الإقبال أو عدم الإقبال على الخدمات الصحية أثناء الحمل، معارف اتجاه المشاكل الصحية، اتجاه التغذية، اتجاه العلاقات الجنسية أثناء الحمل وبعده، النظرة إلى جودة الخدمات الصحية من نظافة الاستقبال، مدة الانتظار، النصائح المقدمة لهن، المدة المستغرقة للكشف.
- 4- النظرة والاتجاهات أثناء الولادة، يشمل هذا المحور حول مكان الولادة وسبب اختيار المكان، طريقة الولادة وعلامات الولادة، نظرتهم اتجاه الخدمات الصحية المقدمة أثناء عملية الوضع(سواء في المنشأة العمومية أو الخاصة).
- 5- مرحلة النفاس ورعاية المولود: يشمل هذا المحور على مدى المتابعة بعد الولادة، وأهم الكشوفات الطبية بعد الولادة، والمعرفة بأنواع الأكل المقدم خلال فترة النفاس من توصيات

وممنوعات، والمعرفة اتجاه العلاقات الجنسية ومدى جوازها في تلك المرحلة، والعناية بالمولود الجديد من رضاعة طبيعية، والمعرفة اتجاه مختلف التطعيمات⁽¹⁾.

وعليه، بفضل المقابلات الفردية المعمقة، تمكنا من استكمال بعض الجوانب الغامضة والتي كان من الصعب تغطيتها من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، وبالتالي اضطررنا للنزول إلى ميدان البحث، دام هذا الأخير حوالي خمسة أشهر، حيث أجرينا بعض الحالات في شهر ماي، والأخرى في شهر جوان، جويلية، أوت وسبتمبر 2004، وقمنا في خلال هذه الفترة الزمنية بمقابلة الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 15 و 49 سنة تنتمين إلى مختلف الشرائح الإجتماعية، الاقتصادية والديمغرافية وقد تمّ مقابلة 15 حالة مأخوذة من مكان العمل، ومن مستشفى مصطفى باشا مصلحة رعاية الأمومة والطفولة أين كن يقبلن من أجل تطعيم أطفالهن ، وفي البيت، حيث تمت مقابلة 10 حالات بنجاح، و توقف تحليلنا عند هذا العدد لكوننا توصلنا إلى مرحلة الإكتفاء بالإجابات المقدمة من طرف المبحوثات.

وعليه، سمحت لنا هذه الدراسة بالاضطلاع على واقع صحة الأمومة وكيفية معايشة الأمهات آخر تجربة الحمل والولادة والنفاس، وكذا الغوص في معرفة دور المتغيرات السوسيو ديمغرافية والتي من دونها لا يمكن دراسة ومعرفة واقع صحة الأمومة في الجزائر.

وبهذا أصبح ربط بيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة ودعمه بدراسات ذات طابع كفي أمر بالغ الأهمية.

بعد استعراض المراحل المختلفة لتنفيذ المسح الجزائري لصحة الأسرة، ودراسة الحالة تأتي عملية تحديد المتغيرات البحثية، التي تعد من أهم مراحل البحث الميداني، فتجديدها يجعل الباحث يتمسك أكثر بموضوع بحثه، كما يتمكن و يتوصل إلى عملية التفتيح والتحليل بصفة موضوعية وأكثر جلاء، وهذا ما سنعرضه بالتفصيل في العنصر الآتي:

4- المتغيرات البحثية وكيفية معالجتها:

يسعى موضوع الدراسة- كما سبق الإشارة إليه- إلى محاولة التعرف على الأبعاد

⁽¹⁾ - من أجل تفاصيل أكثر، ارجع إلى مضمون دليل المقابلة في الملحق رقم (8).

السوسيو ثقافية والديمغرافية حول الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وما بعدها (النفاس) ، وبهذا وجدنا أنفسنا مضطرين إلى محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية وهي: ماذا أدرس ؟ لماذا أدرس ؟ وكيف أدرس ؟ فالجواب عن السؤال الأول والثاني يتواجد في الفصل الأول من هذه الرسالة، أما عن السؤال الثالث وهو كيف أدرس ؟ يمكن الإجابة عليه من خلال تحديد وتشخيص المتغيرات البحثية، فهي مفتاح الرسالة، وتعد من أهم مناهج البحث العلمي التي يتبعها الباحث، فأية عملية بحث تحتاج عادة إلى قدر معين من المتغيرات. وتتمثل المتغيرات البحثية التي نحن بصدد تحديدها هي:

4-1- المتغيرات المستقلة.

4-2- المتغيرات التابعة.

4-3- المتغيرات الرائدة.

4-1- المتغيرات المستقلة:

التي تمثل فرضيا العامل المؤثر على النشاط أو الرأي المأخوذ بعين الاعتبار، ويعرف المتغير المستقل أنه: "هو الذي يعتمد عليه في تفسير الثاني الذي يمثل النتيجة، وهو ما يسمى بالمتغير التابع أي الناتج عن الفعل الأول"، و المتغير المستقل في المنهج التجريبي هو ذلك المتغير الذي نتداوله لقياس التأثير في المتغير التابع، يمكننا تسميته كذلك بالمتغير السبب، السابق، النشاط أو التجريبي". (انجـرس، 2004، ص.169).

و تمّ تحديد المتغيرات المستقلة بالمتغيرات السوسيو- ديمغرافية وأهمها:

4-1-1- المستوى التعليمي للأم.

4-1-2- الحالة العمالية والمهنية لها.

4-1-3- العمر.

4-1-4- رتبة المولود.

4-1-1- المستوى التعليمي للأم:

يعتبر من أهم متغيرات الدراسة المؤثرة على الرعاية لدى النساء أثناء الحمل والولادة والنفاس، وهو من أهم الركائز الرئيسية في الدراسات والأبحاث الاجتماعية، والديمغرافية حيث أكدت الدراسات أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات، كلما تحسنت المستويات الصحية، كما أتضح أن المرأة المتعلمة تبرز مكانتها في الأسرة

والمجتمع على حد سواء . و يعكس كذلك على وضعها الإجتماعي والاقتصادي داخل الأسرة ومدى مساهمتها في شؤون الأسرة، ومدى اتخاذ القرار فيما يخص صحتها وصحة أسرتها.

وبهذا يعتبر التعليم عنصرا إيجابيا في اجتياز المرأة بأمومة بدون خطر.

كما برزت أهمية متغير التعليم سواء من خلال المنهج الكمي المتمثل في نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، أو المنهج الكيفي في نتائج دراسة الحالة، حيث أتضح أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما زاد الوعي بأهمية المراقبة المستمرة والمنظمة، وزاد أيضا الوعي بأهمية الإقبال على الخدمات الصحية، وهذا ما سنوضحه لاحقا.

وتمّ تصنيف المستوى التعليمي إلى:

- أمية.
- تقرأ وتكتب.
- متوسط.
- ثانوي.
- جامعي.

4-1-2- الحالة العملية والمهنية:

يتمثل المتغير المستقل الثاني - وهو كيفي - في الحالة العملية والمهنية.

• الحالة العملية يتم تحديدها بـ :

- تعمل.
- لا تعمل.

• الحالة المهنية يتم تحديدها بالفئات المهنية الآتية:

- 1- Cadre supérieurs et professions intellectuelles et scientifiques. 1- إطار عالي ومهنة ثقافية وعلمية.
- 2- Professions intermédiaires. 2- مهنة وسيطة.
- 3- Employés de type administratif. 3 - مستخدمون إدارة.
- 4- Personnel des services et 4 - مستخدمو المصالح وبائعي المخزن والسوق

vendeurs de magasin et de marché.

5- Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche. 5- فلاحون وعمال مؤهلين في الفلاحة والصيد

6- Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal. 6- أصحاب صنعة وعمال يدويين.

7- Ouvriers et employés non qualifiés. 7- عمال ومستخدمين غير مؤهلين.

8- Professions non déclarées 8- مهنة غير مصرحة.

وللإشارة هناك مجموعة أخرى من المهن ولكنها غير موجودة في نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة وهي : مسيرو التركيب والآلات وعمال التجهيزات (Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage).

وفيما يلي سنحاول إعطاء أهم التعريفات ومحتوى المجموعات المهنية المذكورة سابقا، وذلك حسب تصنيفات المهن للديوان الوطني للإحصائيات.

1- الإطار العالي والمهن الثقافية والعلمية:

لقد تم إدماج كل من مجموعة الإطار العالي ومجموعة المهن الثقافية والعلمية في إطار نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة وهذا لقلّة عددها، حيث تشمل المجموعة الأولى في عضو التنفيذ ودينة تشريعية، وإطارات سامية بالإدارة العمومية، مسيري وإطارات سامية بالمؤسسة، وتتضمن كل من رؤساء المجالس، الوزراء، الولاة، الدوائر، وإطارات سامية بالإدارة العمومية، مدراء وإطارات سامية في التنظيمات السياسية والنقابية والجمعوية ومدراء ومسيريون في المؤسسات الصناعية، البناء، الفنادق والمطاعم، في شركات النقل والتخزين، في شركات الخدمات المقدمة للمؤسسات، في شركات الخدمات الصحية والخدمات المقدمة للخوادم وغيرها من مدراء ومسيريون آخرين. (الديوان الوطني للإحصائيات، 2002، ص.ص. 2-3).

أما المجموعة الثانية و المتمثلة في المهن الثقافية والعلمية وهي عبارة عن: << مجموعة مهن جوهرية تتطلب لإتمام المعارف المهنية ذات مستوى عالي التي تمس العلوم الفيزيائية وعلوم الحياة أو العلوم الإجتماعية والإنسانية >>. (نفس المرجع، ص.1).

وتشمل المجموعة على :

- 1- مهندسون ومختصون في العلوم الفيزيائية- الكيميائية، الرياضيات و التقنيات.
 - 1-1- باحثون في العلوم الفيزيائية ومماثلتها.
 - 1-2- باحثون في الرياضيات والإحصائيات.
 - 1-3- مختصون ومهندسون في الإعلام الآلي.
 - 1-4- مهندسون آخرون مهندسين معماريين ومهندسين مدنيين.
 - 1-5- مختصون في علوم الحياة وأعضاء في المهن الصحية.
 - 1-6- مختصون في علوم الحياة.
 - 1-7- أطباء وأعضاء المهن المشابهة المتعلقة بالصحة.
- 2- مهن بالتعليم الثانوي والعالي ومهن في التعليم مشابهة.
 - 1-2- أساتذة بالجامعة ومؤسسات التعليم العالي.
 - 2-2- أساتذة في التعليم الثانوي.
 - 2-3- مختصون آخرون في التعليم.
- 3- مختصون في التسيير وأعضاء في مهن ثقافية أخرى.
 - 1-3- مختصون في الوظائف الإدارية والتجارية للمؤسسة.
 - 2-3- قانونيون
 - 3-3- وثائقيون، كتيبون موقنين
 - 4-3- مختصون في العلوم الإجتماعية والإنسانية.
 - 5-3- كتاب وفنانون مبدعين ومنفذين.
 - 6-3- رجال الدين ومماثلهم (إمام مؤذن). (نفس المرجع، ص.4-5).

2- مهنة وسيطة:

<<وتحتوي هذه المجموعة على مهن تكمن مهامها الأساسية لتنفيذها معارف تقنية وتجربة لشعبة أو عدة شعب العلوم الفيزيائية وعلوم الحياة، أو العلوم الإجتماعية والإنسانية >>. (نفس المرجع، ص.1).

وتشمل هذه المجموعة على:

- 2- مهن وسيطة للعلوم الفيزيائية والتقنية بما فيها تقنيون في العلوم الفيزيائية والكيميائية، وفي الهندسة المدنية، في الكهرباء... إلخ.
- 2-1- عملاء آخرون في أجهزة الإعلام الآلي.
- 2-1-1- تقنيون في الأجهزة البصرية والإلكترونية.
- 2-1-2- تقنيون في وسائل النقل الجوية.
- 2-1-3- مفتشو العمارة والأمن والنظافة والتنوعية.
- 2-1-4- موظفين ملاحين تقنيين.
- 2-2- مهن وسيطة لعلوم الحياة والصحة.
- 2-2-1- تقنيون وعمال مماثلون في علوم الحياة والصحة.
- 2-2-2- مهن وسيطة للطب الحديث (ماعدا الممرضين).
- 2-2-3- ممرضون.
- 2-2-4- تقنيون سامون في الصحة وقابلات.
- 2-2-5- ممارسون للطب التقليدي ومعافون.
- 2-3- مهن وسيطة للتعليم (الأساسي).
- 2-4- مهن وسيطة أخرى.
- 2-4-1- وسطاء تجاريون وماليون.
- 2-4-2- وكلاء تجاريون وسماسرة.
- 2-4-3- مهن وسيطة للتسيير الإداري.
- 2-5- مهن وسيطة للإدارة العمومية ومفتشو الشرطة.
- 2-6- مفتشو الشرطة القضائية ومخبرين سريين.
- 2-7- مهن وسيطة للعمل الإجتماعي.
- 2-8- مهن وسيطة للإبداع الفني والتمثيل والرياضة.
- 2-9- مقدمون بالإذاعة والتلفزيون. (نفس المرجع، ص ص 6-8).

3- مستخدمون بالإدارة:

>> تحوي هذه المجموعة على مهن تكمن مهامها الجوهرية لتنفيذها معارف والتجربة التي تسمح بتنسيق وتخزين وتقديم ذلك للمعالجة الإعلامية واستعادة هذه المعلومات.<<(نفس المرجع ص.1).

وتشمل على المهن التالية:

3-1- مستخدمون بالمكاتب.

3-1-1- كاتبو - الآلة الراقنة- مختزلون على الآلة الراقنة ومماثلهم.

3-2-1- مستخدمو مصالح الحاسبة والمالية.

3-1-1- مستخدمو التوثيق وموزعو البريد ومماثلهم.

3-1-4- مستخدمون آخرون بالمكاتب.

3-2- مستخدمون باتصال مباشر مع الزبائن.

3-2-1- أمناء صناديق- موظفو الكواث ومماثلهم. (Caissiers, guichetiers et assimilés).

3-2-2- أعوان الإستقبال أو استعلام الزبائن.

4- مستخدمو المصالح ويانعي المخزن والسوق:

>> وتحوي هذه المجموعة الكبيرة على مهن مهامها الجوهرية في تعريف وصياغة وتجربة تسمح بالسلطة في مصالح مستخدمين ومصالح الحماية والأمن، أو بيع السلع في مخزن أو في الأسواق.<<(نفس المرجع، ص.1).

وتدخل في هذه المجموعة الكبيرة كل من :

4-1- مستخدمو بالخدمات المباشرة للخواص ومصالح الحماية والأمن.

4-1-1- أعوان الراقنة ومرشدون سياحيين.

4-1-2- عمال بمصالح المطاعم.

4-1-3- الحواضن، مساعدون بالصحة ومماثلهم.

4-1-4- مهن أخرى للخدمات المباشر للخواص(منها حلاقون وحلقات).

4-1-5- منجمون ضاربو الفال ومماثلهم.

4-1-6- مستخدمو مصالح الحماية والأمن.

4-1-7- موظفين مبحرين تجاريين.(مضيفين ومضيفات).

4-2- بائعون وعارضون وموديلي عارضي أزياء.(نفس المرجع، ص ص، 10-11).

5- فلاحون وعمال مؤهلين في الفلاحة والصيد:

>> وتحتوي هذه المجموعة الكبيرة على مهن تكمن مهامها الجوهرية في المعارف والتجربة التي تسمح بالحصول على منتجات الفلاحة والحراثة⁽¹⁾ والصيد.<<.
(نفس المرجع، ص.1).

وتشمل على المهن التالية:

5-1- فلاحون مؤهلين في الفلاحة وتربية الحيوانات والصيد البحري المخصصة للأسواق.

5-2- مربو الحيوانات وعمال بالفلاحة وتربية الحيوانات للأسواق ومماثلهم.

5-3- فلاحون وعمال بالفلاحة والزراعة المتعددة الأصناف وتربية الحيوانات المخصصة للأسواق.

5-4- مهن غابية ومماثلهم.

5-5- رؤساء صيادون بحارون.

5-6- فلاحون وعمال بالفلاحة وصيد موارد رزق.(نفس المرجع، ص.12).

6- أصحاب صنعة وعمال يدويين:

>> وتحتوي هذه المجموعة الكبيرة على مهن تكمن مهامها الجوهرية في المعارف والتجارب الخاصة بمهن يدوية والمهن المشابهة ، ومنه الإحتكاك بالآلات بما فيها كل مرحلة من مراحل الإنتاج، ونوع تطبيقات المنتجات المصنعة<<.(نفس المرجع، ص.1).
وتتضمن كل من المهن التالية:

6-1- حرفيون وعمال بالمقالع والبناء.

6-1-1- حرفيون وعمال التعدين والبناء الميكانيكي والكهرباء ومهن مماثلة.

6-1-2- حرفيون وعمال بمكانيك الدقة والأعمال الفنية والطباعة ومماثلهم.

6-2- حرفيون آخرون وعمال من النوع الحرفي.

6-2-1- حرفيون وعمال في التغذية.

⁽¹⁾ - الحراثة: Cylviculture

6-2-2- تجارون وعمال صناعة الخشب والمهن المشابهة.

6-2-3- حرفيون وعمال النسيج والألبسة.

6-2-4- حرفيون وعمال في الجلود والألبسة. (نفس المرجع، ص ص. 13-15).

7- عمال ومستخدمين غير مؤهلين:

>> وتحتوي هذه المجموعة الكبيرة على مهن تكمن مهامها الأساسية في المعارف والتجارب التي تسمح بعدم القيام بأعمال بسيطة وروتينية التي تكون أغلبها ذات استعمال لآلات يدوية التي تطلب مجهودا جسديا معتبرا وضروريا أحيانا، وفي بعض الحالات الإستثنائية لا تطلب إلا مبادرة بسيطة أو حكم ما<<. (نفس المرجع، ص. 1). وتشمل المهن التالية:

7-1- عمال غير مؤهلين في التجارة والخدمات.

7-2- عمال غير مؤهلين في الفلاحة والصيد والغابة وعمال مماثلين.

7-3- عمال ومرتبو السلع في المناجم والبناء والصناعات المصنعة والنقل.

تلك هي أكبر مجموعات المهن المصنفة من طرف الديوان الوطني للإحصائيات، أما المهن التي نحن بصدد إبرازها من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، وذلك حسب تصريحات المستجوبات ندمجها ضمن المجموعات الكبرى التالية:

1- إطار عالي ومهنة ثقافية.

2- مهنة بسيطة.

3- مستخدمات إدارة.

4- مستخدمات المصالح.

5- فلاحة.

6- حرفية.

7- عاملات ومستخدمات غير مؤهلات.

8- مهنة غير مصرحة.

9- لا تعمل.

كما صنفنا من المجموعة الأولى إلى الثامنة بـ : تعمل، والمجموعة الثانية: لا

تعمل وهذا ما سبق الإشارة إليه.

تعد الحالة العملية والمهنية من أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وبعدها، حيث لاحظنا من خلال نتائج الميدان أن المرأة الميسورة الحال لا تستطيع تلبية متطلباتها واحتياجاتها خلال اجتيازها مرحلة الحمل وما بعدها من مراقبة طبية، من تغذية... إلخ، كما نجد العديد من النساء من تصبن بالأنيميا، والإقبال إلى الطبيب الخاص يكلف الكثير من المصاريف- حسب تصريحات المبحوثات- ويكون اللجوء إليه إلا بدافع الضرورة، إذ يعد الإقبال علاجي أكثر مما هو وقائي، وهذا ما سنبرزه لاحقا من خلال تحليل نتائج ميدان البحث (الكمي والكيفي).

4-1-3- العمر:

- متغير العمر: لقد تم أخذ النساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة، وتم تقسيم هذه الفئة إلى فئات عمرية خماسية وهو المعمول به تقريبا في كل الدراسات وتتوزع الفئات العمرية على الشكل التالي:

19-15

24-20

29-25

34-30

39-35

44-40

49-45

وهو متغير كمي يعكس عمر المبحوثات، ويلعب هذا المتغير دورا كبيرا في نظرة الأمهات واتجاهاتهن إلى الحمل والولادة والنفاس وأهم السلوكيات الصحية اتجاه ذلك. وقمنا بتقسيم هذه الفئات العمرية إلى فئة النساء الصغيرات سنا دون الـ 30 سنة، وإلى فئة النساء الكبيرات سنا 30 سنة من العمر فما فوق.

وفي هذا الصدد لقد أكدت الدراسات التي أجرت في فينزويلا و سيربي لانكا، وإنجلترا أن متغير العمر هو العامل المعرض أكثر للخطر أثناء الحمل، وهذا مستقلا عن متغير عدد الأطفال المنجبين، حيث أتضح أن النساء الحوامل المتقدّمات في العمر 40 سنة فأعلى، هن أكثر عرضة للخطر بثلاثة إلى خمس مرات من النساء اللواتي تنتمين إلى فئة أعمار 20 - 24 سنة. (Prual, 1999, vol 11, n° 02, p. 169).

4-1-4- رتبة المولود:

الذي صنف بدوره إلى فئات، ويؤثر متغير رتبة المولود هو الآخر في النظرة والمعرفة اتجاه رعاية صحة الأمومة، حيث اتضح أن السلوكيات الصحية اتجاه الأمومة للمرأة المنجبة لطفل أو طفلين تختلف والمرأة المنجبة لـ 4 أو 5 أطفال فأكثر، وتم تقسيم هذا المتغير الكمي إلى فئات والمتمثلة في :

. 1

. 4-2

5 فأكثر .

وللإشارة، تحصلنا على هذا المتغير الكمي، عن طريق معرفة مجموع الولادات الحية الآتي أنجبها خلال حياتهن الإنجابية، وذلك حسب عمر المبحوثة وقت عملية التحقيق، وبهذا التعريف أخذنا السؤال رقم 208 من الإستیبيان الثاني، القسم الثاني: " الإنجاب ووفيات الأطفال"، الذي يجمع كل الولادات الحية المصرحة من طرف المبحوثة، والتي تم جمعها عن السؤال رقم 203، رقم 205 ورقم 207، حيث تنص هذه الأسئلة على ما يلي (1) :

-س 203: كم عدد الأبناء الذكور الذين يعيشون معك ؟ وكم عدد البنات الآتي يعشن معك ؟

- س 205: كم عدد الأبناء الذكور الذين لا يعيشون معك في البيت الآن ؟ وكم عدد البنات الآتي لا يعشن معك في البيت الآن ؟.

- س 207: كم عدد الذكور الذين توفوا ؟ وكم عدد البنات الآتي توفين ؟ .
وهذا التعريف يتماشى مع التعريف الثاني لرولان بريسو و الذي يتوافق مع دراسات خصوبة الزوجات (fécondité des mariages)، حيث يعرف رتبة الولادة أو المولود ب: "رتبة تحملها ولادة بعد أن يؤخذ في الإعتبار عدد الأطفال المولودين، إما من الأم، إما من الزواج الحالي، وقد يعد المولودون موتى (morts nés)، أو لا يعدون تبعاً للحالات. والتعريف الأول الذي يشمل الأطفال المولودين أحياء فقط، يتوافق إذن مع

11 - إرجع إلى مضمون الإستیبيان في الملحق رقم (7).

دراسات الخصوبة العامة، في حين يتوافق الثاني مع دراسات خصوبة الزوجات" (بريسا، 1990، ص.155).

و في هذا الصدد لقد أكدت الدراسات على أن النساء اللواتي تتجبن عددا كبيرا من الأطفال قد تتعرضن أكثر إلى المضاعفات الشديدة، ففي البنغلاداش مثلا يضرب إحتمال وفاة الأمهات في إثنين إبتداء من رتبة الطفل الرابع، و يضرب الإحتمال في ثلاثة إبتداء من الطفل الثامن. في حين أكدت الدراسات التي أقيمت في البلدان المصنعة أن كثرة الأولاد لا يعد عاملا معرضا للخطر عند الأم، و ترى أن المتابعة الحسنة و الرعاية الجيدة تؤديان إلى أمومة بدون خطر. (Prual, opcit, p. 169).

تلك هي المتغيرات البحثية التي تم اختيارها، فهي تعد الركيزة الأساسية لمكونات الفرضيات البحثية.

4-2- المتغيرات التابعة:

أما عن المتغيرات التابعة، تتوقف بدورها على عمل الأولى، "وهو ذلك المتغير الذي يجري عليه الفعل من أجل قياس التغيرات". (انجرس، مرجع سابق، ص.170).
وبها حاولنا شرح متغيرات موضوع الدراسة والمتمثلة في :

4-2-1- الحمل.

4-2-2- الولادة.

4-2-3- النفاس.

سيتم التعرف على هذه المتغيرات بالتفصيل في ثنايا الفصل الخامس والسادس .
وإن العلاقة بين المتغير المستقل والمتغير التابع لا تشكل ضمانا كافيا للمنطق السوسيولوجي ومن أجل التأكد ومراقبة تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، سنعتمد على متغير آخر وهو :

4-3- المتغير الرانز:

إن إدخال المتغير الرانز يسمح بالتحقيق من العلاقة بين المتغير (المستقل والتابع)، وهذا ما تطرق إليه Paul Lazarsfeld في القاعدة الثامنة، التي أكد عن طريقها التحكم الأحسن في مراقبة أثر المتغير المستقل بالإعتماد على المتغير الرانز، وتنص على:

>> إن التأثير المفترض للمتغير المستقل، يجب مراقبته عن طريق إدخال عدة متغيرات رائزة، ويسمى هذا الإجراء بالتحليل المتعدد المتغيرات، وهو يشير إلى تقاطع ثلاثة متغيرات على الأقل.<< (Singly, 1992, p. 105).

كما يسمى هذا الأخير بالتقاطع المضاعف، وبالإضافة إلى هذا النوع من الجداول، استعنا بالجدول، ذو التقاطع البسيط الذي طغى أكثر في الدراسة الميدانية، وميزته الأساسية هي توضيح مدى تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع، ويسمى كذلك بالجدول ذو المتغيرين. وإن طريقة تصميم هذا الأخير، تكمن في وضع المتغير المستقل أفقياً، والمتغير التابع عمودياً، كما قمنا بتسيب الجدول تبعاً للمتغير المستقل. (Ibid, p. 97).، وهذا ما سيتم تفصيله في الفصل القادم من الرسالة.

وَضف على ذلك، حاولنا من خلال موضوع دراستنا، تسليط الضوء على الحالة الصحية للأمهات، التي تعكس مدى وعيهن بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس حيث تم قياس ذلك عن طريق معرفة:

- تنظيم الأسرة.

- الرعاية الصحية أثناء الحمل بما فيها الكشوفات وعددها، ومكان الكشف.

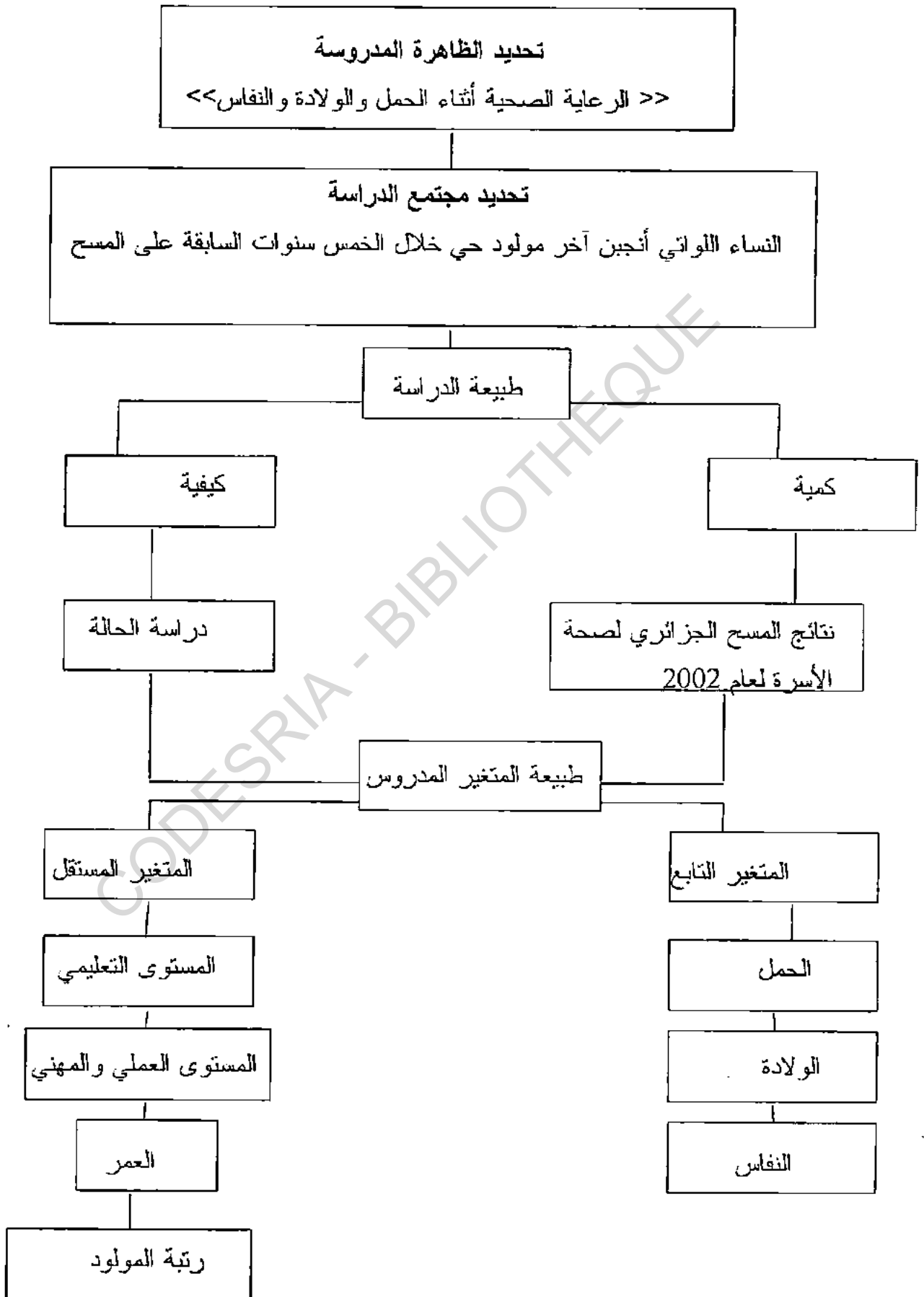
- التلقيح ضد التيتانوس.

- الولادة تحت إشراف طبي.

- الكشف بعد الولادة.

نلك هي الحوصلة العامة حول أهم الخطوات المنهجية التي تمكنا من اجتيازها، والتي تماشيت مع أهداف وطبيعة الموضوع، ولكي يتسنى للقارئ إدراك الموضوع بصفة أكثر جلاءً حاولنا من خلال الشكل الآتي إبراز أهم الخطوات المنهجية لموضوع دراستنا وهو:

الشكل 1: الخطوات المنهجية المتبعة:



بعد التعرف وتحديد المتغيرات البحثية وتصنيفها، تكمن أهميتها في وضعها على شكل جداول والتي يتم استخراجها من واقع نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، ثم نحاول تفسير الجداول وتحليلها عن طريق استخدام الأساليب الإحصائية، وسيتم توضيحها في العنصر الآتي:

5- التحليل الإحصائي للبيانات:

تكمن هذه المرحلة في عملية استخراج وتكوين الجداول من نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، مع محاولة تسيبها، وللإشارة يتم تسيب الجداول حسب المتغير المستقل كما نحاول استخدام المعاملات والمقاييس الإحصائية التي سنتناولها بالشرح في ثانيا هذا العنصر وهذا من أجل السعي إلى توضيح مدى قبول الفرضيات أو رفضها، ومدى قوتها أو ضعفها.

ونحاول في هذه المرحلة تطبيق الأرقام الصامتة، وهذه الأخيرة ليست عملية سهلة، فإنها تتطلب قدرة الباحث وكفائه العلمية، ومدى استيعابه للظاهرة المدروسة، وهذا ما سنسعى الوصول إليه.

وفيما يلي أهم الأساليب الإحصائية التي تم تطبيقها في نتائج الدراسة الميدانية وبفضلها تم معالجة الجداول إحصائيا والمتمثلة في:

5-1- المتوسط الحسابي:

يعتبر المتوسط الحسابي من أبرز مقاييس النزعة المركزية والأكثر استخداما. وتكون عملية حساب المتوسط الحسابي إما بطريقة البيانات غير المبوبة أو البيانات المبوبة وتكون هذه الأخيرة في شكل جدول تكراري، وفي هذه الحالة يستعمل القانون الآتي:

$$\bar{m} = \frac{\sum m \cdot K}{\sum K}$$

حيث: \bar{m} = مراكز الفئات

ك = التكرارات (الكندري، 1985، ص.97).

5-2- الإنحراف المعياري:

يعتبر من بين أهم مقاييس النشئت والهدف من استخدام الإنحراف المعياري هو معرفة مدى نباعد أوتناثر القيم حول متوسطها الحسابي. ويمكن حساب الإنحراف المعياري بالطريقة الآتية:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (\bar{v} - v)^2}{n}}$$

(نفس المرجع، 133).

5-3- اختبار كا التربيع لبيرسون:

إن الهدف من وضع هذا الاختبار هو المقارنة بين النتائج التجريبية التي حصل عليها الباحث والنتائج النظرية (المتوقعة)، ويعتمد هذا الاختبار على: تربيع الفروق التكرارية التجريبية والفروق التكرارية النظرية، ثم تقسيم هذه المربعات على التكرارات، وأخيرا تجمع نتائج قسمة التكرارات المختلفة. وتعطي القيمة المحسوبة لـ χ^2 بالعلاقة الآتية:

$$\chi^2 = \frac{\sum (k - \bar{k})^2}{\bar{k}}$$

حيث χ^2 = اختبار كا²

ك = التكرارات التجريبية

\bar{k} = التكرارات النظرية (نفس المرجع، ص.230).

$$\frac{\text{مجموع الصف} \times \text{مجموع العمود}}{\text{المجموع الكلي}} = \text{التكرار المتوقع ك}$$

(نفس المرجع، ص.235).

5-4- معامل التوافق:

هناك بعض الظواهر لا يمكن قياسها ووزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي، وبالتالي لقد وضع بيرسون معامل التوافق وذلك من أجل قياس العلاقة بين الصفات غير المقاسة والمتمثلة في:

$$\text{معامل التوافق} = \frac{1 - \chi^2}{\chi^2}$$

>> وبتطبيق هذا القانون نبوب البيانات الخاصة بالظاهرتين في جدول مزدوج ثم نربع كل تكرار في الجدول ونقسمه على حاصل ضرب التكرار الكلي العمودي في التكرار الكلي الأفقي <<. (هيكل، 1974، ص 419).

5- معامل الإقتران:

هناك بعض الظواهر التي لا يمكن قياسها، ووزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي، مثلا دراسة العلاقة بين معارف الأمهات اتجاه الحمل والمستوى التعليمي... ولقياس الارتباط بين هذه الظواهر نقوم بحساب معامل الإقتران بالطريقة الآتية:

$$\frac{أد - ب ج}{أد + ب ج} = ن$$

ويطبق هذا القانون في الحالة التي تنقسم فيها الظواهر إلى نوعين فقط، أما فيما عدا ذلك فإننا نستعمل مقياس يسمى بمعامل التوافق الذي وضعه بيرسون. (نفس المرجع، ص.417).

وبعد التعرف على أهم خطوات البحث الميدان تأتي مرحلة إبراز نتائج كل من الدراسة الكمية والكيفية، وهذا ما سنبيئه في ثنايا كل من الفصل الخامس والسادس والسابع، وفيما يلي سنعرض الفصل الخامس ألا وهو :

الصفحة	الفصل الخامس : الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة
168	1- خصائص النساء المبحوثات
169	1-1- التوزيع العمري
171	1-2- الحالة الزوجية
171	1-3- الحالة التعليمية
173	1-4- الحالة المهنية
173	1-5- العمر عند الزواج الأول
175	1-6- رتبة المولود
177	2- خصائص الأزواج
177	2-1- التوزيع العمري
178	2-2- الحالة التعليمية
179	2-3- الحالة المهنية
180	3- الظروف السكنية
183	4- الرعاية الصحية أثناء الحمل
183	4-1- مدى المتابعة الصحية أثناء الحمل
192	4-1-1- عدد مرات المتابعة أثناء الحمل وخلفية المبحوثة
198	4-1-2- الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة وخلفية المبحوثة
206	4-1-3- الشخص الذي تابع الحمل وخلفية المبحوثة
209	4-1-4- مكان إجراء آخر الكشف أثناء الحمل وخلفية المبحوثة
212	4-2- تطعيم الحوامل ضد التيتانوس
221	4-3- المشاكل الصحية أثناء الحمل ومواجهتها
226	4-4- أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل
230	5- الرعاية الصحية أثناء الولادة
231	5-1- مكان الولادة وخلفية المبحوثة
242	5-2- سبب الولادة خارج المؤسسة الصحية وخلفية المبحوثة
243	5-3- الكادر الذي ساعد في إجراء الولادة خارج المؤسسة الصحية
244	5-4- طبيعة الولادة
244	5-5- الإصابات بالأعراض أثناء الولادة

تبعاً لتوصيات كل من مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان والتنمية لعام 1994، والمؤتمر العربي حول السكان والتنمية الذي عقد في بيروت عام 1998، والمؤتمر العربي حول صحة الأم والطفل لعام 1999، والمتمثلة أساساً في تلبية إحتياجات الدول من البيانات والمؤشرات المتعلقة بأهم فئات المجتمع وهي المرأة والطفل والمسنين، قامت جامعة الدول العربية بالتعاون مع منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف، والإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وصندوق الأوبيك للتنمية والإسكوا بتنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة، منذ عام 1999 وذلك في العديد من الدول العربية⁽¹⁾.

هذا المشروع يعتبر من أوسع المشاريع من حيث توفير قاعدة معلوماتية سكانية وصحية أساسية، ومؤشرات تفصيلية حديثة حول صحة الأسرة والصحة الإنجابية ومرحلة ما بعد الإنجاب، كما إهتم المشروع حول صحة وسلوك الشباب حول السيدا، والأمراض المنقولة جنسياً، وحول الرعاية الصحية والاجتماعية لكبار السن 60 سنة فما فوق، وترمي كل هذه البيانات إلى تطوير الأوضاع الاجتماعية والصحية للأسرة عامة، وصحة الأم والطفل خاصة، وإلى دعم إتخاذ القرار، ورسم السياسات الصحية بما فيها الإنجابية، والسكانية والتنمية.

وقد قام المشروع بإجراء المسح العربي لصحة الأسرة في الجزائر، حيث تولى الديوان الوطني للإحصاء مهمة تنفيذ المشروع وذلك بالتعاون مع مديرية السكان لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عام 2002.

وفي ظل معطيات نتائج المسح لصحة الأسرة عام 2002، سنسلط الضوء في ثنايا الفصل الخامس، على واقع الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة، حيث سنحاول إبراز في بداية الفصل حول خصائص النساء المبحوثات السابق لهن الزواج، واللواتي تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 15-49 سنة، قد أنجبن على الأقل طفلاً واحداً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح، ثم خصائص الأزواج، ومنتقل بعدها إلى إبراز مدى الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل بما فيها طبيعة ومكان الرعاية ثم نحاول ربط ذلك بالمتغيرات الاجتماعية والإقتصادية والديموغرافية، التي تم تحديدها بالمستوى التعليمي والعملية، وعمر المبحوثة، ورتبة المولود.

(1) من أجل تفاصيل أكثر أرجع إلى ص . 138

كما سنحاول تفصيل الحديث حول رعاية الأمومة أثناء الولادة وأهم عناصرها، بما

فيها نوع الولادة ومكانها، وطبيعتها وعلاقتها بالمتغيرات السابقة الإشارة إليها.

1- خصائص النساء المبحوثات :

يتناول هذا العنصر خصائص النساء غير العازبات في سن الإنجاب ما بين 15-

49 سنة، واللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، وتم

مقابلتهن بنجاح، وذلك من حيث التكوين العمري والحالة الزوجية والتعليمية والعملية،

موزعين حسب مناطق حضرية وريفية.

لقد قدر عدد النساء في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة اللواتي تم إستجوابهن بـ

7399 امرأة منهن 4303 امرأة أي ما يقارب 58,16 % تقطن في مناطق حضرية مقابل

3096 امرأة أي ما يقارب 41.84 % تتواجدن في مناطق ريفية.

في حين قدر عدد النساء غير العازبات اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال

الخمس سنوات السابقة على المسح بـ 3796 امرأة، متواجدات في الحضر بنسبة 54.79

% أي 2080 امرأة، مقابل 45.21 % في الريف أي 1716 امرأة، وتمثل هذه العينة التي

نحن بصدد تسليط الضوء عليها بحوالي 51.30 % من مجموع النساء في سن الإنجاب

ما بين 15-49 سنة.

1-1 التوزيع العمري :

تشير نتائج المسح أن حوالي 31.45% من النساء غير العازبات أقل من 30 سنة مقابل 68.55% ذوات أعمار 30 سنة فما فوق، ومتواجبات بنسب متفاوتة بين الحضر والريف يوضح الجدول (1) ، والشكل (1)، أن نسبة النساء غير العازبات تتركز أعمارهن في الفئات العمرية الثلاثة، 39-35، 34-30، 29-25 بنسبة 26.03%، 25.90%، 22.68% على التوالي، ولا يوجد إختلافات كبيرة بين الفئات العمرية الثلاثة الأخيرة ومكان الإقامة.

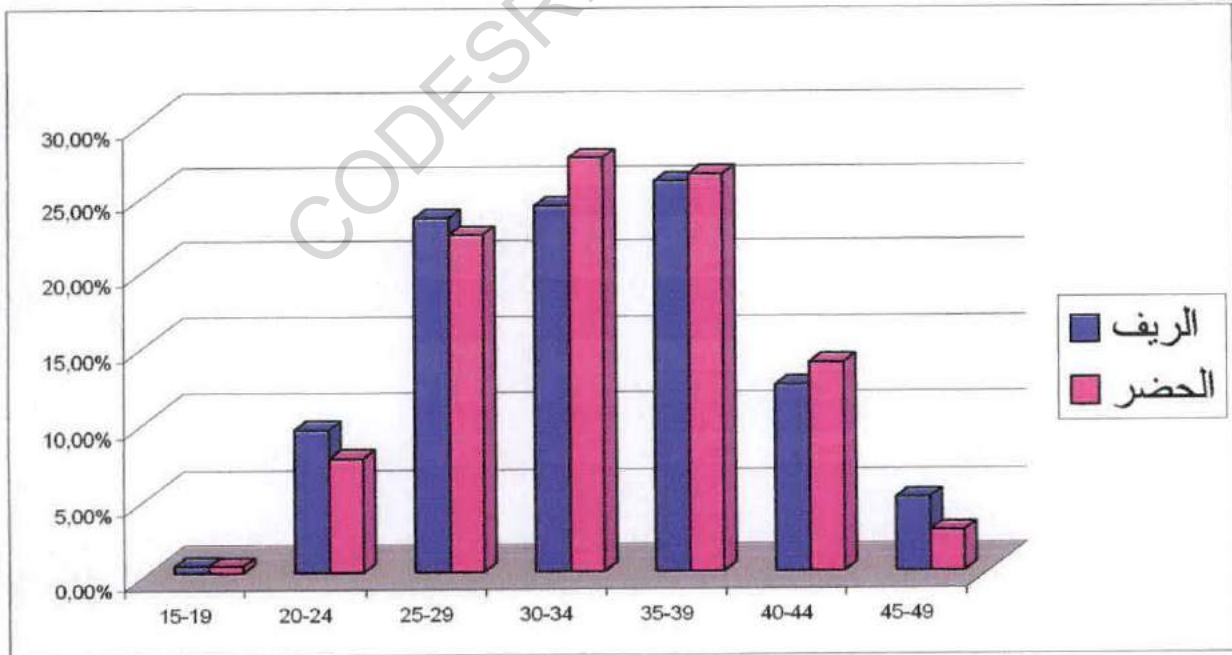
ومن بيانات الجدول رقم (1)، قدر متوسط⁽¹⁾ أعمار النساء المبحوثات بـ 33.11 سنة، أما عن تشتت القيم حول هذا المتوسط فقد قدر بعد حساب الانحراف المعياري⁽²⁾ بـ 6.44، وتقريبا نلاحظ نفس متوسط أعمار النساء، الحضريات الذي بلغ 33.15 سنة وبانحراف معياري 6.23 مقابل متوسط أعمار النساء الريفيات بـ 33.06 سنة وإنحراف معياري 6.68.

(1) - أرجع إلى ص 162 .
(2) - أرجع إلى ص 163 .

جدول رقم (01) : توزيع النساء غير العازبات حسب العمر ومكان الإقامة

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة فئات الأعمار
%	ت	%	ت	%	ت	
0,45	17	0,47	08	0,43	09	19-15
8,32	316	9,32	160	7,5	156	24-20
22,68	861	23,31	400	22,16	461	29-25
25,90	983	24,13	414	27,36	569	34-30
26,03	988	25,76	442	26,25	546	39-35
12,99	493	12,18	209	13,65	284	44-40
3,64	138	4,84	83	2,64	55	49-45
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع
31,45	1194	33,10	568	25,29	526	أقل من 30
68,55	2602	66,90	1148	69,90	1454	30 فما فوق

شكل رقم (1) : توزيع النسبي للنساء غير العازبات حسب العمر ومكان الإقامة



1-2- الحالة الزوجية : توضح نتائج المسح أن نسبة النساء المتزوجات قدرت بـ 97,76 % أي 3711 امرأة متزوجة من بين 3796 امرأة مستجوبة، وتتواجد هذه الفئة بنسبة 98,08 % في الريف و 97.5 % في الحضر، كما قدرت نسبة النساء المطلقات بـ 1.45 %، و 0.61 % أرامل، و 0.18 % منفصلات، ولا يوجد تباين بين الوسط الحضري والريفي.

1-3- الحالة التعليمية :

فيما يتعلق بالحالة التعليمية للنساء المستجوبات، إتضح أنه بالرغم من تقدم الجزائر في مكافحة الأمية، وإقرارها لمجانية التعليم منذ عام 1976، والسعي إلى الإرتفاع في زيادة الإلتحاق بالمدارس وبالخصوص في أوساط الإناث، إلا أننا نلاحظ نسبة النساء الأميات مرتفعة إلى حوالي 44.10 % حيث تتمركز النسبة في الوسط الريفي بـ 60.14 % مقارنة بالوسط الحضري بـ 30.87 %، في حين قدرت نسبة النساء المبحوثات المتحصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 3.21 %، ترتفع النسبة أكثر بقليل في المناطق الحضرية بـ 5.05 % مقابل 0.99 % في المناطق الريفية، وهذا ما يبرزه بوضوح الجدول (2) :

جدول رقم (02) : توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة وخلفية المبحوثة

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة
%	ت	%	ت	%	ت	الخلفية
الحالة التعليمية						
44,10	1674	60,14	1032	30,87	642	أمية
14,67	557	14,28	245	15,00	312	تقرأ وتكتب
21,94	833	16,96	291	26,06	542	ابتدائي
16,07	610	7,63	131	23,03	479	متوسط
03,21	122	0,99	17	5,05	105	ثانوي فأعلى
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع
الحالة المهنية :						
1,24	47	0,47	08	1,88	39	إطار عالي
4,98	189	1,81	31	7,60	158	مهنة بسيطة
2,08	79	0,93	16	3,03	63	مستخدمات إدارة
1,08	41	0,35	06	1,68	35	مستخدمات مصلحة
0,32	12	0,52	09	0,14	3	فلاحة
4,64	176	3,73	64	5,38	112	حرفية
0,74	28	0,52	09	0,91	19	عاملات ومستخدمات
						غير مؤهلات
0,40	15	0,35	06	0,43	9	مهنة غير مصرحة
84,54	3209	91,32	1567	78,94	1642	لا تعمل
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع
15,46	587	08,68	149	21,06	438	تعمل
84,54	3209	91,32	1567	78,94	1642	لا تعمل

1-4- الحالة المهنية :

يشير الجدول (02) أعلاه، إلى ارتفاع نسبة النساء المبحوثات القاطنات في البيت بدون عمل بـ 84.54 % مقارنة مع فئة العاملات بـ 15.46 %، تتمركز هذه الأخيرة في الوسط الحضري بـ 21.06 % عنها في الوسط الريفي بـ 8.68 %، إنهن عاملات حضريات تمارسن مهنة وسيطة⁽¹⁾ بـ 7.60 %.

كما نلاحظ أن النساء الحضريات تقلبن إلى العمل أكثر من النساء الريفيات، وبحساب معامل الإقتران⁽²⁾، نجد تلك العلاقة حيث قدر بـ 0,47 .

1-5- العمر عند الزواج الأول :

يشير الجدول (03)، إلى وجود ارتباط بين العمر عند الزواج الأول ومكان الإقامة، حيث نلاحظ أن الريفيات تقلبن على الزواج في سن مبكر مقارنة مع النساء الحضريات حيث ترتفع النسبة عند فئة 20-24 سنة، حضريات بـ 42.58 % مقابل 45.74 % عند فئة 15-19 سنة ريفيات.

وقدر في هذا الصدد، متوسط العمر عند الزواج الأول بـ 21.52 سنة بإنحراف معياري مقدر بـ 4.36 في الحضر مقابل 20.31 سنة في الريف، ولإنحراف معياري 4.14.

(1) - أرجع إلى ص . 150

(2) - أرجع إلى ص . 165

جدول رقم (03) : توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة والعمر عند الزواج الأول

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة فئات الأعمار
%	ت	%	ت	%	ت	
2,13	81	2,28	39	2,02	42	14-10
38,55	1463	45,74	784	32,63	679	19-15
40,95	1554	38,97	668	42,58	886	24-20
14,94	567	10,21	175	18,84	392	29-25
3,06	116	2,39	41	3,60	75	34-30
0,26	10	0,18	03	0,34	07	39-35
0,11	04	0,23	04	/	/	44-40
100,00	(*)3795	100,00	1714	100,00	2081	المجموع

(*) - هناك حالة واحدة لم تصرح عن العمر عند الزواج الأول.

1-6- رتبة المولود :

يقصد برتبة المولود، عدد المواليد التي تتجهم المرأة خلال حياتها الإيجابية حتى تاريخ المسح، وبالتالي فهي لا تمثل نهاية الحياة الإيجابية للمرأة، وإنما يتمشى وعمرها، وبهذا تشير نتائج المسح أن المتزوجات في سن مبكرة، جلهن ريفيات ومنجبات عدد كبير من الأطفال، حيث المدة المنقضية في زواجها كبيرة مما أدى إلى حصيلة من الإنجاب كبيرة، ويوضح الجدول (4) رتبة المولود عند أوساط نساء الحضر ونساء الريف، إذ يتبين من خلاله أن قرابة نصف المبحوثات أنجبن ما بين 2-4 أطفال بنسبة 49.47 %، ثم يليها 31.85 % منهن من وصلن إلى رتبة مولود 5 فأكثر، وقدرت نسبة اللواتي توقفن عند رتبة المولود الأول بـ 18.68 %.

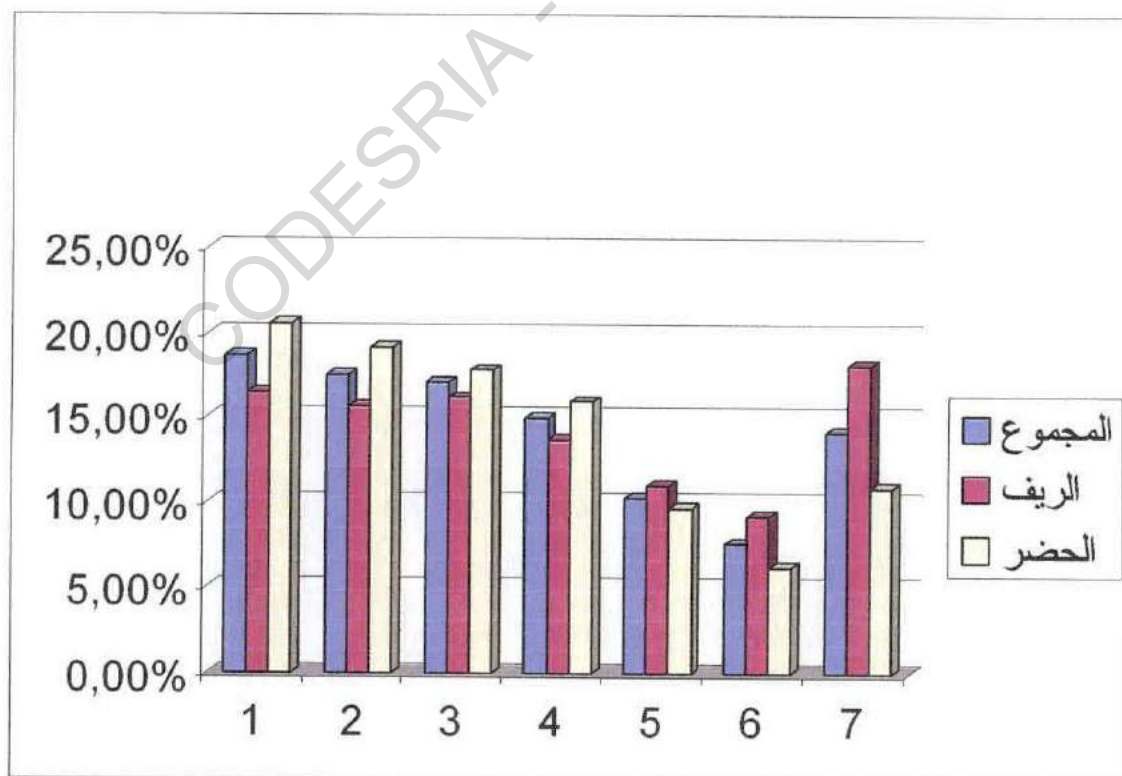
ويبرز الجدول (4) والشكل (2) أن نساء الحضر توقفن عند رتبة مولود الأول بنسبة 20.53 %، و برتبة مولود الثاني بـ 19.13 % وذلك عند تاريخ المسح، في حين نساء الريف جلهن أنجبن حوالي 7 أطفال فأكثر بـ 18.07 %، وحاولنا في هذا الصدد جمع رتبة المولود على شكل فئات، فأتضح من خلاله أن نساء الحضر توقفن عند رتبة مولود ما بين 2-4 بنسبة 52.84 % أكثر بكثير من نساء الريف واللواتي توقفن عند نفس الفئة لرتبة المولود وذلك بنسبة 45.40 % يفارق مقدر بحوالي 7 نقاط، وقدر متوسط رتبة المولود بـ 3.17 أما عن تشتت القيم حول هذا المتوسط فقد قدر بعد حسابنا الانحراف المعياري بـ 1.57، وهذا دليل على وجود تشتت ضعيف للقيم حول هذا المركز.

وبالإضافة إلى ذلك، قدر متوسط رتبة المولود في الحضر بـ 3.37 طفل، وإنحراف معياري بـ 1.93، مقابل 3.9 طفل أي حوالي 4 وإنحراف معياري 2.09 وهو دليل آخر على وجود تشتت ضعيف للقيم حول هذا المتوسط.

جدول رقم (4) : توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة ورتبة المولود

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة
%	ت	%	ت	%	ت	رتبة المولود
18,68	709	16,43	282	20,53	427	1
17,54	666	15,62	268	19,13	398	2
17,04	647	16,14	277	17,79	370	3
14,88	565	13,64	234	15,91	331	4
10,22	388	10,96	188	9,62	200	5
7,56	287	9,14	157	6,25	130	6
14,07	534	18,07	310	10,77	224	7 فأكثر
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع
18,68	709	16,43	282	20,53	427	1
49,47	1878	45,40	779	52,84	1099	4-2
31,85	1209	38,17	655	26,63	554	5 فأكثر

شكل رقم (2) : التوزيع النسبي للنساء غير العازبات حسب مكان الإقامة ورتبة المولود

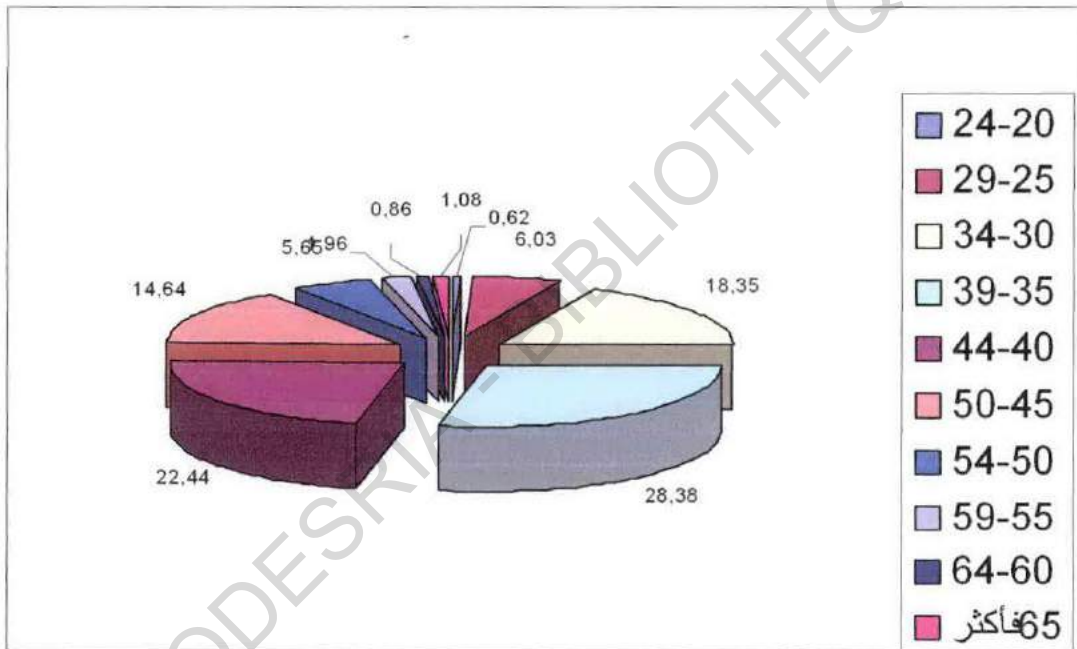


2- خصائص الأزواج :

2-1- التوزيع العمري :

قدر متوسط عمر أزواج النساء المبحوثات بـ 40.25 سنة مقارنة مع متوسط عمر زوجاتهم بـ 33.61 سنة بفارق مقدر بحوالي 7 سنوات، حيث يشير الشكل (3) أن أكبر نسبة تتواجد عند فئة أعمار الأزواج مابين 35-39 سنة بـ 28.38% ، ثم تليها 22.44% عند فئة أعمار 40-44%.

شكل (03) : التوزيع النسبي لعمر الأزواج



2-2- الحالة التعليمية :

يبرز الجدول (5) أن الأمية في وسط الرجال هي الأخرى منتشرة أيضا في المناطق الريفية من الجزائر، وذلك بنسبة 31.99% مقابل 13.51% في المناطق الحضرية بفارق مقدر بـ 18 نقطة، في حين نلاحظ جل أزواج المبحوثات لهم مستوى تعليمي ابتدائي بـ 28.24% أغلبهم الساحقة يقطنون في الوسط الحضري بنسبة 30.48%، كما نلاحظ من خلال نفس الجدول أن المستوى التعليمي ثانوي تمركز عند الرجال في الوسط الحضري بنسبة 9.09% مقابل 1.52% في الوسط الريفي بفارق مقدر بحوالي 8 نقاط.

وعلاوة على ذلك، يبين الجدول (1) الملحق (9) أن اتجاه الأزواج إلى إختيار القرينة يكون إما بنفس مستواها التعليمي أو أقل منه، حيث قدر حوالي 52.03% من الأزواج ذوي مستوى تعليمي ثانوي إرتبطوا مع زوجات متحصلات على نفس المستوى التعليمي، و 40.17% من الأميين وزوجاتهم أميات، كما نلاحظ أن إرتفاع المستوى التعليمي للزوج يتماشى وإرتفاع المستوى التعليمي للزوجة.

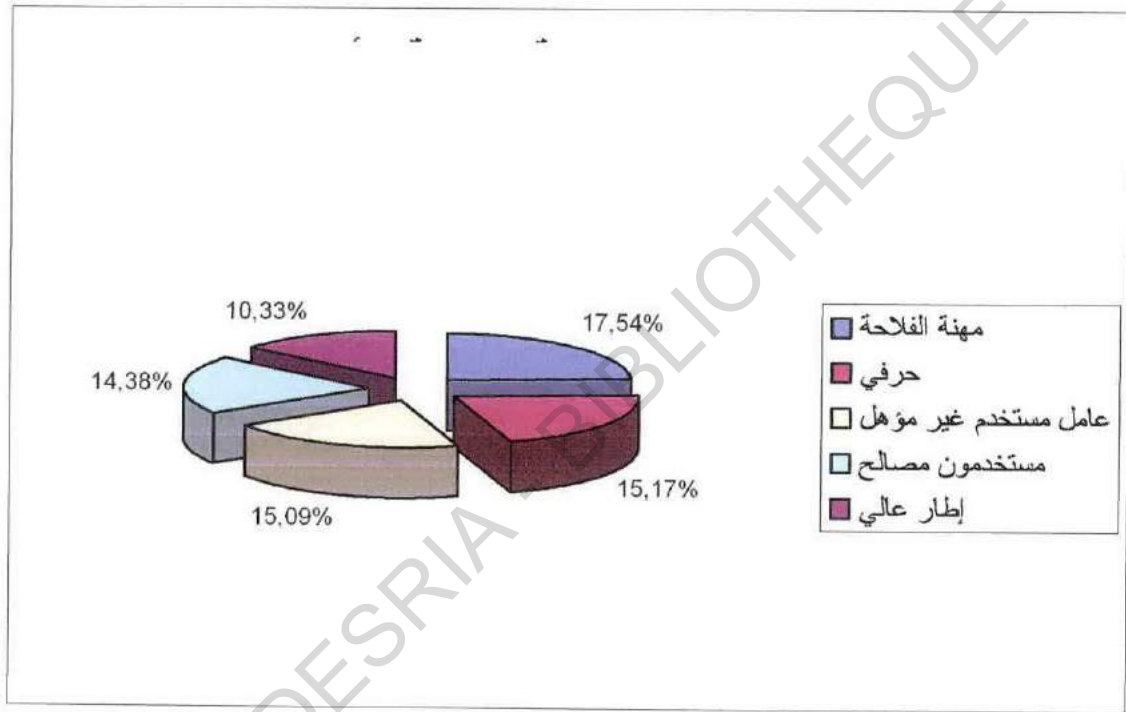
جدول رقم (5): المستوى التعليمي للزوج ومكان الإقامة

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة المستوى التعليمي للزوج
%	ت	%	ت	%	ت	
21,87	830	31,99	549	13,51	281	أمي
25,34	962	28,67	492	22,60	470	يقرأ ويكتب
28,24	1072	25,52	438	30,48	634	إبتدائي
18,28	694	11,48	197	23,89	497	متوسط
5,66	215	1,52	26	9,09	189	ثانوي
0,34	13	0,58	10	0,14	3	لايعرف
0,26	10	0,23	4	0,29	6	غير مصرح
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع

3-2- الحالة المهنية :

أما عن المستوى المهني للزوج، يوضح الشكل (4) أن حوالي 17.54 % يمارسون الفلاحة، تليها 15.17 % منهم حرفيون، و15.09 % منهم ينتمون إلى فئة عاملين ومستخدمين غير مؤهلين، 14.38 % مستخدمون مصلحة، كما توجد حوالي 10.33 % من يعمل كإطار عال⁽¹⁾.

شكل رقم (4) : التوزيع النسبي للحالة المهنية للأزواج.



(1)- إرجع إلى ص 150 .

3- الظروف السكنية :

يعرض الجدول (06)، نوع الوحدة السكنية التي تقيم بها الأسر، حيث إتضح من خلاله أن جل النساء، المستجوبات تقطن في مساكن مستقلة أو فيلات بنسبة 41,68 %، وبفروق طفيفة بين الريف والحضر، وهو نوع السكن الأكثر إنتشارا في الجزائر، ومن المبحوثات تقطن في مسكن تقليدي بـ 36,2 %، ترتفع النسبة في الريف عنها في الحضر بنسبة 50,82 % و 24,13 % على التوالي، وقدرت نسبة السكن في الشقق بحوالي 16,04 %، ونلاحظ من خلال الجدول نفسه أن المساكن والمستقلة والفيلات والشقق أكثر إنتشارا في الحضر مقابل إنتشار المساكن التقليدية في الريف.

جدول رقم (6) : التوزيع النسبي لنوع الوحدة، السكنية التي تقيم بها المبحوثات حسب مكان الإقامة

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة نوع الوحدة السكنية
%	ت	%	ت	%	ت	
41,68	1582	39,28	674	43,65	908	بيت مستقل / فيلا
16,04	609	02,33	40	27,36	569	شقة في مبنى
36,20	1374	50,82	872	24,13	502	مسكن تقليدي
5,74	218	6,93	119	4,76	99	كوخ / بناء قصديري
0,34	13	0,64	11	0,10	02	آخر
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع

فيما يخص المصدر الرئيسي لمياه الشرب لأفراد الأسر، إتضح من خلال الجدول رقم (7)، التوزيع النسبي للمصدر الرئيسي لمياه الشرب لأفراد الأسرة أن الشبكة العامة، بـ 69,78 %، ترتفع النسبة في الحضر بـ 81,54 % عن الوسط الريفي بـ 55,54 %.

الجدول رقم (07) : التوزيع النسبي للمصدر الرئيسي لمياه الشرب لأفراد الأسرة حسب مكان الإقامة

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة مصدر مياه الشرب
%	ت	%	ت	%	ت	
69,78	2649	55,54	953	81,54	1696	شبكة عامة
8,25	313	14,10	242	3,41	71	حنفية عامة
10,06	382	16,43	282	4,81	100	بئر
9,25	351	11,13	191	7,69	160	سيارة مزودة بخزان مياه
0,71	27	0,06	1	1,25	26	مياه معدنية في الزجاج أو البلاستيك
1,95	74	2,74	47	1,30	27	أخر
100,00	3796	100,00	1716	100,00	2080	المجموع

كما إهتم المسح الجزائري بجمع بيانات عن ملكية المبحوثات لبعض السلع المعمرة، التي تعد من أهم المؤشرات التي يمكن بواسطتها معرفة مستوى رفاهية الأسر، كما تعتبر من أهم العوامل المؤثرة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على الحالة الصحية للحمل وظروف معيشته.

ويشير الجدول التالي رقم (8) إلى نسبة المبحوثات اللواتي تملكن بعض السلع المعمرة حسب مكان الإقامة، ويتجلى من خلاله إلى أن إحتياجات الأسر من حيث توفر وسائل الإعلام، فهي ملبأة سواء في الوسط الحضري عنه الريفي، ولكن بنسبة متفاوتة وفي إتجاه الحضر، نجد 92.20 % من المبحوثات من تمتك جهاز تلفزة، ترتفع النسبة في الحضر عنها في الريف بـ 95.15 % و 88.64 % على التوالي، و 62.80 % من تمتك الراديو بـ 68.96 % في الحضر مقابل 55.34 % في الريف.

في حين نلاحظ أن إمتلاك البرابول أو مايسمى بطبق إستقبال القنوات الفضائية قدرت نسبته بـ 49.37 % ترتفع النسبة في الحضر عنها في الريف بحوالي 26 نقطة.

كما نلاحظ إفتقار المبحوثات من إمتلاك الفيديو، سخان المياه، الغسالة، ومكيف الهواء، ويتمركز هذا الإفتقار في المناطق الريفية أكثر بقليل عنها في المناطق الحضرية.

كما تمتك حوالي 21.07 % سيارة خاصة، ترتفع قليلا في الحضر بـ 23.80 %

مقارنة مع الريف بـ 17.77 %.

ويبدو من واقع بيانات الجدول رقم (8)، المستوى المعيشي الذي يحيط بالأم والطفل من جانب مدى إمتلاك السلع المعمرة، حيث نلاحظ أنه بالرغم من إرتفاع نسبة السلع المعمرة في المناطق الحضرية من مثيلاتها في المناطق الريفية إلا أن نسبة إمتلاك بعض السلع مازالت متدنية سواء كان ذلك في الريف أو الحضر، وهذا ماينعكس على المستوى الإقتصادي والإجتماعي الذي يعيش فيه كل من الأم والطفل.

الجدول رقم (8) : التوزيع النسبي لإمتلاك السلع المعمرة حسب نوع السلعة ومكان الإقامة. (%)

مكان الإقامة السلع المعمرة	الحضر (%)	الريف (%)	المجموع (%)
تلفزيون	95,15	88,64	92,20
راديو	68,96	55,34	62,80
فيديو	15,00	4,55	10,27
برابول	61,17	35,04	49,37
ثلاجة	87,89	76,33	82,66
مدفأة	54,61	29,60	43,31
موقد الطهي بالغاز أو الكهرباء	67,56	45,86	57,76
سخان مياه	26,09	05,24	16,67
ماكينة خياطة	29,89	18,19	24,60
مروحة كهربائية	38,20	26,69	32,10
الهاتف	36,57	6,93	23,18
غسالة	18,41	2,86	11,38
مكيف هواء	10,48	2,51	6,88
سيارة خاصة	23,80	17,77	21,07

4- الرعاية الصحية أثناء الحمل :

تشتمل رعاية الأمومة على الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل والولادة، وخلال فترة ما بعد الولادة.

فالمراقبة المنتظمة أثناء فترة الحمل، بما فيها الكشوفات المستمرة عند الطبيب، تلقى اللقاحات اللازمة وعلى رأسها التطعيم ضد التيتانوس، تساعد على تشخيص متاعب الحمل، وعلى كشف ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة من مختلف المراحل التي تمر بها المرأة الحامل، فتحسين ظروف الحمل يعد من أهم العوامل التي تساعد في تأمين صحة الأم والجنين على حد سواء، وتجنب حالات وفيات الأمهات وكذا الرضع.

يتأثر مستوى رعاية الأمومة أثناء الحمل بمدى إقبال النساء الحوامل على الخدمات الصحية، ويتأثر هذا الإقبال بالمستوى الاجتماعي والإقتصادي والخصائص الديموغرافية للنساء الحوامل، وبهذا يصبح التعرف على تلك العوامل وتأثيرها على مدى إستخدام الرعاية الصحية أثناء الحمل، بالغ الأهمية، وحرصا من الجزائر على تطوير خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده، قام المسح حول صحة الأسرة، من خلال الجزء الخاص بالصحة الإنجابية بتوجيه قسطا هاما من الأسئلة المتعلقة أساسا حول رعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح⁽¹⁾، والتي تشمل على الرعاية قبل الولادة، أثناءها وبعدها، وفي ثنايا هذا الفصل، سنسلط الضوء على نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، وذلك من جانب الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة.

4-1- مدى المتابعة الصحية أثناء الحمل :

يتمحور أول سؤال في الرعاية أثناء الحمل، حول مدى عرض النساء غير العازيات أنفسهن للكشف خلال فترة الحمل لآخر مولود خلال الخمس سنوات السابقة على المسح، بمعنى هل تابعت النساء حملهن ؟ وماهي خلفية النساء اللواتي تابعن، واللواتي لم تتابعن حملهن ؟

واتضح أن من بين 3796 من النساء اللواتي أنجبن طفلا خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، 3036 منهن أي 80 % تابعن حملهن، مقابل 19.28 % أي 732 حالة من النساء لم تعرض نفسها إلى الكشف طول فترة الحمل، وتواجدت 28 حالة غير مبينة،

(1)- ارجع إلى مضمون الإستبيان الموجود في الملحق رقم 7.

وتجربنا هذه النتائج إلى التساؤل على خلفية النساء اللواتي تابعن و اللواتي لم تتابعن الحمل والمقدرة حسب نتائج المسح بـ 3768 امرأة، والجدول (9) يجيب على ذلك.

جدول رقم (09) : توزيع النساء حسب مدى المتابعة الصحية أثناء الحمل وخلفيتهن

المجموع		عدم متابعة الحمل		متابعة الحمل		المتابعة مدى الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	1653	30,91	511	69,09	1142	<u>المستوى التعليمي</u>
						أمية
100,00	553	17,72	98	82,88	455	تقرأ وتكتب
100,00	829	09,77	81	90,23	748	إبتدائي
100,00	610	06,72	41	93,28	569	متوسط
100,00	123	0,81	01	99,19	122	ثانوي فأعلى
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	<u>المجموع</u>
						<u>الحالة العملية :</u>
100,00	587	8,69	51	91,31	536	تعمل
100,00	3181	21,41	681	78,59	2500	لا تعمل
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	<u>المجموع</u>
						<u>العمر :</u>
100,00	1190	12,76	152	87,23	1038	15-29
100,00	2578	22,50	580	77,50	1998	30-49
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	<u>المجموع</u>
						<u>رتبة المولود :</u>
100,00	709	05,92	42	94,08	667	1
100,00	1308	15,67	205	84,33	1103	2-3
100,00	944	23,31	220	76,69	724	4-5
100,00	807	32,84	265	67,16	542	6 فأكثر
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	<u>المجموع</u>

ويشير الجدول أعلاه، إلى تأثير المتغيرات المستقلة ومدى متابعة النساء فترة الحمل، ويأتي على رأس قائمة متغير المستوى التعليمي، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للنساء، كلما ارتفعت نسبة متابعة الحمل، إذ تنتقل النسبة من 69.09 % في أوساط النساء الأميات اللواتي تابعن حملهن إلى 82.28 % عند النساء اللواتي تحرفن القراءة والكتابة، تستمر النسبة في الارتفاع إلى أن تصل إلى 99.19 % ذوات مستوى تعليمي ثانوي وأعلى وقد تابعن حملهن، وفي المقابل، نلاحظ ارتفاع نسبة النساء اللواتي لم يتابعن حملهن عند الأميات بـ 30.91 %، وتخفض النسبة بارتفاع المستوى التعليمي للنساء ويتجلى من خلال الجدول نفسه، تأثير كل من الحالة العملية والعمر ورتبة المولود ومدى المتابعة أثناء فترة الحمل، حيث ترتفع نسبة متابعة الحمل في أوساط النساء العاملات بنسبة 91.31 %، دون الـ 30 سنة من العمر بـ 87.23 %، قد أنجبن طفلاً واحداً خلال الخمس سنوات السابقة للمسح بـ 94.08 % في حين تركزت نسبة عدم متابعة الحمل عند النساء القاطنات في البيت بدون عمل بـ 21.41 % كبيرات في السن ما بين 30-49 سنة بـ 22.50 % أنجبن مولودهن الأخير وهو في المرتبة السادسة فما فوق بـ 32.84 %.

ومن أجل التأكد من العلاقة الموجودة بين المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية ومدى متابعة النساء فترة الحمل، حاولنا حساب كاي التربيع ليرسون⁽¹⁾ بين المتغير المستقل ألا وهو المستوى التعليمي ومدى تأثيره على متابعة النساء المستجوبات الحمل، حيث بلغت قيمته بـ 277.25، فهي قيمة كبيرة من كاي التربيع الجدولية المقدره بـ 4.49 عند درجة حرية 4، ونسبة 5%، وهو فارق ذو دلالة إحصائية كبيرة ما بين المستوى التعليمي وتأثيره على مدى متابعة الحمل.

أما عن العلاقة بين الحالة العملية ومدى متابعة الحمل، إتضح عن طريق تطبيق معامل الإقتران⁽²⁾ وجود علاقة متوسطة بين المتغيرين، حيث بلغت قيمته بـ 0.48 . كما ظهرت العلاقة بين الصغيرات والكبيرات سنا ومدى متابعتهن الحمل، من خلال تطبيق معامل الإقتران حيث قدر بـ 0.33 .

(1)- أرجع إلى ص. 163

(2)- أرجع إلى ص. 165

وينطبق كاي التربيع لبرسون بين رتبة المولود ومدى متابعة النساء الحمل، برزت العلاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين، حيث بلغت قيمته بـ 195.08، وهي قيمة أكبر من كاي التربيع الجدولية التي قدرت بـ 7.82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%. يبدو أن العلاقة القوية، تبرز مع متغير المستوى التعليمي ومدى متابعة الحمل، حيث نجد أن النساء الحاصلات على درجة من التعليم هن أكثر جرأة، وأكثر إقبالا على المتابعة أثناء الحمل، كما يتضح أن المستوى التعليمي يعد من أهم متغيرات الدراسة المؤثرة على الرعاية الصحية أثناء الحمل، وإلتسنا تلك الأهمية عن طريق إدخال متغير رانز والمتمثل في الحالة العملية على العلاقة الموجودة بين المستوى التعليمي ومدى متابعة الحمل، بمعنى هل تبقى دائما تلك العلاقة قوية وفي إرتفاع؟ وهذا لايعني أنه بإدخال المتغير الرانز والمتمثل في الحالة العملية، تتعكس العلاقة الأولية، وإنما نحاول إما أن تبقى ذلك الترابط السببي الأولي، أو تزيله وهذا ما يبرزه الجدول الآتي رقم (10).

جدول رقم (10) : مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء وحالتهم العملية

المجموع		عدم متابعة الحمل		متابعة الحمل		متابعة الحمل	الحالة العملية التعليمية
%	ت	%	ت	%	ت		
100,00	84	23,81	20	76,19	64	تعلم	أمية
100,00	1569	31,29	491	68,71	1078	لا تعلم	
100,00	1653	30,91	511	69,09	1142	المجموع	
100,00	54	12,96	07	87,04	47	تعلم	تقرأ وتكتب
100,00	499	18,24	91	81,76	408	لا تعلم	
100,00	553	17,72	98	82,28	455	المجموع	
100,00	127	7,09	09	92,91	118	تعلم	ابتدائي
100,00	702	10,26	72	89,74	630	لا تعلم	
100,00	829	9,77	81	90,23	748	المجموع	
100,00	225	6,67	15	93,33	210	تعلم	متوسط
100,00	385	6,75	26	93,25	359	لا تعلم	
100,00	610	6,72	41	93,28	569	المجموع	
100,00	97	/	/	100,00	97	تعلم	ثانوي فأعلى
100,00	26	3,85	1	96,15	25	لا تعلم	
100,00	123	0,81	01	99,19	122	المجموع	
100,00	587	8,69	51	91,31	536	تعلم	التوزيع الهامشي للمتغير
100,00	3181	21,41	681	78,59	2500	لا تعلم	
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	المجموع	

كما هو موضح في الجدول أعلاه، أن العلاقة الموجودة بين الحالة العملية ومدى متابعة الحمل قد تم إبرازها سابقاً، ويبقى التركيز على الخانات التي تربط كل من المتغير

المستقل والتابع وكذا الرائز، وهو الغرض من وضع الجدول الذي بين أيدينا، وتشير بيانات الجدول (10) أن النساء العاملات هن أكثر متابعة للحمل مقارنة مع النساء غير العاملات، وترتفع النسبة مع إرتفاع مستواهن التعليمي، فالعاملة الأمية تتابع الحمل أكثر من العاملة التي تقرأ وتكتب، وأكثر من العاملة ذات مستوى تعليمي ابتدائي بنسبة 76.19%، 87.04%، 92.91% وهكذا.

في حين النساء غير العازبات اللواتي لم تتابعن الحمل جلهن قاطنات في البيت وتخفض النسبة بإرتفاع المستوى التعليمي، إذ تنتقل من 31.29% من النساء غير العاملات أميات ولم تتابعن الحمل إلى 18.24% غير عاملات تعرفن القراءة والكتابة، إلى 10.26% غير عاملات ذوات مستوى تعليمي وإبتدائي، وإلى 6.75% غير عاملات ذوات مستوى تعليمي متوسط، وإلى 3.85% غير عاملات ذوات مستوى تعليمي ثانوي وأعلى.

إذن لم ينفي المتغير الرائز والمتمثل في الحالة العملية العلاقة الأولى، وإنما دعمها وتماشى معها، وبهذا أثر متغير المستوى التعليمي والحالة العملية بنفس الوثيرة والإتجاه على المتغير التابع والمتمثل في مدى متابعة الحمل.

وبهذا ترتفع نسبة متابعة الحمل مع إرتفاع نسبة النساء المتعلمات والعملات، وكيف تصبح لو أدخلنا متغيرا رائزا آخر ألا وهو العمر على العلاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثة ومدى متابعة الحمل، وهذا ما سنبرزه من خلال الجدول ذو التقاطع المضاعف التالي رقم (11) :

جدول رقم (11) : مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء وعمرهن.

المجموع		عدم متابعة الحمل		متابعة الحمل		مدى متابعة الحمل	
%	ت	%	ت	%	ت	العمر التعليمي	
100,00	363	26,17	95	73,83	268	29-15	أمية
100,00	1290	32,25	416	67,75	874	49-30	
100,00	1653	30,91	511	69,09	1142	المجموع	
100,00	162	11,11	18	88,89	144	29-15	تقرأ وتكتب
100,00	391	20,46	80	79,54	311	49-30	
100,00	553	17,72	98	82,28	455	المجموع	
100,00	373	6,70	25	93,30	348	29-15	إبتدائي
100,00	456	12,28	56	87,72	400	49-30	
100,00	829	9,77	81	90,23	748	المجموع	
100,00	253	5,53	14	94,47	239	29-15	متوسط
100,00	357	7,56	27	92,44	330	49-30	
100,00	610	6,72	41	93,28	569	المجموع	
100,00	39	/	/	100,00	39	29-15	ثانوي فأكثر
100,00	84	1,19	1	98,81	83	49-30	
100,00	123	0,81	01	99,19	122	المجموع	
100,00	1190	12,77	152	87,23	1038	29-15	التوزيع الهامشي للمتغير
100,00	2578	22,50	580	77,50	1998	49-30	
100,00	3768	19,43	732	80,57	3036	المجموع	

إن القراءة الأولى الموضحة في الجدول (11) هي العلاقة بين العمر ومدى متابعة الحمل والمتواجدة في التوزيع الهامشي للمتغير الرائز، حيث توضح أن النساء الصغيرات سنا دون الـ 30 سنة هن أكثر متابعة للحمل من النساء ذوات 30 سنة فما فوق، وهذا

ماسبق الإشارة إليه وتشير بيانات الجدول أيضا إلى دور المستوى التعليمي وعلاقته بمدى متابعة الحمل في أوساط النساء، الصغيرات سنا دون 30 سنة من العمر، وفي أوساط النساء الكبيرات سنا 30 سنة فما فوق، حيث ترتفع نسبة متابعة النساء الصغيرات سنا حملهن بإرتفاع مستواهن التعليمي، في حين تتمركز نسبة عدم متابعة الحمل في أوساط النساء الكبيرات سنا، وتتنقل النسبة من 32.25% من النساء ذوات أعمار 30 سنة فما فوق، أميات ولم تتابعن الحمل إلى 20.46% ذوات أعمار 30 سنة فما فوق تعرفن إلا القراءة والكتابة ولم تتابعن الحمل، وتتنقل النسبة إلى أن تصل إلى 1.19% منهن من لم تتابع الحمل وهي تنتمي إلى فئة أعمار 30 سنة فما فوق، ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى، إذن المتغير الرائز العمر، لم ينفي هو الآخر العلاقة بين المستوى التعليمي ومدى متابعة الحمل وإنما تماشى في نفس الإتجاه، ودعم أكثر العلاقة الأولى.

ويبقى المتغير الرائز، الثالث وهو رتبة المولود وعلاقته مع متغير المستوى

التعليمي ومدى متابعة الحمل، والموضح في الجدول رقم (2) التالي :

جدول رقم (12) : مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء ورتبة المولود

المجموع		غير ميبين		عدم متابعة الحمل		متابعة الحمل		متابعة الحمل	
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	رتبة المولود	مستوى التعليمي
100,00	149	/	/	18,12	27	81,88	122	1	
100,00	677	0,44	03	28,66	194	70,90	480	4-2	أمية
100,00	848	1,89	16	34,32	291	63,80	541	+5	
100,00	1674	1,14	19	30,59	512	68,28	1143	المجموع	
100,00	84	/	/	4,76	04	95,24	80	1	تقرأ
100,00	289	/	/	20,07	58	79,93	231	4-2	و
100,00	184	1,63	03	19,02	35	79,35	146	+5	تكتب
100,00	557	0,54	03	17,41	97	82,05	457	المجموع	
100,00	238	/	/	0,84	02	99,16	236	1	
100,00	466	0,64	03	12,23	57	87,12	406	4-2	ابتدائي
100,00	130	0,77	01	16,92	22	82,31	107	+5	
100,00	834	0,48	04	9,71	81	89,81	749	المجموع	
100,00	179	0,56	1	5,59	10	93,85	168	1	
100,00	389	/	/	6,43	25	93,57	364	4-2	متوسط
100,00	45	/	/	15,55	07	84,44	38	+5	
100,00	613	0,16	01	6,85	42	92,99	570	المجموع	
100,00	60	/	/	/	/	100,00	60	1	
100,00	58	/	/	1,72	1	98,28	57	4-2	ثانوي +
100,00	04	/	/	/	/	100,00	04	+5	
100,00	122	/	/	0,82	01	99,18	121	المجموع	

يشير الجدول رقم (12) أنه كلما يرتفع المستوى التعليمي للنساء غير العازبات تتخفف رتبة الإنجاب عند آخر مولود خلال الخمس سنوات السابقة على المسح وترتفع نسبة متابعة الحمل.

فالنساء اللواتي يضعن مولودهن الأول هن أكثر متابعة للحمل، وترتفع هذه الأخيرة مع ارتفاع مستواهن التعليمي، في حين تركزت نسبة عدم متابعة الحمل عند النساء اللواتي وضعن 5 أطفال وأكثرهن أميات بنسبة 34.32 %، وتتناقص هذه الأخيرة بارتفاع مستواهن التعليمي، وهو موضح في الجدول رقم (12) أعلاه.

إن نلاحظ أن التعليم يؤثر أكثر ويتمشى مع رتبة المولود ومدى متابعة النساء الحمل وهكذا يتبين أن التعليم يعمق الوعي أكثر بإتخاذ القرار في مجال متابعة الحمل وبأهمية الرعاية الصحية أثناء تلك الفترة، وهو يعد أكثر المتغيرات إرتباطا بمدى متابعة الحمل، ويزداد في وجوده أكثر المتغيرات الأخرى والمتمثلة في الحالة العملية والعمر، ورتبة المولود.

فيما يخص مجموعة النساء اللواتي تابعن الحمل والتي قدرت بنسبة 80.57 % أي حوال 3036، تبين أن 2942 بمعنى 96.90% من النساء اللواتي عرضن أنفسهن من أجل الكشف وبعدد كشوفات مختلفة والبقية منها غير معرفة، ومنها لم تتذكر.

4-1-1- عدد مرات المتابعة أثناء الحمل وخلفية المبحوثة :

من بين أهم الرسائل العشر الرئيسية لكتاب " حقائق للحياة " تنص الرسالة الثانية على أهمية مراجعة الطبيب أثناء فترة الحمل، وجاء نصها كما يلي :
>> لتخفيض مخاطر الحمل، يجب على النساء، الحوامل مراجعة الطبيب أو العامل الصحي للحصول على الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل، كما يجب أن تتم الولادات بمساعدة شخص مدرب << (أدا مسون، 1993، ص.1).

وتم تحديد عدد مرات المتابعة أثناء الحمل بإجراء ثلاثة فحوصات قبل الولادة وذلك في الشهر الثالث والخامس والسابع، إذ تعد عملية إجبارية بالنسبة للمرأة الحامل من أجل ضمان حمل بدون خطر من جهة، ومن جهة ثانية تعد إجبارية بالنسبة للضمان الإجتماعي، وذلك من أجل تسديد كل المصاريف للمرأة المؤمنة أو زوجة العامل المؤمن.

كما يصل تحديد عدد مرات المتابعة أثناء الحمل على الأقل أربعة فحوصات، وهذا ما جاء في مضمون الرسالة الثانية حول الأمومة⁽¹⁾، ويرجع هذا الإسرار أساسا إلى إتاحة المرأة الحامل المجال للمراقبة والمتابعة المستمرة للأم وللجنين على حد سواء، والتأكد من تجنب المشاكل الصحية ومضاعفات الحمل التي تشكل خطرا كبيرا على الأم وعلى حياة الجنين، وبهذا تصل إلى تجنب مخاطر الحمل والوفاة.

وإن أهم أخطار الحمل والمشاكل الصحية التي قد تصادفها المرأة الحامل تتمثل أساسا في النزيف أثناء الحمل، الإنييميا، الأوضاع الغير طبيعية للجنين، وعن طريق الزيارات المتكررة تتمكن المرأة الحامل من إكتساب ثقافة صحية التي على إثرها تتمكن من تغيير سلوكها الصحي وإتجاهاتها ومعارفها إتجاه الحمل، وتصبح المرأة الحامل مسؤولة على صحتها الإيجابية، ومستعدة لمواجهة الولادة، وفترة ما بعد الولادة.

وبعملية التثقيف الصحي⁽²⁾، نصل على القضاء على الجهل الصحي، وعلى رفع مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل، وبالتالي الوصول إلى مساهمة كبيرة في تحقيق الرفاه للمرأة ولأسرتها في تنمية المجتمع، غير أن هذه المساهمة لاتزال غير معترف بها، كما أن الإعتراف بالأهمية الإجتماعية والثقافية للحمل والولادة مازال مقصورا.

وفي هذا الصدد لقد وصلت عدد الكشوفات أثناء الحمل من خلال نتائج المسح إلى سبعة وأكثر، وعلى إثرها حاولنا تقيمتها إلى ثلاثة فئات، وحاولنا معرفة العلاقة بين المستوى التعليمي والحالة العملية، والعمر ورتبة المولود والموضحة في الجدول الآتي رقم (13) :

(1)- تخص الرسالة الثانية للقواعد الذهبية إتجاه الأمومة الأمانة إلى :

" une personne qualifiée (médecin, infirmière ou sage femme) devrait examiner la future mère au moins quatre fois pendant chaque grossesse et l'assister lors de l'accouchement" (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2002, p.10.

التي تعرف عملية التثقيف الصحي، أو التربية الصحية، حسب منظمة الصحة العالمية أنها : " تمثل كل فعل يهدف إلى تغيير سلوكيات الأفراد، وإكتساب عادات سليمة، وكذا الحفاظ عليها، فضلا عن الإستفادة من الخدمات الصحية المتاحة، وتجعلهم قادرين فرديا وجماعيا على تحسين الحالة الصحية والوسط الذي يعيشون فيه " (Manciaux, 1978, p.32).

الجدول رقم(13) : التوزيع النسبي للنساء اللاتي تابعن الحمل حسب عدد الكشوفات وخلفيتهن

المجموع ⁽²⁾		غير مبين ⁽¹⁾	4 فأكثر	3-2	1	عدد الكشوفات الخلفية
المستوى التعليمي						
100,00	1142	3,94	39,23	41,94	14,89	أمية
100,00	455	25,71	49,01	39,56	7,69	تقرأ وتكتب
100,00	748	2,41	56,82	35,56	5,21	إبتدائي
100,00	569	2,48	64,85	30,93	1,93	متوسط
100,00	122	0,82	77,05	22,13	/	ثانوي فأعلى
100,00	3036	3,10	51,35	37,15	8,40	المجموع
الحالة العملية						
100,00	536	3,73	63,43	30,22	2,61	تعلم
100,00	2500	2,96	48,76	38,64	9,64	لاتعلم
100,00	3036	3,10	51,35	37,15	8,40	المجموع
العمر						
100,00	16	/	62,50	31,25	6,25	19-15
100,00	282	2,84	53,19	37,59	6,38	24-20
100,00	740	2,43	50,68	37,97	8,92	29-25
100,00	787	2,67	52,73	35,32	9,28	34-30
100,00	765	2,88	50,46	38,04	8,63	39-35
100,00	358	6,42	50,84	34,64	8,10	44-40
100,00	88	2,27	46,59	48,86	2,27	49-45
100,00	3036	3,10	51,35	37,15	8,40	المجموع
رتبة المولود						
100,00	667	3,15	63,27	29,69	3,90	1
100,00	1103	1,72	52,31	38,53	7,43	3-2
100,00	724	4,14	47,24	37,71	10,91	5-4
100,00	542	4,43	40,22	42,80	12,55	6 فأكثر
100,00	3036	3,10	51,35	37,15	8,40	المجموع
مكان الإقامة						
100,00	1810	3,37	56,30	34,92	5,41	حضر
100,00	1226	2,69	44,05	40,46	12,81	ريف
100,00	3036	3,10	51,35	37,15	8,40	المجموع

(1) تدخل النساء اللواتي لم تتذكرن بالضبط عدد الكشوفات، وكذا غير مبين.

(2) - لقد تم استبعاد مجموعة النساء اللواتي لم تتابعن الحمل ولم تقبلن على الكشف والمقدرة بـ 732 من بين 3768 امرأة، والبقية أي 3036 امرأة من تابعن الحمل.

يتضح من خلال الجدول أعلاه، أن قرابة 51.35% من النساء قد أجرين 4 كشوفات فأكثر إذ تصل إلى 7، ويليها 37.15% من أجرين مابين 2 إلى 3 كشوفات، وبلغ متوسط عدد مرات المتابعة التي تقوم بها المرأة أثناء الحمل بحوالي 3.8 زيارة.

ويتجلى من خلال الجدول نفسه العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وعدد الكشوفات التي أجرتها، حيث معظم النساء الأميات قد أجرين مابين 2-3 زيارة بنسبة 41.94% مقارنة مع النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى قد أجرين 4 كشوفات فأكثر وذلك بنسبة 77.05%.

كما يشير الجدول إلى أن النساء العاملات هن أكثر إقبالا من حيث عدد الكشوفات أثناء الحمل بـ 4 وأكثر مقارنة مع النساء القاطنات في البيت بدون عمل وقد أجرين نفس العدد من الكشوفات وذلك بنسبة 63.43% و 48.76% على التوالي، بفارق مقدر بحوالي 15 نقطة.

أما عن متغير العمر، فهو الآخر يبرز علاقته مع عدد الكشوفات أثناء الحمل، حيث يتضح من الجدول رقم (13) أنه كلما يرتفع عمر النساء كلما قلت نسبة النساء اللواتي أقبالن على 4 كشوفات فأكثر، حيث تتمركز النسبة عند فئة أعمار 15-19 سنة بنسبة 62.50%، وتتناقص النسبة مع ارتفاع عمر النساء إلى أن تصل إلى 46.59% من النساء ذوات أعمار 45-49 سنة وأجرين 4 كشوفات فأكثر أثناء الحمل.

في حين ترتفع نسبة النساء اللواتي أجرين مابين 2-3 كشوفات أثناء الحمل في أوساط النساء اللواتي ينتمين إلى فئة أعمار 45-49 سنة بـ 48.86% مقابل 31.25% عند فئة أعمار 15-19 سنة بفارق مقدر بحوالي 18 نقطة.

كما نلاحظ تأثير متغير رتبة المولود وعدد الكشوفات أثناء الحمل، حيث يشير الجدول رقم (13) أن النساء اللواتي وُضعن أول ولادة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح هن أكثر إقبالا على عدد أكبر من الكشوفات إذ تصل إلى 4 فأكثر بنسبة 63.27% مقابل 40.22% من النساء اللواتي وُضعن الطفل السادس فأكثر وبفارق مقدر بحوالي 23 نقطة.

وعلاوة على ذلك يكشف الجدول أعلاه أن النساء اللواتي أقبلن إلا مرة واحدة أثناء الحمل التي قدرت بنسبة 8.40%، ترتفع في أوساط النساء الأميات بـ 14.89% قاطنات في البيت بدون عمل بـ 9.64%، كبيرات سنا 30 سنة فأكثر وقد وضعن مولودهن السادس فأكثر بـ 12.55% أكثر بكثير من غيرهن من النساء.

فيما يخص متغير مكان الإقامة، فهو الآخر له تأثير على عدد الكشوفات أثناء الحمل، حيث ترتفع نسبة الكشف بـ 4 مرات فأكثر في الحضر بـ 56.30% عنها في الريف بـ 44.05%، وبانخفاض عدد الكشوفات أثناء الحمل، ترتفع النسبة في الوسط الريفى مقارنة مع الوسط الحضري وهذا مايرزه بوضوح الجدول (13) أعلاه.

وبتطبيق كاي التربيع لبرسون، يتبين أنه هناك فرقا جوهريا ذو دلالة إحصائية بين المتعلمات وغير المتعلمات من حيث عدد الكشوفات التي أقبلن عليها النساء أثناء الحمل، حيث بلغت قيمة كاي التربيع بـ 157.03 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 11.07 عند درجة حرية 3، ونسبة 5%.

كما إتضح وجود فرقا جوهريا ذات دلالة إحصائية بين العاملات وغير العاملات من حيث عدد الكشوفات أثناء الحمل، حيث قدرت قيمة كاي التربيع المحسوبة بـ 52.58 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 7.82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%.

وبالإضافة إلى ذلك، تبين وجود العلاقة ذات دلالة إحصائية بين رتبة المولود وعدد الكشوفات أثناء الحمل، حيث قدرت قيمة كاي التربيع المحسوبة بـ 94.11 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 16.92 عند درجة حرية 9 ونسبة 5%.

وبتطبيق معامل التوافق، تتضح العلاقة بين عدد الكشوفات التي أقبلت عليها النساء الحضريات أثناء الحمل مقارنة مع النساء الريفيات، ولكنها ليست قوية حيث قدرت قيمته بـ 0,16.

وبالإضافة إلى ذلك، حاولنا ربط كل من متغير مكان الإقامة باعتباره متغيرا مستقبلا مع المتغير التابع والمتمثل في عدد الكشوفات أثناء الحمل، مع إدخال المتغير الرائر والمتمثل في المستوى التعليمي والعملية والعمر ورتبة المولود، وتحصلنا على الجدول رقم (2) الملحق (9) .

كما سبق الإشارة إليه، تركزت نسبة الإقبال على 4 كشوفات فأكثر في أوساط الحضريات 56.30% مقارنة مع النساء الريفيات 44.05%، ترتفع النسبة في وسط النساء الحضريات اللواتي كشفن 4 مرات فأكثر أثناء الحمل عند درجة تعليم ثانوي فأعلى

بـ 79.81% مقارنة مع الأميات بـ 43.83% عند العاملات بـ 67.15% مقارنة مع غير العاملات، بـ 53.08%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 15-19 سنة بـ 70% مقارنة مع الكبيرات سنا ما بين 40-44 سنة بـ 53.28%، عند رتبة المولود الأول بـ 67.80% مقارنة مع ذوات رتبة المولود الخامس فأكثر بـ 46.24%، ويبقى هذا الارتفاع في نفس الإتجاه من حيث خلفية النساء الريفيات اللواتي أقبطن على الكشف أثناء الحمل بـ 4 مرات فأكثر حيث نلاحظ من خلال الجدول نفسه تمركز النسبة في أوساط النساء المتحصلات على درجة تعليم ثانوي فأعلى بـ 61.11%، عاملات بـ 52.42%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 15-19 سنة بـ 55.56%، عند رتبة المولود الأول بـ 56.81%.

أما عن عدد مرات المتابعة أثناء الحمل ما بين 2 إلى 3، ارتفعت النسبة في الريف 40.46% عنها في الحضر 34.92% وتمركزت النسبة عند النساء الريفيات الأميات بحوالي 43.51%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 45-49 سنة، بـ 58.14%، ذوات رتبة مولود ما بين 2-3، و 4 فأعلى، ولا يوجد تبايناً بين العاملات وغير العاملات من حيث عدد مرات المتابعة أثناء الحمل ما بين 2-3، في حين ترتفع نسبة النساء الحضرريات اللواتي تابعن الحمل ما بين 2-3 عند الأميات بـ 39.92%، قاطنات في البيت بدون عمل بـ 37.18%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 45-49 بنسبة 42.50%، ذوات رتبة المولود الخامس فأكثر بـ 40.77%، وبهذا نلاحظ أن متغير مكان الإقامة لم يغير تأثير العوامل الاجتماعية والإقتصادية والديموغرافية وعدد مرات متابعة الحمل، وإنما ارتفعت النسبة في إتجاه الوسط الحضري والإقبال على 4 كشوفات وأكثر، مقارنة مع الوسط الريفي، كما بقيت العلاقة نفسها من حيث تأثير كل من متغير التعليم والحالة العملية والعمر ورتبة المولود وعدد مرات المتابعة الواحدة وما بين 2 إلى 3 مرات وذلك بنسبة مرتفعة في إتجاه الريف عنه الحضر.

وعلاوة على ذلك، لقد توسعت بيانات المسح، وذلك بتحديد الشهور التي تم فيها الزيارات لأول مرة أثناء فترة الحمل، وسبب ذلك الإقبال، وهذا ماسنبرزه في العنصر الآتي :

4-1-2- الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة وخلفية المبحوثة :

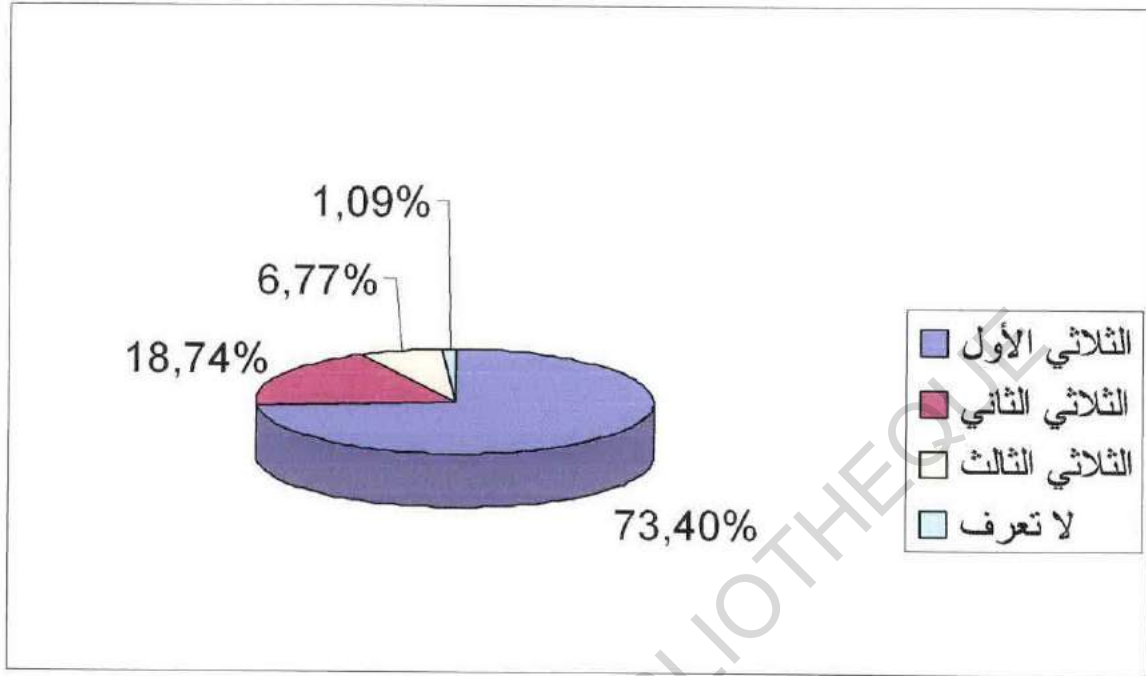
عادة ما يتم تقسيم مراحل الحمل إلى ثلاثة، وفي كل مرحلة تشمل على مراقبة طبية معينة⁽¹⁾ ويوضح الشكل رقم (5) أن أكثر من نصف النساء قد قمن بأول زيارة لمتابعة الحمل الأخير خلال الخمس سنوات السابقة والمقدرة بـ 73.40%، وهناك من كسفن لأول مرة الحمل في المرحلة الثانية أو ماتسمى بالثلاثي الثاني من الحمل وقدرت بنسبة 18.74% وأن حوالي 6.77% من أقبلن للمرة الأولى أثناء الحمل في فترة الثلاثي الثالث.

(1)- تمثل المرحلة الأولى على الثلاثة أشهر الأولى أو نسميها الثلاثي الأول من الحمل، حيث يطلب من المرأة الحامل إجراء بعض التحاليل اللازمة بما فيها تحليل البول، الفحص عن حالة القلب والرئتين، ضغط الدم، تحديد الوزن، القامة، كما تسمح هذه المرحلة بالكشف عن تشوهات واضحة للعظام التي تصيب النخاع الشوكي أو الحوض.

كما يتم إجراء في هذه المرحلة فحص بجهاز تخطيط الصدى من أجل التأكد من سلامة الحمل. ثم تأتي المرحلة الثانية أو المراقبة الطبية في الثلاثي الثاني، تهدف هذه المراقبة إلى متابعة نمو الجنين، ومحاولة تفادي التشوهات وتحديد عمر الجنين، ومعرفة حالة الحمل إن كان حملا عاديا أو خطرا على صحة الأم، حيث يبدأ في هذه المرحلة الجنين ينمو بسرعة، وتبدأ المرأة تحس بتحركات.

وفي المرحلة الثالثة أو المراقبة الطبية في الثلاثي الثالث، أين تقوم المرأة الحامل بإجراء الفحص بجهاز تخطيط الصدى أو مايسمى بالإيكوغرافيا، وهذا من أجل التأكد من صحة الجنين والتنبيؤ بكيفية الولادة وطبيعتها إن كانت عادية، أو قيصرية أو عسرة، كما يسمح الكشف في هذه المرحلة على معرفة وضع الجنين وحجمه وحساب عمره، والتنبيؤ ما إذا كانت هناك تشوهات ممكنة الحدوث، ومعرفة أيضا تاريخ الولادة (د.فاخوري، 1989 ص ص 326-329)

شكل رقم (5) : التوزيع النسبي للنساء حسب الشهر الذي يتم فيه الكشف لأول مرة من خلال فترة الحمل.



وفي ظل هذه النتائج، حاولنا ربط كل من المستوى التعليمي للنساء وحالتهم الفردية والعمر ورتبة المولود، والموضحة من خلال الجدول التالي رقم (14) حيث نلاحظ تلك العلاقة الموجودة بين متغير التعليم والشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل، حيث ترتفع نسبة الكشف في الثلاثي الأول والمقدرة بـ 73.40% في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 95.87% مقابل في أوساط النساء الأميات بنسبة 61.34% بفارق مقدر بحوالي 35 نقطة، كما ترتفع النسبة أيضا عند العاملات مقارنة مع النساء غير العاملات بنسبة 83.83%، و 71.16% على التوالي، حيث تتمركز مهنتهن في الإطار العالي بنسبة 95.74%، صغيرات في السن ما بين 20-24 سنة من العمر بنسبة 81.72%، وهن منجبات لطفل واحد بنسبة 87.58%.

والملفت الانتباه، أنه بالرغم من الإقبال المكثف للنساء خلال الثلاثي الأول من الحمل مهما كانت خلفيتهن، إلا أننا نلاحظ الارتفاع في النسبة أكثر في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى، عاملات، صغيرات سنا، ومنجبات لطفل واحد خلال الخمس السنوات السابقة للمسح.

في حين يشير الجدول رقم (14) أن النساء اللواتي أقبلن إلى الكشف الأول خلال فترة الثلاثي الثاني للحمل والمقدرة بـ 18.74%، تواجدت أكثر عند النساء الأميات بـ 26.13% مقارنة مع النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأعلى بـ 4.13% قاطنات في البيت بدون عمل بـ 20.54% مقارنة مع العاملات بـ 10.34%، تنتمين إلى فئة أعمار 49-45 سنة بـ 32.94%، وقد وصلن إلى رتبة المولود الخامس فأكثر بنسبة 25.93%.

ونلاحظ نفس الاتجاه من حيث إقبال النساء على الكشف لأول مرة في الثلاثي الثالث من الحمل والمقدرة بـ 6.77% ترتفع النسبة عند الأميات بـ 11.21%، بدون عمل 7.21%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 40-44 سنة بـ 9.52%، منجبات لعدد كبير من الأطفال 5 فأكثر بـ 11.82%، وهذا ما يبرزه الجدول الآتي رقم (14).

الجدول رقم (14) : التوزيع النسبي للنساء الحوامل حسب الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة وخلفية المبحوثة (%)

المجموع	لا تعرف		الثلاثي الثالث	الثلاثي الثاني	الثلاثي الأول	الشهر الخلفية
	%	ت	%	%	%	المستوى التعليمي
100,00	1113	01,32	11,21	26,13	61,34	أمية
100,00	455	01,98	06,59	21,32	70,11	تقرأ وتكتب
100,00	743	0,94	04,04	13,19	81,83	ابتدائي
100,00	563	0,36	03,02	12,26	84,37	متوسط
100,00	121	/	/	4,13	95,87	ثانوي فأعلى
100,00	- 3015	01,09	06,77	18,74	73,40	المجموع
						الحالة العملية
100,00	532	01,13	04,70	10,34	83,83	تعمل
100,00	2483	01,09	07,21	20,54	71,16	لا تعمل
100,00	3015	01,09	06,77	18,74	73,40	المجموع
						العمر
100,00	16	/	/	31,25	68,75	19-15
100,00	279	/	05,02	13,26	81,72	24-20
100,00	737	0,95	06,24	14,93	77,88	29-25
100,00	781	0,90	06,27	22,66	70,17	34-30
100,00	760	0,92	07,11	18,82	73,16	39-35
100,00	357	2,24	09,52	18,21	70,03	44-40
100,00	85	4,71	08,24	32,94	54,12	49-45
100,00	3015	1,09	06,77	18,74	73,40	المجموع
						رتبة المولود
100,00	660	0,61	01,82	10,00	87,58	1
100,00	1526	0,66	06,29	18,48	74,57	4-2
100,00	829	2,29	11,82	25,93	59,95	5 فأكثر
100,00	3015	1,09	06,83	18,67	13,40	المجموع

ملاحظة :

من بين 3036 من النساء اللواتي تابعن الحمل، تواجدت إلا 3015 من صرحن بالإقبال على الكشف لأول مرة في الثلاثي الأول، ومنها في الثلاثي الثاني، وكذا الثلاثي الثالث، وهناك 33 حالة لا تعرف، ويبقى 21 مبحوثة لم تصرح على الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة عن الحمل.

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض نتائج المسح، أن نسلط الضوء على دور متغير مكان الإقامة وعلاقته بالشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل، وإبراز مدى تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية في أوساط النساء الريفيات والحضريات والشهر الذي أُقبلن للكشف عن الحمل لأول مرة، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (3) في الملحق (9).

تسير البيانات أن نسبة تلقي الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل ترتفع في الثلاثي الأول عند المقيّمات في الحضر أكثر من النساء المقيّمات في الريف وذلك بنسبة 78% و 67% بفارق مقدر بحوالي 11 نقطة، في حين ترتفع أكثر بقليل نسبة الإقبال في الثلاثي الثاني للكشف لأول مرة خلال فترة الحمل في الوسط الريفي عنه في الوسط الحضري والمقدرة بحوالي 22% و 17%، كما ترتفع نسبة الكشف في الثلاثي الثالث في الوسط الريفي بنسبة 10.3% مقارنة مع الحضري بـ 4.5%، كما يوضح الجدول رقم (3) ملحق (9) أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي وخروج المرأة إلى العمل كلما كان الإقبال في الثلاثي الأول من الحمل كبير، ويرتفع هذا الإقبال مع انخفاض عمر الأم ورتبة المولود، وتبقى هذه العلاقة في نفس الاتجاه في أوساط النساء المقيّمات في الحضر والمقيّمات في الريف، ولكن بنسبة مرتفعة أكثر بقليل في الحضر عنه في الريف.

كما نلاحظ أن الإقبال في الثلاثي الأول من أجل الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل قد ارتفع في الوسط الحضري بـ 78%، وتمركز هذا الأخير في أوساط النساء الحاصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 97.09% مقارنة مع الأميات الحضريات بـ 65.57%، عند العاملات بـ 86.30% أكثر من الغير العاملات بـ 75.83%، كما ترتفع النسبة عند ذوات أعمار 20-24 سنة بـ 85.03% مقارنة مع النساء اللواتي ينتمين إلى فئة أعمار 45-49 سنة بـ 51.22%، وعند ذوات رتبة المولود الأول بـ 90.44% مقارنة مع النساء اللواتي أنجبن 5 أطفال فأكثر بـ

كما يبقى الاتجاه نفسه فيما يتعلق (عن) الكشف في الثلاثي الأول أثناء فترة الحمل في أوساط النساء الريفيات، حيث ترتفع النسبة عند ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 82.89%، عاملات بـ 73.50%، صغيرات سنا مابين 20-24 سنة 79.84% ذوات رتبة المولود الأول بـ 82.61%، كما يشير الجدول نفسه أن الإقبال على الكشف في الثلاثي الثاني والثالث تركز في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي محدود، قاطنات في البيت بدون عمل، كبيرات سنا، ذوات رتبة مولود الخامس فأعلى .

وفي ظل هذه المعطيات، نستنتج أن إقبال النساء الحوامل، في الثلاثي الأول من أجل الكشف لأول مرة أثناء الحمل، ارتفع في الوسط الحضري عنه الريفي، في حين الإقبال في الثلاثي الثاني والثالث، ارتفع في أوساط النساء المقيمات في الريف عنه في الحضر، وإن هذا الارتفاع لم ينفي العلاقة التي أشرنا إليها في الجداول السابقة والمتعلقة حول مدى تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل.

وللإشارة، لقد تبين عن طريق تطبيق أهم أسلوب من بين الأساليب الإحصائية ألا وهو كاي التربيع لبرسون، تأكيدنا أن متغير التعليم هو المتغير الأكثر تأثيرا وقوة على الشهر الذي تم إقبال النساء على الكشف لأول مرة أثناء الحمل مقارنة مع المتغيرات الأخرى بما فيها الحالة العملية والعمر ورتبة المولود، وبلغت قيمته بـ 186.15 مقارنة مع كاي التربيع الجدولية بـ 21.03 عند درجة حرية 12 ونسبة 5%.

كما وجدنا فرقا بين العاملات وغير العاملات من حيث شهر الكشف أثناء الحمل، حيث قدر كاي التربيع بـ 36.80 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 7.82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%.

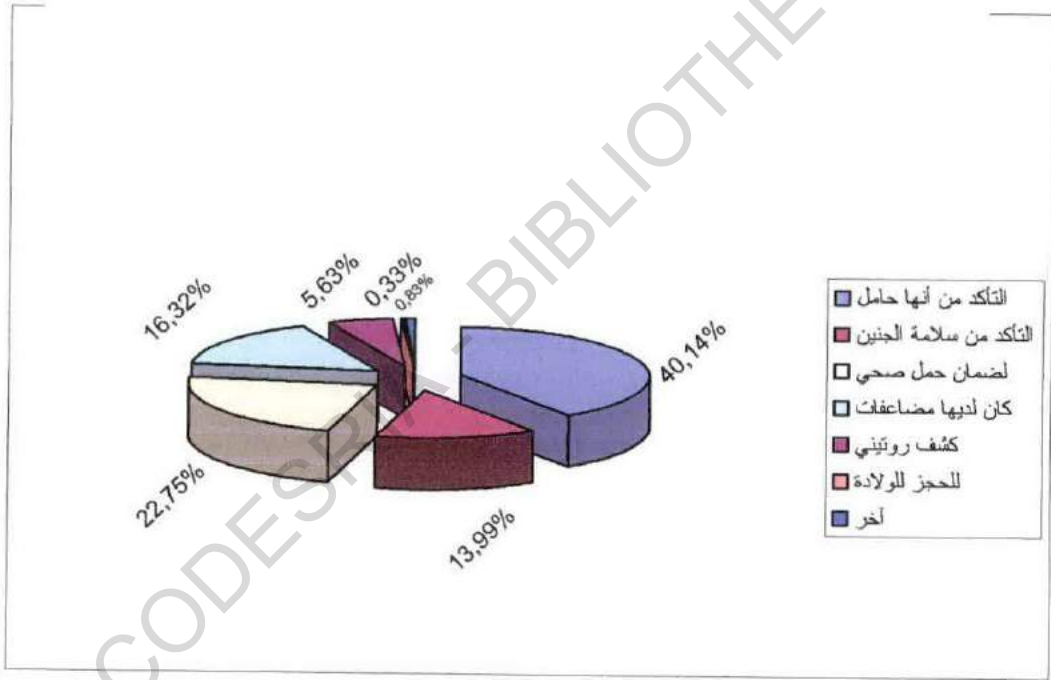
وإضافة على ذلك، ظهرت العلاقة بين الصغيرات والكبيرات سنا من حيث شهر الكشف أثناء الحمل، حيث وجدنا كاي التربيع المحسوبة مقدرة بـ 23.33 مقابل 7.82 لكاي التربيع الجدولية عند درجة حرية 3، ونسبة 5%.

أما عن متغير رتبة المولود، فهو الآخر أبرز تأثيره مع شهر الكشف أثناء الحمل حيث بلغت قيمة كاي التربيع لبرسون بـ 163.6 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 16.59 عند درجة حرية 6، ونسبة 5%.

وعلاوة على ذلك، تبين من خلال نتائج المسح أن التأكد من الحمل كان الدافع الأساسي لحوالي 40.14% من حالات متابعة الحمل بالنسبة للمستجوبات وهذا بغض

النظر على خلفيتهن، ثم يليها من حيث الأهمية ضمان حمل صحي وذلك بنسبة 22.75%، وهناك من عانين من مضاعفات أثناء الحمل وهو الدافع الذي أدى بالنساء إلى إقبالهن على الكشف لأول مرة أثناء الحمل وذلك بنسبة 16.32%، كما تبين أن المتابعة الروتينية للحمل كانت هي الأخرى الدافع الأساسي لحوالي 5.63%، وهي نسبة ضئيلة مقارنة بالأهمية التي تكتسبها المراقبة الروتينية للحمل، التي على إثرها يمكن اكتشاف المشاكل الصحية المتعلقة بالأم أو الجنين على حد سواء وهذا ما يوضحه الشكل الآتي رقم (6).

شكل رقم (6) : التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحاتهن عن سبب الكشف أثناء الحمل لأول مرة.



وللاشارة ترتفع نسبة إقبال النساء الحوامل للكشف لأول مرة أثناء الحمل بسبب التأكد من الحمل في الوسط الحضري عن الريفي بنسبة 42.02% و 37.38% على التوالي، كما أتضح أن النساء الريفيات أقبلن إلى الكشف لأول مرة أثناء الحمل وذلك بسبب إصابتهم بمضاعفات بنسبة 20.21% مقارنة مع النساء الحضريرات بـ 14%، ولا يوجد تباينا كبيرا بين الريف والحضر من حيث تصريحات النساء عن سبب ضمان حمل صحي أو الكشف الروتيني.

وعلاوة على ذلك تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم (4) ملحق رقم (9) أن الأغلبية الساحقة للنساء اللواتي صرحن بأن التأكد من الحمل يعد الدافع الأساسي للكشف على الحمل لأول مرة هن نساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بنسبة 52.10%، عاملات بـ 42.69%، دون الـ 30 سنة من العمر بـ 47.61% قد أنجبن طفلا واحدا بـ 52.98%.

أما عن خلفية النساء اللواتي صرحن بسبب الكشف لأول مرة على الحمل تمثل في ضمان حمل صحي والمقدرة بـ 22.75%، ترتفع هذه الأخيرة عند النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بحوالي 27%، عاملات بـ 26.38%، ذوات أعمار 30 سنة فأكثر، قد أنجبن ما بين 2-4 أطفال بـ 25.38%، ويوضح نفس الجدول، أن تلقي المضاعفات أثناء الحمل، الذي كان الدافع الأساسي للكشف أثناء الحمل لأول مرة تواجد عند الأميات بنسبة 24.23%، بدون عمل 17.43% تنتمين إلى فئة أعمار 30 سنة فما فوق بـ 17.65%، كما نلاحظ أيضا ارتفاع نسبة الإصابة بالمضاعفات أثناء الحمل بارتفاع رتبة المولود.

وبعد التعرف على مدى متابعة النساء الحمل والرعاية أثناءه بما فيها عدد الكشوفات، والشهر الذي تم فحص الحمل لأول مرة، وسبب اتخاذ ذلك القرار، وأهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على ذلك، نأتي الآن لنسلط الضوء على الشخص الذي أقبلت عليه النساء من أجل الكشف لأول مرة أثناء الحمل، وكذا التعرف على مكان آخر الكشف.

4-1-3- الشخص الذي تابع الحمل وخلفية المبحوثة :

يتأثر مستوى رعاية الأمومة بمدى توفر الخدمات الصحية ومستوى أدائها، ومدى إقبال الحوامل عليها، ويرتبط هذا الأخير بالخلفية الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للنساء الحوامل.

هذا، وقد قام المسح الجزائري لصحة الأسرة بتوجيه أسئلة في هذا الجانب حيث واصل المقابلة معهن، وسئلن على الشخص الذي أقبلن عنده من أجل الفحص أثناء الحمل لأول مرة، اتضح أن 61.66% من النساء الحوامل اللاتي تابعن الحمل أجرين تلك المتابعة عند الطبيب، في حين تابعت أكثر من ربع الحوامل (29.96%) الحمل عند القابلة أو الممرضة.

وتبلغ نسبة متابعة الحمل بواسطة الأطباء أقصاها بين النساء الحوامل المتحصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 89.34%، وتتنخفض النسبة بانخفاض المستوى التعليمي إلى أن تصل عند النساء الأميات بـ 54.48%، وتتمركز النسبة أكثر عند النساء العاملات مقارنة مع النساء الغير العاملات بنسبة 75.47%، و 59.18%، على التوالي كما ترتفع النسبة بين فئات الأعمار دون الـ 30 سنة بـ 69.60%، مقابل 58.07%، بين فئات الأعمار 30 سنة فما فوق.

وتبلغ أيضا نسبة متابعة الحمل بواسطة الأطباء أقصاها بين النساء الحوامل اللواتي أنجبن طفلا، واحدا بنسبة 77.23% مقارنة مع النساء اللواتي وصلن عند رتبة مولود السادس فأكثر بـ 50.55%، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (15) :-

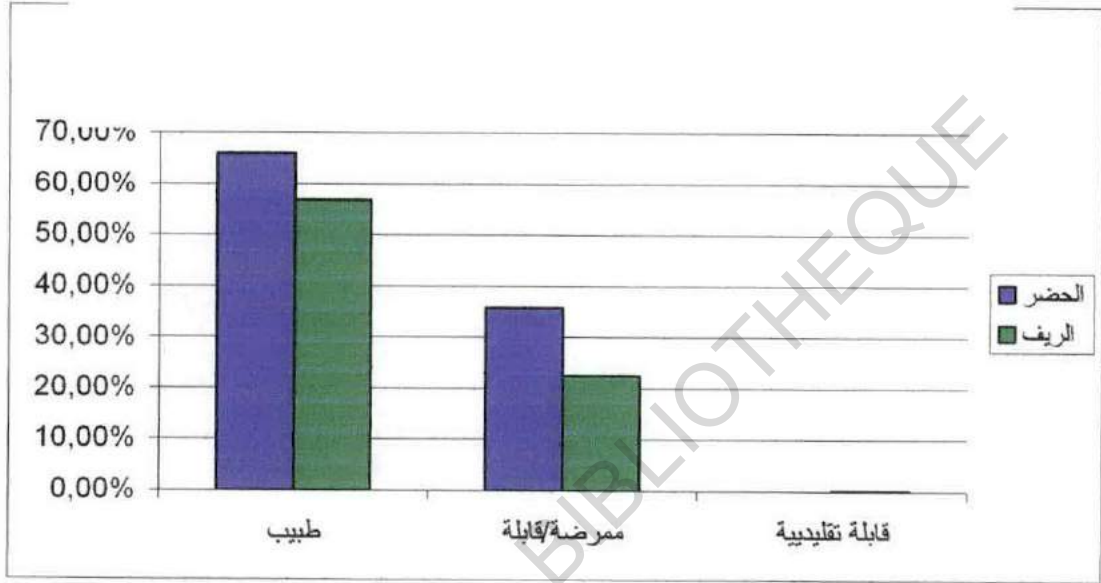
جدول رقم (15) : توزيع النساء حسب مدى متابعتهن الحمل عند الطبيب وخلفتهم

المجموع		غير مبين		لا		نعم		مدى المتابعة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	1674	1,19	20	44,32	742	54,48	912	<u>المستوى التعليمي</u>
								أمية
100,00	557	0,72	04	40,39	225	58,89	328	تقرأ وتكتب
100,00	833	0,36	03	34,93	291	64,71	539	إبتدائي
100,00	610	/	/	25,57	156	74,43	454	متوسط
100,00	122	/	/	10,66	13	89,34	109	ثانوي فأعلى
100,00	3796	0,71	27	37,59	1427	61,70	2342	<u>المجموع</u>
								<u>الحالة الفردية</u>
100,00	587	/	/	24,53	144	75,47	443	تعمل
100,00	3209	0,84	27	39,98	1283	59,18	1899	لا تعمل
100,00	3796	0,71	27	37,59	1427	61,70	2342	<u>المجموع</u>
								<u>العمر</u>
100,00	1194	0,25	03	30,15	360	69,60	831	15-29
100,00	2602	0,92	24	41,01	1067	58,07	1511	30-49
100,00	3796	0,71	27	37,59	1427	61,70	2342	<u>المجموع</u>
								<u>رتبة المولود</u>
100,00	707	0,14	01	22,63	160	77,23	546	1
100,00	1311	0,23	03	35,09	460	64,68	848	2-3
100,00	953	0,73	07	43,55	415	55,72	531	4-5
100,00	825	1,94	16	47,52	392	50,55	417	6 فأكثر
100,00	3796	0,71	27	37,59	1427	61,70	2342	<u>المجموع</u>

وللإشارة ترتفع نسبة متابعة الحمل عند الطبيب بين الحوامل المقيمات في الحضر عنها في الريف بنسبة 65.8% و 56.7% على التوالي، كما ترتفع نسبة الحوامل الآتي

تابعن الحمل بواسطة القابلة لأمهات مقيمات في الحضر 35.8% عنها في الريف 22.4%، وهذا ما يبرزه الشكل التالي رقم (07) :

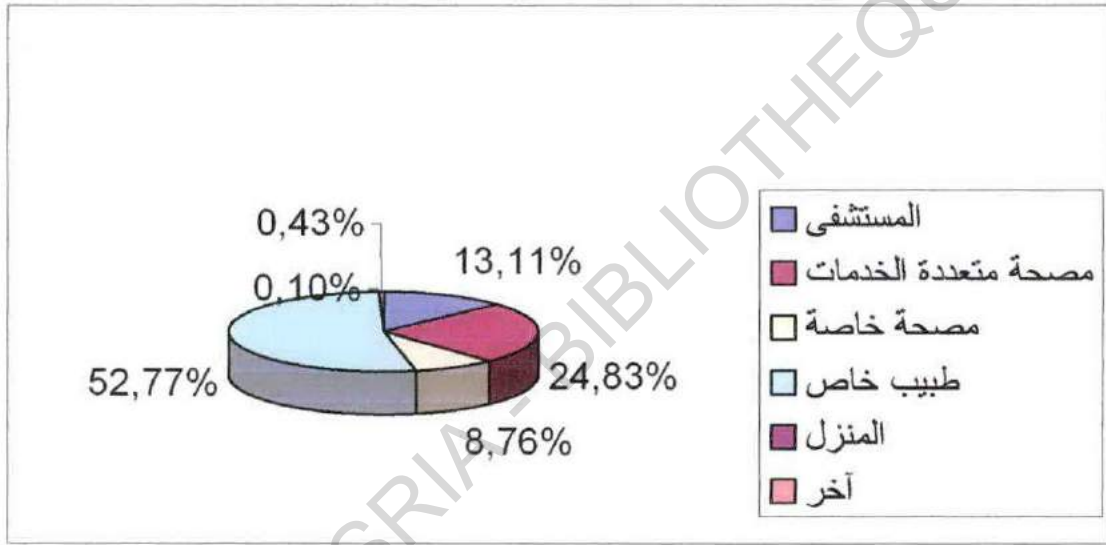
شكل رقم (7) : التوزيع النسبي للنساء اللواتي تابعن الحمل حسب مقدم الرعاية ومكان الإقامة



4-1-4 مكان إجراء آخر الكشف أثناء الحمل وخلفية المبحوثة :

يبين الشكل التالي رقم (08) أن النساء في الجزائر تلجأن عموماً عند الطبيب الخاص وذلك بنسبة 52.77%، في حين تابعت أكثر من ثلث النساء الحوامل حملهن في المنشأة الصحية العمومية بنسبة 37.94% منها 24.83% من ترددن أثناء الحمل إلى المصحة المتعددة الخدمات، و 13.11% إلى المستشفى، وحوالي 8.76% في المصحة الخاصة، و0.10% في المنزل.

شكل رقم 08 : التوزيع النسبي للنساء الحوامل حسب مكان إجراء آخر الكشف أثناء الحمل



ويتضح من خلال نتائج المسح، عدم وجود فرقا جوهريا بين مكان آخر الكشف أثناء الحمل ومكان الإقامة، حيث يبقى نفس الإتجاه بمعنى تأتي نسبة النساء اللاتي أجرين آخر متابعة للحمل عند الطبيب الخاص سواء كن قاطنات في الحضر أو في الريف، ثم تأتي من حيث الأهمية الإقبال في منشأة الصحة العمومية، وبفروق طفيفة لا تتجاوز النقطتين بين الحضر والريف وذلك في إتجاه الحضر.

وبهذه النتائج، حاولنا ربط كل من المستوى التعليمي، والحالة العملية والعمر ورتبة المولود بمكان آخر الكشف أثناء الحمل، فتحصلنا على الجدول رقم (16)، الذي يبرز لنا العلاقة بوضوح، تأتي على رأسها دور التعلم وإقبال الحوامل إلى الطبيب الخاص من أجل إجراء آخر فحص أثناء الحمل، حيث ترتفع نسبة النساء اللاتي أجرين متابعة الحمل عند الطبيب الخاص بين الحوامل ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ

65.57% مقارنة مع الحوامل بدون مستوى تعليمي أميات بـ 52.10%، في حين نجد الإقبال على متابعة الحمل في المنشأة الصحية العمومية ترتفع في أوساط الحوامل بدون مستوى تعليمي منها اللواتي تعرفن إلا القراءة والكتابة بـ 41.10% والأميات بـ 40.63% مقارنة مع النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 23.31%، كما يركز الإقبال عند آخر الكشف أثناء الحمل عند الطبيب الخاص في أوساط العاملات بـ 60.45% مقارنة مع غير العاملات بـ 51.12%، وللإشارة ترتفع النسبة عند العاملات في الإطار العالي بحوالي 78.72%، ويليهما 70% عند مستخدمات مصلحة، و 28.57% عند المستخدمات غير المؤهلات.

ويشير الجدول نفسه إلى دور العمر ورتبة المولود ومكان إجراء النساء الحوامل آخر الكشف أثناء الحمل، حيث ترتفع نسبة إجراء آخر الكشف أثناء الحمل عند الطبيب الخاص في أوساط النساء دون الـ 30 سنة من العمر بـ 55.49%، مقارنة مع الكيبرات سنا 30 سنة فأعلى بـ 51.35%، كما تتمركز النسبة عند رتبة المولود الأول بـ 57.72% مقارنة مع رتبة المولود السادس فأكثر بـ 51.48%، فيما يخص النساء ذوات أعمار 30 سنة فأكثر، قد أنجبن ما بين 4-5 أطفال و 6 أطفال فأكثر قد أجرين آخر متابعة للحمل في المنشأة الصحية العمومية وذلك بنسبة 39.79%، 44.20%، 40.41%، على التوالي أكثر من غيرهن من النساء.

كما يشير الجدول رقم (16) على أنه يوجد ثلاثة حالات من النساء من أجرين آخر متابعة الحمل في المنزل وهي تتمركز في أوساط النساء الريفيات، بدون مستوى تعليمي، قاطنات في البيت وتنتمين إلى فئة أعمار 40-44 سنة، ومنها من أنجبن ثلاثة ومنها 6 أطفال.

جدول رقم (16) : توزيع النساء الحوامل الأتي تابعن الحمل حسب مكان آخر كشف و خلفية المبحوثة .

المجموع	آخر		المنزل		طبيب خاص		مصحة خاصة		منشأة صحية عمومية ¹		مكان آخر كشف الخلفية	
	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
المستوى التعليمي												
أمية	100,00	1142	0,35	04	0,18	02	52,10	595	6,74	77	40,63	464
تقرأ أو تكتب	100,00	455	/	/	/	/	50,77	231	8,13	37	41,10	187
ابتدائي	100,00	748	0,40	03	/	/	48,53	363	11,90	89	39,17	293
متوسط	100,00	569	0,70	04	/	/	58,52	333	8,79	50	31,99	182
ثانوي فاعلي	100,00	122	1,64	02	0,82	01	65,57	80	10,66	13	21,31	26
المجموع	100,00	3036	0,43	13	0,10	03	52,77	1602	8,76	266	37,94	1152
الحالة العملية												
تعمل	100,00	536	0,37	02	/	/	60,45	324	10,07	54	29,10	156
لا تعمل	100,00	2500	0,44	11	0,12	03	51,12	1278	8,48	212	39,84	996
المجموع	100,00	3036	0,43	13	0,12	03	52,77	1602	8,76	266	37,94	1152
العمر												
29-15	100,00	1038	0,48	05	/	/	55,79	576	09,63	100	34,39	357
49-30	100,00	1998	0,40	08	/	03	51,35	1026	08,31	166	39,79	395
المجموع	100,00	3036	0,43	13	0,15	03	52,77	1602	8,76	266	37,94	1152
رتبة المولود												
1	100,00	667	0,60	04	/	/	57,72	385	10,79	72	30,88	206
3-2	100,00	1103	0,45	05	0,18	02	54,03	596	8,43	93	36,90	407
5-4	100,00	724	0,14	01	/	/	47,24	342	8,43	61	44,20	320
6 فأكثر	100,00	542	0,55	03	0,18	01	51,48	279	7,38	40	40,41	219
المجموع	100,00	3036	0,43	13	0,10	03	52,77	1602	8,76	266	37,94	1152

1- تشمل كل من المستشفى والمصحة المتعددة الخدمات .

وعن طريق بيانات الجدول أعلاه رقم (16)، أجرينا إختبار كاي التربيع لبرسون، ووجدنا على إثرها العلاقة الجوهرية ذات الدلالة الإحصائية بين المتعلمات وغير المتعلمات من حيث مكان آخر الكشف أثناء فترة الحمل، حيث بلغت قيمة كاي التربيع بـ 82.63 مقارنة مع كاي التربيع الجدولية بـ 5.99 عند درجة حرية 2 ونسبة 5%، وترتفع قوة العلاقة بين العاملات وغير العاملات وإختيارهن مكان آخر الكشف أثناء الحمل، حيث قدرت كاي التربيع لبرسون بـ 156.15 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 7.82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%، في حين ليس هناك فرقا كبيرا يذكر بين الصغيرات والكبيرات سنا من حيث مكان آخر الكشف أثناء الحمل، حيث بلغت قيمة كاي التربيع بـ 8.95 مقارنة مع كاي التربيع، الجدولية بـ 7.82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5%.

كما إتضح أيضا وجود علاقة بين رتبة المولود ومكان آخر الكشف أثناء الحمل حيث قدرت قيمة كاي التربيع بـ 30.13 مقابل كاي التربيع الجدولية بـ 16.92 عند درجة حرية 9 ونسبة 5%.

4-2- تطعيم الحوامل ضد التيتانوس :

لقد اهتم المسح الجزائري لصحة الأسرة بتوجيه سؤال للنساء اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال فترة الخمس سنوات السابقة للمسح حول مدى أخذهن حقنة التطعيم ضد التيتانوس إما أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها الإنجابية.

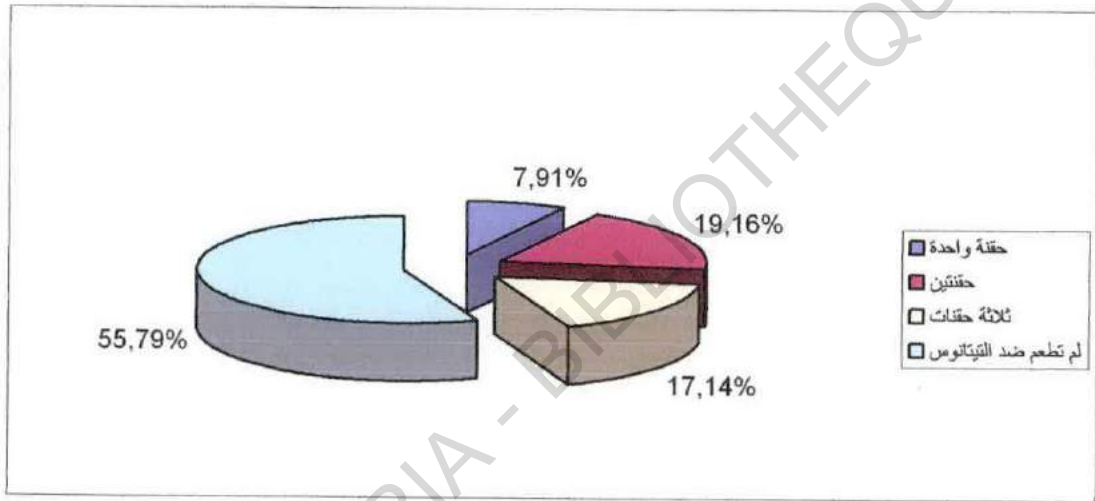
ويعد الاهتمام بتطعيم الحوامل ضد التيتانوس بالغ الأهمية باعتباره من بين أهم أسباب وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة، ومن أجل تفادي إصابة الأم بتسمم التيتانوس يعطي لها جرعات التطعيم إما أثناء فترة الحمل، أو فترة مبكرة من حياتها الإنجابية، فهو يعد ضرورة ملحة كونه يحصن الأم والجنين على حد سواء، فإذا لم تلقح الأم ضد التيتانوس، يعني هذا أن طفلا من بين كل 100 طفل يلقي حذفه نتيجة هذا المرض، وبهذه الأهمية القصوى للتطعيم ضد التيتانوس، تنص الرسالة الصحية الرابعة حول التحصين التي تدعو كل فرد وكل أسرة وكل مجتمع إتباع تلك القواعد الذهبية، ومقادها هو :

" يجب تحصين جميع النساء بين 15-44 سنة ضد الكزاز "

(أدا مسون، مرجع سابق، ص 37).

ويمكن قياس رعاية صحة الأمومة عن طريق معرفة مدى تلقي الأم جرعات التطعيم ضد التيتانوس أثناء الحمل⁽¹⁾، ويظهر الشكل رقم (9) نسبة النساء اللواتي طعنن ضد التيتانوس أثناء حملهن الأخير، اتضح أن 44.21% من النساء الحوامل اللواتي تلقين التطعيم ضد التيتانوس بجرعات مختلفة، منهن من أخذت حقنة واحدة بنسبة 7.91%، 19.16% حقنتين من التطعيم، و17.14% ثلاثة حقنات من التطعيم، في حين تواجد أكثر من نصفهن 55.79% من النساء الحوامل لم تتلقين أي تطعيم ضد التيتانوس.

شكل رقم 09 : التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحاتهن حول مدى تطعيمهن ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح



(1) - هناك من تلقى حقنة واحدة، أو حقنتين أو ثلاثة حقنات وينصح في هذا الشأن مايلي :

" إن لم تكن المرأة قد لقحت ضد الكزاز من قبل، وجب عليها أن تأخذ الحقنة الأولى من اللقاح حالما تصبح حاملا، وأما الثانية فيمكن أخذها بعد أربعة أسابيع من تاريخ الأولى على أن لا تكون في الأسبوعين الأخيرين من نهاية الحمل.

تعطي الحقنة الثالثة بعد فترة تتراوح بين ستة أشهر وإثني عشر شهرا من تاريخ الثانية أو أثناء الحمل التالي. هذه الحقن الثلاث من اللقاح تؤمن للأم ولوليدها حماية لمدة خمس سنوات، غير أن هذا لايعني عدم تلقيح الطفل ضد الكزاز، إذ يجب تحصينه ضد المرض خلال السنة الأولى من عمره.

إذا ما تلقت الفتاة أو المرأة خمس جرعات من لقاح الكزاز، فإنها تضمن حماية دائمة لها طيلة سنوات الإنجاب كما تضمن حماية أطفالها من الكزاز خلال الأسابيع الأولى من حياتهم ". (ادا مسون، 1993، ص41).

من أجل تفاصيل أكثر أرجع إلى القواعد الذهبية الستة حول التحصين في :

(Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2002, pp66-67) .

وتتفاوت نسبة مدى التطعيم ضد التيتانوس وخلفية المبحوثة وهذا ما يبرزه

بوضوح الجدول التالي رقم (17):

جدول رقم (17) : توزيع النساء حسب مدى أخذهن حقنة ضد التيتانوس وخلفيتهن

المجموع		لا		نعم/ثلاثة حقنات		نعم / حقتين		نعم / حقنة واحدة		مدى التطعيم ضد التيتانوس
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	الخلفية
100,00	1653	67.03	1108	12,76	211	14,40	238	05,81	96	<u>المستوى التعليمي</u>
100,00	553	53.53	296	17,90	99	17,72	98	10,85	60	أمية
100,00	829	45.60	378	21,47	178	24,61	204	8,32	69	تقرأ وتكتب
100,00	610	43.61	266	21,97	134	23,77	145	10,66	65	ابتدائي
100,00	123	43,90	54	19,51	24	30,08	37	6,50	08	متوسط
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	07,91	298	ثانوي فأعلى
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	07,91	298	<u>المجموع</u>
100,00	587	46.51	273	20,78	122	25,72	151	6,98	41	<u>الحالة العملية</u>
100,00	3181	57,50	1829	16,47	524	17,95	571	8,08	257	تعمل
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	7,91	298	لا تعمل
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	7,91	298	<u>المجموع</u>
100,00	1190	46.30	551	21,93	261	21,43	255	10,34	123	<u>العمر</u>
100,00	2578	60.16	1551	14,93	385	18,11	467	06,79	175	15-29
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	7,91	298	30-49
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	19,16	722	7,91	298	<u>المجموع</u>
100,00	709	31,88	226	29,76	211	28,21	200	10,16	72	<u>رتبة المولود</u>
100,00	1308	55.73	729	16,82	220	18,04	236	09,40	123	1
100,00	944	61,76	583	13,77	130	19,49	184	4,98	47	2-3
100,00	807	69,89	564	10,53	85	12,64	102	6,94	56	4-5
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	11,16	722	7,91	298	6 وأكثر
100,00	3768	55.79	2102	17,14	646	11,16	722	7,91	298	<u>المجموع</u>

يتجلى من خلال الجدول رقم (17) أعلاه، أن أكثر من نصف النساء لم تتلقين التطعيم ضد التيتانوس وذلك بنسبة 55.79%، تلك هي النسبة التي توضح المستوى المتدني للإقبال على التطعيم ضد التيتانوس في الجزائر، وترتفع نسبة عدم التطعيم ضد التيتانوس بين الحوامل بدون مستوى تعليمي أميات بـ 67.03% قاطنات في البيت بـ 57.50%، وكلما يرتفع عمر السيدات يرتفع نسبة عدم الإقبال على التطعيم ضد التيتانوس

إلى أن تصل عند فئة أعمار 45-49 سنة بنسبة 67.65%، كما ترتفع النسبة أيضا في أوساط النساء اللواتي أنجبن 6 أطفال فأكثر 69.89%.

ويشير الجدول نفسه إلى أن نسبة التطعيم سواء بحقنتين أو ثلاثة ترتفع عند النساء الأكثر تعليما، عاملات، صغيرات في السن دون 30 سنة، وتتنخفض النسبة كلما إرتفعت رتبة المولود سواء عند النساء اللواتي أخذن حقنتين أو ثلاثة حقن من التطعيم ضد النيتانوس.

كما ترتفع النسبة في الحضر عنها في الريف، وعلاوة على ذلك تتبع أهمية الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل من أنها تأخذ بعض الفيتامينات والكالسيوم والمنازيوم وهذا من أجل حماية الأم والجنين طوال فترة الحمل، كما تبين في هذا الشأن أنه :
" غالبا ماتعود بعض جذور سبب وفاة الأم إلى الفترة التي سبقت الحمل في حياة المرأة، ربما كانت أثناء سن الرضاع أو حتى قبل ولادتها عندما بدأ العجز في الكالسيوم، وفيتامين (د) أو الحديد وإذا إستمر هذا العجز خلال فترتي الطفولة والمراهقة نتج عنه إنكماش في عظم الحوض ينتهي بوفاة، من ولادة معوقة، أو حالة مزمنة من فقر الدم الناتج عن عوز الحديد تنتهي في الغالب بالوفاة بسبب النزيف " (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، 1993، ص.38).

وبهذه الأبعاد والدرجة من الخطورة، فإن السعي إلى الرعاية الصحية أثناء الحمل يعد بالغ الأهمية والمسح الجزائري لصحة الأسرة إهتم بدوره على هذا الجانب، حيث إتضح أن حوالي 39.89%، من النساء قد صرحهن بأنهن قد تناولن فيتامينات وكالسيوم ومنازيوم أثناء فترة الحمل في حين إتضح أكثر من نصفهن لم تأخذن تلك المقويات بنسبة 60.11%.

ترتفع نسبة تناول الأدوية أثناء الحمل في أوساط النساء اللواتي تحصن على قسط كبير من التعليم ثانوي فأعلى بنسبة 52.03% مقابل 32.42% عند الأميات بفارق مقدر بحوالي 20 نقطة، ويزداد تناول الأدوية عند العاملات، جلهن مستخدمات مصلحة بـ 62%، صغيرات في السن بنسبة 55% مقارنة مع النساء اللواتي تنتمين إلى فئة أعمار 45-49 سنة بـ 38.24% أنجبن طفلا واحدا بـ 48.44%، وتتنخفض هذه الأخيرة مع إرتفاع رتبة المولود إلى أن تصل إلى رتبة 6 أطفال فأكثر قد تناولن تلك الأدوية أثناء الحمل بنسبة 31.93%، في حين ترتفع نسبة عدم أخذ الأدوية أثناء الحمل بما فيها الفيتامين والكالسيوم والمنازيوم والمقدرة بـ 60.11%، بين نساء أميات بـ 67.58%

مقارنة بالمتعلمات ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 47.97%، عاملات وتنتمين بالضبط إلى فئة مهنة مستخدمات غير مؤهلات بـ 81.48% وتنتمين إلى فئة أعمار 30-34 سنة بنسبة 63.15%، وعند ذوات أعمار ما بين 45-49 سنة بنسبة 62% وترتفع النسبة عند رتبة المولود السادس فأكثر بـ 68.07% مقارنة برتبة المولود الأول بـ 51.56%.

وللإشارة ترتفع نسبة عدم أخذ الأدوية أثناء الحمل أكثر بقليل عند نساء الريف مقارنة مع نساء الحضر.

نظرا لأهمية التثقيف الصحي في أوساط النساء الحوامل الذي يفضلته تكتسبن سلوكات صحية، وتستفدن من خدمات صحة الأمومة، إهتم المسح الجزائري لصحة الأسرة بمعرفة مدى تلقي النساء الحوامل معلومات تثقيفية صحية حول نظام الأكل، وأعراض الحمل الخطرة، والرضاعة الطبيعية وتنظيم الأسرة والرعاية بعد الولادة، وتحصلنا على إثرها الجدول التالي رقم (18):

جدول رقم (18) : توزيع النساء حسب تصريحاتهن حول مدى تلقيهن المعلومات التثقيفية أثناء الحمل.

المجموع	لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقي لمعلومات التثقيفية	
	%	ت	%	ت	%	ت		
100,00	3027	0,73	22	63,69	1928	35,58	1077	نظام الأكل
100,00	3027	1,02	31	63,92	1935	35,05	1061	أعراض الحمل
100,00	3027	0,17	05	61,28	1855	38,55	1167	الرضاعة الطبيعية
100,00	3027	0,23	07	66,47	2012	33,30	1008	تنظيم الأسرة
100,00	3027	1,16	36	72,17	2184	26,67	807	الرعاية بعد الولادة

ملاحظة : نلاحظ من بين 3036 من النساء الغير العازبات اللواتي تابعن الحمل، نجد إلا 3027 منهن من أجابت على السؤال المتعلق حول مدى تلقيهن معلومات تثقيفية أثناء الحمل.

يتجلى من خلال الجدول (18) أعلاه إرتفاع نسبة تلقي معلومات صحية حول الرضاعة الطبيعية بنسبة 38.55%، فهي نسبة متدنية إلى حد كبير مقارنة مع الأهمية القصوى الذي يكتسبها موضوع التنقيف الصحي في هذا المجال، وتشمل هذه العملية أساسا في إعلام وتنقيف النساء حول مزايا الرضاعة الطبيعية كونها تعتبر جيدة للصحة، حليب معقم، غني بالفيتامينات والبروتينات والعناصر النادرة والكربو هيدرات، يضمن نمو الطفل نموا طبيعيا، فهو أفضل غذاء يتناوله الطفل خلال الشهور الستة الأولى من حياته، كما يساعد الإقبال على الرضاعة الطبيعية الأم جسديا، وذلك بعودة الرحم إلى حالته وحجمه الطبيعيين، ويحدث ذلك عندما يرضع الطفل من الثدي تتقلص عضلات جدران الرحم، مما يساعد هذا الأخير على عودته إلى وضعه الطبيعي بسرعة (سيوك، 1972، ص76).

بالإضافة إلى ذلك، فوائده النفسية، حيث تحس الأم بعلاقة وإتصال مباشر مع الطفل من حب وحنان ودفئ وحماية.

ولانذهب بعيدا وأمامنا كتاب الله عز وجل الذي يدعو الأمهات إلى الإقبال على الرضاعة الطبيعية لمدة حولين كاملين وذلك في قوله تعالى :
>> وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ، وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ << سورة البقرة آية 233.

ومن أهم الرسائل الرئيسية حول الرضاعة الطبيعية لكتاب حقائق للحياة، تنص الرسالة الأولى على ذلك :

" حليب الأم وحده هو الغذاء الأفضل والشراب الأمثل للطفل خلال الشهور الستة الأولى من عمره تقريبا، ولايحتاج الطفل إلى أي غذاء إضافي آخر خلال هذه الفترة " (أدامسون، مرجع سابق، ص 18).

كما نادى الرسائل الواردة حول الرضاعة الطبيعية إلى الإرضاع بالثدي مباشرة بعد الولادة، وذلك من أجل حماية الرضع والأطفال من الأمراض الخطيرة، وكذلك حماية مليون طفل من الوفاة سنويا (نفس المرجع، ص 17)

وكل هذه المعلومات وغيرها من حق المرأة الحامل التعرف عليها أكثر وذلك من خلال الخدمات الصحية التي تقدم لها عن طريق العمليات التحسيسية، والجلسات التنقيفية والفحوصات المتكررة أثناء مرحلة الحمل.

فأين هي حقوق المرأة في مجال الصحة الإنجابية ؟ وبالخصوص أنه تبين أن 61.28% من النساء لم تتلقين المعلومات حول الرضاعة الطبيعية.

كما تلقت نسبة 35.58% من النساء الحوامل معلومات حول نظام الأكل، والبقية 63.69% لم تتلقين ذلك، حيث لم تستفدن بالتثقيف الصحي المتعلق بنظام الأكل، أين تحتاج المرأة الحامل إلى معرفة أهم المواد الغذائية الواجب إتباعها من حليب وفواكه وخضار ولحوم وسمك وبيض، كما تحتاج إلى معرفة أهمية الأغذية الغنية بالفيتامينات وعلى رأسها فيتامين " ب " الذي يحمي مخ الجنين من التشوهات، والجهل في المعرفة يؤدي إلى الإصابة بالعديد من الأمراض وعلى رأسها سوء التغذية، وفقر الدم إذ يسبب عوز الحديد في إصابة نحو 200 مليون شخص في العالم بفقر الدم، كما تعاني العديد من النساء من فقر في الفيتامينات والكالسيوم، والمانيسيوم، وبهذا الفقر الشديد الذي يرجع إلى سوء الأحوال الغذائية تصبح الحامل عرضة للضعف الجسماني، كما تؤدي سوء التغذية إلى إنخفاض وزن الوليد.

ولهذا تحتاج النساء الحوامل إلى عمليات تثقيفية حول النظام الغذائي الصحي أثناء الحمل بعده الذي يلائمها ويلئم جنينها، حيث تكون في مرحلة الحمل أكثر قابلية لتثقيفها صحيا.

وعلاوة على ذلك، يؤكد الطب على أهمية التغذية التي تعتبر حجر الزاوية في الصحة كما نجد المختصون في الأنثروبولوجية الطبية يؤكدون هم أيضا على أهمية التغذية، وعلى أن النمط الثقافي هو الذي يحدد العادات الغذائية للحامل، وأن إعداد الطعام وسلوك تناولها بتأثرات كلية بالمعايير الثقافية والعادات المتبعة⁽¹¹⁾. (مكاوي، مرجع سابق، ص.58).

وفي هذا الشأن، لقد أعطى المثل الشعبي في التراث المصري حق الطفل في التغذية، حيث يقول المثل :

(11) - إرجع إلى مراجع الدكتور مكاوي علي، ود.حنا نبيل صبحي، إذ أكدا بدورهما على إهتمام الباحثين حول موضوع التغذية في الأنثروبولوجية الطبية، ودور أثر الثقافة والعوامل الاجتماعية على موضوع التغذية، ودراسة المشكلات الغذائية في حالات التنير الثقافي والاجتماعي، كما تهتم الأنثروبولوجيا الثقافية هي الأخرى حول الأهمية الثقافية للعادات الغذائية عند المرأة الحامل، وتأثير التحيز لأطعمة معينة على صحة الحامل، وغيرها من الدراسات في مجال الأنثروبولوجيا الطبية والثقافية التي اهتمت حول موضوع ممارسات الحمل والولادة وما بعدها.

<< اللي ياكلوه في الأرحام ينفعهم في الزحام >> والمقصود هو أن إعطاء الجنين التغذية المناسبة ومنحه الحق في ذلك حتى لا يأتي إلى الحياة هزيبا ضعيفا (د. الجوهري، عبد الحافظ، حاد، 2001، ص 243).

وسيتم تفصيل الحديث حول موضوع نظام الأكل أثناء فترة الحمل ومعارف النساء إتجاه ذلك من خلال عرضنا لنتائج الدراسة الكيفية، التي سنبرزها في الفصل السابق المذكور كما يشير الجدول رقم (18)، إلى تدني نسبة تلقي الحوامل معلومات تثقيفية حول أعراض الحمل الخطرة إذ قدرت النسبة بـ 35.05%، مقابل 63.92% ممنهن لم تتلقين معلومات في هذا المجال.

من حق كل إمراة معرفة أعراض الحمل الخطر التي تكون فيه الأم أو الجنين عرضة لحدوث الموت أو أثناء أو بعد الولادة، أو إحداء إعاقاة، كما يمكنها أن تلقي حتفها أثناء الحمل أو الولادة من جراء النزيف أو إرتفاع الضغط أثناء الحمل، تسم الحمل، أمراض متعلقة بالقلب، أمراض في الأوعية الدموية، ومن حقها معرفة كل العوامل المؤثرة على صحتها كالعمر الأمثل للإنجاب، مشكل الوزن، مشكل الفقر، مشكل التغذية، وكذا تأثير العوامل النفسية على الحامل حالة حمل غير مرغوب فيه الذي يمكن أن يصحبه فقدان الجنين سواء بالإجهاض أو ولادة ميتة، وعلاوة على ذلك، من حقها معرفة العوامل الوراثية التي تؤثر على الحمل كوجود أمراض عائلية بما فيه مرض القلب أو السكر... الخ.

وكل هذه المعلومات تدخل ضمن عملية التثقيف الصحي، وبالإضافة إلى التثقيف الصحي في مجال أعراض الحمل الخطرة، يشير الجدول رقم (18) أعلاه، إلى تدني أكثر نسبة تلقي التثقيف الصحي حول موضوع تنظيم الأسرة والتي قدرت بـ 33.3%، في حين تواجد 66.47% من النساء صرحن بعدم تلقيهن معلومات حول تنظيم الأسرة.

وللإشارة بالرغم من إرتفاع نسبة عدم تلقي المعلومات التثقيفية حول تنظيم الأسرة إلا أن الجزائر بذلت مجهودات كبيرة في هذا المجال، حيث منحت للمرأة حقوقها في تحديد عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، ومنحت لها كل أنواع وسائل تنظيم الأسرة بحرية إختيار الوسيلة المناسبة، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات والأبحاث حول تمتع المرأة الجزائرية بخدمات تنظيم الأسرة على مستوى التراب الوطني، وفي هذا الشأن إرتفع

معدل استخدام وسائل منع الحمل حيث وصل يقدر حسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002 بحوالي 78%⁽¹⁾.

وتشير نتائج المسح إلى إنخفاض أكثر في نسبة تلقي التلقيح الصحي في مجال الرعاية بعد الولادة، حيث قدرت بـ 26.67%، في حين نجد 72.17% من النساء لم تتلقين معلومات تثقيفية في هذا المجال.

وتدل هذه النسب على المستوى المدني في الإهتمام بالرعاية الصحية بعد الولادة، وهذا بالرغم من أهمية تلقي المعلومات الصحية في تلك الفترة.

وفي ضوء هذه المعطيات، ماهي خلفية المبحوثات اللواتي صرحن بمدى تلقيهن التلقيح الصحي حول تلك المعلومات؟ عن طريق نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، تم الإجابة على هذا السؤال، و ذلك من خلال قراءة وتمعن كل من الجدول رقم 5-6-7-8-9 و الموجودة في الملحق رقم (9).

يشير الجدول رقم (5) في الملحق (9) مدى تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية و الديمغرافية على تلقي الحوامل معلومات حول الرضاعة الطبيعية، حيث ترتفع النسبة في أوساط النساء أعلى تعليما بـ 47,93% عاملات بنسبة 39,29%، وغير عاملات 38,40%، و لا يوجد اختلافا كبيرا بين النساء الصغيرات دون الثلاثين سنة، و الكبيرات سنا 30-49 سنة بنسبة 39,31% و 38,16% على التوالي، قد أنجبن ما بين 1 إلى 4 أطفال و ذلك بنسبة 40%.

أما عن النساء الحوامل اللواتي تلقين معلومات حول نظام الأكل، جلهن نساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 52,07%، ترتفع النسبة أكثر بقليل في أوساط العاملات بـ 38,91% مقارنة مع غير العاملات بـ 34,87% ولا يوجد تباينا بين النساء الصغيرات والكبيرات سنا من حيث تلقيهن تلك المعلومة، و لا من حيث المنجبات لطفل واحد أو اثنين أو أكثر، و هذا ما يبرزه الجدول رقم (6) في الملحق رقم (9).

والملاحظة نفسها يبرزها الجدول رقم (07) في الملحق رقم (09) حول مدى تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديمغرافية على مدى تلقي المبحوثات المعلومة حول أعراض الحمل الخطر، حيث تتمركز النسبة عند النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأعلى بـ 46,28%، أكثر بقليل عند العاملات بـ 39,29%، وكذا المنجبات لطفل واحد بـ 37,99%، و لا يوجد اختلافا بين العمر و تلقي المعلومة حول أعراض الحمل

(1) - ارجع إلى ص. 120

الخطر، ويبقى نفس الاتجاه فيما يخص تلقي الحوامل المعلومات حول تنظيم الأسرة ،
والرعاية بعد الولادة ، حيث نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) و(09) في الملحق
رقم(09) أن النساء المتحصلات على أكبر قسط من التعليم ثانوي فأعلى هن أكثر تلقيا
معلومات حول تنظيم الأسرة بـ 39,67%، وحول الرعاية بعد الولادة بـ 36,36%
ولا يوجد إختلافا كبيرا بين العاملات و غير العاملات، الصغيرات والكبيرات سناء،
والمجنبات لعدد صغير أو كبير من الأطفال وتلقيهن معلومات تثقيفية حول تنظيم
الأسرة أو للرعاية بعد الولادة .

ونلاحظ من خلال بيانات نفس الجدول أي رقم (08) (09) في الملحق رقم(09)

أن متغير التعليم هو الوحيد الذي لم يغير اتجاهه ، فهو يعمق الوعي في الرغبة وفي
المعرفة و في أهمية الرعاية الصحية للحمل، فهو يعد عاملا لا غنى عنه في اجتياز
المرأة الحمل و ما بعده وهذا ما سنبرزه لاحقا.

وبهذا تشير النتائج أنه بالرغم من ارتفاع نسبة تلقي المعلومات في أوساط النساء

ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى، إلا أن النسبة مازالت متدنية سواء عند المتعلمات،

أوغير المتعلمات، عاملات أوغير عاملات، صغيرات أو كبيرات في السن قد أنجبين

مولودا واحدا أو أكثر، تحتاج كل هذه الشرائح من النساء إلى تثقيف صحي حول كل من

نظام الأكل، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة، أعراض الحمل الخطر، الرعاية أثناء

وبعد الحمل، و هذا ما يجر و اضعي السياسات الصحية في الاهتمام أكثر لتحسين صحة

الأمومة عن طريق منح لكل امرأة مهما كانت حالتها الاجتماعية أو الاقتصادية أو

الديموغرافية، الحق في المعرفة، والحق في أن تعيش سنوات إنجابها بسلام ، بدون

خطر، و إذا كان الحمل مطلوباً، فإن من حقها أن تحمل بأمان ، وأن تلد طفلا سليما

صحيا و أن تكون مستعدة في مواجهة الحمل ومابعده بما فيها العناية والتربية للمولود

الجديد.

3-4 المشاكل الصحية أثناء الحمل و مواجهتها :

إن من أهم أسباب أمراض الأطفال و إعاقتهم ووفاتهم هو اعتلال الأم أثناء

الحمل، و هذا ما أكدت عليه منظمة الأمم المتحدة للطفولة، فإنه : " في كل عام يحدث

حوالي ثمانية ملايين وفاة للأجنة والمواليد الجدد بسبب صحة و تغذية المرأة السيتئين

خلال الحمل، والرعاية غير الكافية أثناء الولادة، و عدم توافر الرعاية للوليد الجديد" (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2001، مرجع سابق، ص. 35).

وبهذا إن ضمان سلامة الحمل، يعني ضمان صحة الأم و الطفل و المجتمع ككل، ولتجنب حالات الوفاة تحتاج المرأة الحامل إلى رعاية صحية أثناء الحمل التي تمكنها من كشف ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة عن الحمل أو غيره، كما تحتاج إلى تنقيف صحي مكثف بالخصوص في حالة مواجهتها بمضاعفات صحية أثناء الحمل، وبهذه الأهمية القصوى التي تكتسبها الرعاية الصحية أثناء الحمل، قام المسح الجزائري لصحة الأسرة بتسليط الضوء، حول أهم الأعراض المرضية اللاتي عانين منها أثناء حملهن بمولودهن الأخير خلال السنوات الخمس السابقة على المسح، وأتضح من خلال النتائج إلى أن أهم المشاكل التي تعرضت لها الحوامل تتمثل أساسا في ألم في أعلى البطن بـ 15,03% وتورم في الوجه أو الجسم بـ 14,46%، والصداع الحاد بـ 13,90%، الصعوبة الشديدة في التنفس بـ 11,25% وبلغت نسبة النساء اللاتي ذكرن أنهن قد عانين من مشكلة صحية أثناء الحمل والتمثلة في إرتفاع شديد في درجة الحرارة و إرتفاع في ضغط الدم و النزيف المهبلي الحاد بـ 9,36%، 7,21%، 6,74 % على التوالي كما هو مبين في الشكل (10) التالي :

شكل رقم 10: التوزيع النسبي للنساء اللاتي عانين من مشاكل صحية أثناء الحمل



ويتضح من البيانات، أنه لا يوجد اختلافات هامة في نسبة الإصابة بهذه الأعراض و مكان الإقامة فهي تقريبا متساوية بفارق حوالي نقطة إلى نقطتين في اتجاه الريف. كما إتضح عدم وجود تباينات واضحة حسب الحالة التعليمية والعملية والعمر ورتبة المولود وإصابة النساء الأعراض أثناء الحمل، إلا أننا نلاحظ ارتفاع وجود الأعراض و أنواعها كما هو موضح ولمعالجة هذه الأعراض بأنواعها المختلفة، احتاجت أغلبية الحوامل إلى مشورة طبية، حيث اتجهت حوالي 74,42% منهن عند الطبيب أي ما يقارب 1024، امرأة من بين 1376 من النساء اللواتي عانين من أعراض مرضية أثناء حملهن بمولودهن الأخير خلال السنوات الخمس السابقة على المسح، و هناك من اتجهت إلى الممرضة بنسبة

13,02% كما تواجدت حوالي 18,24% من النساء اللائي عانين بمشكل صحي أثناء الحمل و لم تتجهن إلى أحد من أجل المعالجة.

و للإشارة توضح نتائج المسح أن النساء الحوامل اللواتي راجعن الطبيب أو الممرضة مهما كان الشخص المساعد، أغليبتهن الساحقة حاصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 95,92% عاملات كما تبين وجود 4 حالات من اتجهن على القابلة التقليدية من أجل علاج المشكل الصحي، و 8 حالات اتجهن إلى الأقارب، و 9 حالات إلى الصيدلي كما تواجدت 6 حالات أين فضلن استعمال العلاج الغير الطبي بـ 85,43% صغيرات سنا ما بين 15-19 سنة بـ 88,89% وما بين 20-24 سنة بـ 84,06%، قد أنجبن ما بين طفل إلى ثلاثة أطفال بحوالي 84%، في حين إن المجموعة من النساء الأئي صرحن بعدم إقبالهن على أي مساعد حالة إصابتهن بالمشكل الصحي أثناء الحمل، جلهن أميات بـ 21,82%، قاطنات في البيت بدون عمل بـ 19,04%، ننتمين إلى فئة أعمار 25-29 سنة بـ 21,41%، وما بين 45-49 سنة بـ 18,18% قد أنجبن ما بين 4-5 أطفال بـ 21,98% و رتبة المولود السادس فأكثر بـ 20,55%، كما هو موضح في الجدول الآتي رقم (19).

جدول رقم 19 : توزيع النساء اللاتي صرحن حول مدى متابعتهن حالة إصابتهن بمشكل صحي أثناء الحمل حسب خلفيتهن.

المجموع		عدم المتابعة		المتابعة		مدى المتابعة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	573	21,82	125	78,18	448	المستوى التعليمي
100,00	209	18,66	39	81,34	170	أمية
100,00	325	17,54	57	82,46	268	تقرأ و تكتب
100,00	220	12,73	28	87,27	192	ابتدائي
100,00	49	04,08	02	95,92	47	متوسط
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	ثانوي فأعلى
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	المجموع
100,00	247	14,57	36	85,43	211	الحالة العملية
100,00	1129	19,04	215	80,96	914	تعمل
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	لا تعمل
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	المجموع
100,00	09	11,11	01	88,89	08	العمر
100,00	138	15,94	22	84,06	116	19-15
100,00	327	21,41	70	78,59	257	24-20
100,00	359	18,11	65	81,89	294	29-25
100,00	329	17,02	56	82,98	273	34-30
100,00	170	17,06	29	82,94	141	39-35
100,00	44	18,18	08	81,82	36	44-40
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	49-45
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	المجموع
100,00	308	15,58	48	84,42	260	رتبة المولود
100,00	453	15,89	72	84,11	381	1
100,00	323	21,98	71	78,02	252	3-2
100,00	292	20,55	60	79,45	232	5-4
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	6 فأكثر
100,00	1376	18,24	251	81,76	1125	المجموع

كما توسعت أسئلة الاستبيان حول الدافع الذي أدى إلى عدم الاستشارة الطبية حالة إصابة الحوامل بالمضاعفات أثناء الحمل، و تبين من خلال النتائج أن أكثر من ثلث المستجوبات، حوالي 38,70% صرحن بأن المضاعفة لم تشكل أي مشكلة، و هناك من طرحت مشكل الإمكانيات المادية بكون التكلفة مرتفعة بنسبة 31,03% و 8,05% من صرحن بسبب عدم توفر الخدمة.

وبمحاولة التعمق أكثر في نتائج المسح، أدت بنا إلى معرفة أن النساء اللواتي صرحن بأن المضاعفة التي عانين بها أثناء حملهن بمولودهن الأخير لم تشكل لهن أية مشكلة لهن ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 21,97% ، في حين ترتفع نسبة تصريح بأن التكلفة مرتفعة في أوساط النساء الأميات بنسبة 43,18%.

أما مجموعة النساء اللواتي صرحن بأن لديها تجربة أو خبرة سابقة، تمركزت النسبة عند النساء ذوات مستوى تعليمي ابتدائي بـ 17,54%، قد أنجبين 6 أطفال فأكثر بـ 21,67% تنتمين إلى فئة أعمار 30-49 سنة.

ويتضح من خلال النتائج أنه لا يوجد إختلافات هامة في نسبة تصريحات النساء المقيمات في الريف و الحضر حول سبب عدم المعالجة حالة إصابتهن بالمشكل الصحي أثناء الحمل، و يبرز ذلك الفرق إلا في تصريح عن سبب عدم توفر الخدمة ، حيث ترتفع النسبة بين النساء المقيمات في الريف عنها في الحضر بـ 17,2% و 2,71% على التوالي بفارق مقدر بحوالي 14 نقطة .

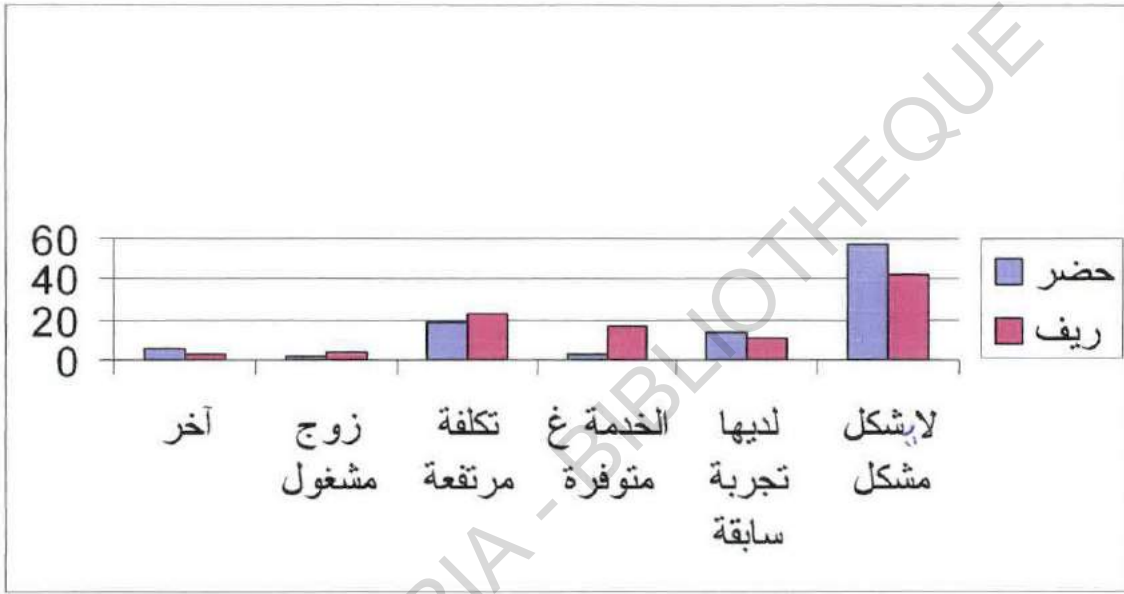
وللإشارة إن تصريحات النساء حول أسباب عدم الرعاية أثناء المضاعفات التي عانين بها خلال حملهن بمولودهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح تتماشى و تصريحات النساء حول سبب عدم متابعة الحمل.

4-4 أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل:

كما أشرنا سابقا و ذلك من خلال عرضنا الجدول رقم (9) أنه هناك 732 امرأة أي 19,43% لم تتابعن الحمل إرتفعت النسبة عند النساء المقيمات في الريف بـ 64,61% مقارنة مع النساء المقيمات في الحضر و لم تتابعن الحمل بـ 35,39% ، فقد أشارت 47,19% من النساء أن السبب الأساسي لعدم متابعة الحمل هو عدم تعرضهن لمشاكل صحية أثناء طول فترة الحمل ، و ترتفع النسبة في الحضر عنها في الريف 56,59% و 42,04% بفارق مقدر بـ 15 نقطة، و 21,40% من النساء من صرحن أن

السبب وراء عدم متابعة الحمل هو غلاء تكلفة الفحص ترتفع النسبة أكثر بقليل عند النساء المقيمت في الريف عنها في الحضر بـ 22,72% و 18,99% في حين تشير نتائج المسح أن النساء الريفيات أكثر تصريحا بعدم متابعة الحمل بسبب عدم توفر الخدمات الصحية في الأماكن التي تقمن فيها و ذلك بنسبة 17,20% مقارنة مع النساء الحضريات بـ 2,71% وقد صرحن بنفس السبب و هذا ما يبينه الشكل رقم (11).

الشكل رقم 11 : التوزيع النسبي حول سبب عدم متابعة الحمل و مكان الإقامة



وبهذه النتائج ، يتضح أن الرعاية الصحية أثناء الحمل ، تأتي إلا عند الضرورة الملحة، كونه العامل الذي أدى بالنساء الحوامل إلى التردد عند الطبيب أو الممرضة وهنا تبرز صحة الفرضية الأولى وهي أن "إقبال النساء الحوامل على الرعاية الصحية أثناء الحمل ومابعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية أو طبية أكثر مما هي وقائية".

كما تبين من خلال عرضنا السابق في مجال الرعاية الصحية أثناء الحمل تأثير المستوى التعليمي والحالة العملية والعمر و رتبة المولود على مدى المتابعة أثناء الحمل بما فيها عدد مرات المتابعة، الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة، والشخص الذي تابع الحمل، و مكان إجراء آخر الكشف ، ومدى تلقينهم معلومات حول نظام الأكل، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة، الرعاية بعد الولادة.

كما تبين ^{أنهم} كلما ارتفع المستوى التعليمي للنساء الحوامل مع ارتفاع عمرهن كلما قل التزامهن بالإقبال على الرعاية أثناء الحمل.

كما ارتفعت نسبة الرعاية أثناء الحمل في أوساط النساء العاملات مقارنة مع النساء الغير العاملات .

وإن متغير رتبة المولود هو الآخر لعب دورا كبيرا في مدى الرعاية أثناء الحمل، فبارتفاع رتبة المولود تقل نسبة المتابعة أثناء الحمل و تبرز صحة الفرضية الثانية والثالثة وهما:

" يتأثر إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس تبعا لمستواهن التعليمي وحالتهم العملية "

" كلما ارتفع سن الحوامل ورتبة المولود كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل و بعده" في حين بينت النتائج في مجال الرعاية الصحية أثناء الحمل أنه لا يوجد اختلافات هامة في متابعة الحوامل المقيمات في الريف وفي الحضر، و بارتفاع طفيف في اتجاه الحضر ولايفوتنا و نحن بصدد عرضنا وتحليل نتائج المسح المتعلقة بالرعاية الصحية أثناء الحمل، أن تشير إلى النقص في التدقيق والتعمق من جانب نظريتهن اتجاه الحمل ومعارفهن إلى تلك الأعراض التي عانين بها أثناء حملهن بمولودهن الأخير خلال السنوات الخمس السابقة على المسح، لم يتمكن من اكتشاف سلوكياتهن إتجاه مواجهة تلك الأعراض، وبهذا نلمس النقص في دراسة السلوك الصحي للنساء الحوامل، يحتاج هذا الأخير إلى التفكير في إجراء دراسة كيفية، ولقد ركز في هذا الصدد الباحثون الأنثروبولوجيون حول أهمية مفهوم السلوك الصحي، إذ يعتبرونه سلوكا إجتماعيا، يمكن فهمه في إطار إجتماعي، كما اهتموا أيضا بالعوامل المعرفية و الإدراكية المؤثرة على السلوك (د. حنا، 1987، ص 44).

وفي هذا الصدد، يمكن إرجاع سلوكيات المبحوثات اتجاه الرعاية أثناء الحمل أساسا إلى البيئة والتنشئة الاجتماعية، إذا تلعب هذه الأخيرة دورا كبيرا في إكتساب المرأة مجموعة من السلوكيات والاتجاهات المتعلقة بصحة الأمومة، حتى قد نجد في بعض الحالات التعليم لايؤثر أمام تدخل التنشئة الاجتماعية بشكل قوى في تحديد نوعية العلاج، ومكان للكشف، واتخاذ القرار اتجاه الشخص المعالج، وتكون التنشئة والأمومة هي بمثابة محاولة لتنظيم السلوك الداخلي للأُم وتقليلها للاستجابة بعض المفهومات المعرفية

التي تكونت عن الأسرة و العائلة نتيجة للخبرات التي اكتسبتها من أساليب و طرق الحياة التي كانت تعيشهما من قبل (د. إبراهيم، مرجع سابق ، ص . 263).

لو نذهب قليلا إلى الوراء، إن المرأة التي تم مقابلتها خلال تنفيذ المسح، تعتبر بنت البارحة، احتكت بدورها بأمها، و تقمصت بشخصية أمها في عدة أشياء بما فيها مواجهة الأمور المنزلية، التربوية، أمور في الزواج والإنجاب و غيرها من الأساليب الاجتماعية و الصحية وهي بذلك تربي وتلقن منذ صغرها بمفاهيم أساسية أولية، و تبدأ تلك التربية و التلقين من الأسرة ثم تنتقل إلى المؤسسة الاجتماعية الثانية وهي المدرسة، التي تقوم بدورها على الإشراف على حماية التنشئة الاجتماعية، فهي المكونة الثانية لشخصية البنت - بعد الأسرة- إذ تلعب هي الأخرى دورا كبيرا في عملية نقل و تلقين بعض العادات والسلوكات الصحية والاجتماعية السليمة وهي تعتبر " المنشأة الاجتماعية التي صنعها المجتمع لنقل تراثه الثقافي والاجتماعي والعلمي إلى الأجيال المقبلة " (صالح، مرجع سابق، ص. 268)، فهي التي تقوم بوظيفة التربية الصحية أو ما يسمى بالتثقيف الصحي، من حيث تزويد البنت أم الغد بالمعلومات الصحية السليمة، اكتساب مهارات في حياتهن المستقبلية، و ذلك بطريقة أسلوب مبسط حول العناية والرعاية الصحية عامة و صحة الأمومة خاصة، الوقاية من الأمراض، تلقية إرشادات بسيطة الفهم حول كيفية الرعاية الصحية أثناء مرحلة الحمل و بعده، و محاولة تحسيسها حول أهمية نظافة المأكل، الملابس، الجسم أثناء الحمل، المسكن....إلخ.

وهنا تبقى الأسئلة مطروحة: هل تقوم المدرسة الجزائرية بهاته المبادرات ؟
هل تقوم المدرسة الجزائرية بمشاركة الفتاة الحياة الأسرية المستقبلية ؟ و إن وجدت، فهل ياترى هي كافية في عملية تدبير ومواجهة الفتاة للحياة الأسرية المقبلة الجديدة ؟.
كما تبين اختلاف في التنشئة الاجتماعية من إمرة إلى أخرى، ويمكن إرجاع ذلك إلى عنصر الثقافة الذي يعد من أهم العوامل المؤثرة في عملية التنشئة الاجتماعية، و التمسنا هذا الاختلاف من خلال سلوكياتهن واتجاهاتهن في مواجهة الحمل ومدى الإقبال على الرعاية أثناءه، والشهر الذي أقبلن من أجل الكشف لأول مرة على الحمل، وكذا عدد مرات المتابعة، و سلوكياتهن ومواقفهن حالة إصابتهن بالمضاعفات أثناء الحمل.
وننتقل في العنصر الآتي إلى محاولة إبراز أهم نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، في مجال الرعاية الصحية أثناء الولادة وعلاقتها بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية .

5- الرعاية الصحية أثناء الولادة :

تعرف الولادة كونها " عند تمام أشهر الحمل تطراً على الحامل سلسلة من التطورات الطبيعية تنتهي بطرد الجنين و سائر محتويات الرحم إلى الخارج، ومجموع هذه التطورات هو ما تعبر عنه بكلمة الولادة " (د. شعبان ، بدون سنة، ص 34).⁽¹⁾

كما تعتبر الولادة مرحلة بيولوجية دقيقة ، تخلق تحولات هامة في وظائف الجسم البشري، فهو حدث تمر به كل امرأة تكسب الحياة معنى جديدا لها، و يزداد هذا الشعور إذا ما تمت الولادة بسلام و بدون خطر، لأنه قد يتحول الحدث إلى مأساة ويصل حتى إلي الموت، فمبايقارب 600000 امرأة في العالم تلقى حتفها سنويا نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة، ويمكن إنقاذ ووقاية الغالبية منها وذلك عن طريق الرعاية أثناء الولادة، والرعاية في حالات التوليد الطارئة .

والجزائر كغيرها من البلدان النامية تسعى إلى إنقاذ حياة الأمهات، وتخفيض معدل وفيات الأمهات، و ذلك عن طريق توفير خدمات الرعاية الصحية المناسبة بفروعها المختلفة سواء في المؤسسات الصحية العمومية بما فيها المستشفيات ، ومراكز الأمومة و مصالح متعددة الخدمات أو في المؤسسات الصحية الخاصة ، وتسعى هذه المؤسسات سواء كانت عمومية أو خاصة إلى تقديم الرعاية أثناء الحمل و الولادة والنفاس حيث توضع المرأة الحامل تحت إشراف طبي كامل من أجل تجنب الأعراض التي قد تعاني منها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل وبعده، ومن بين أهم المضاعفات الصحية الأكثر انتشارا في أوساط النساء الحوامل هي الارتفاع في ضغط الدم، النزيف الدموي، كما قد يحدث للحوامل مشاكل أثناء الولادة كتدلي الحبل السري أو الأوضاع غير الطبيعية للجنين، أو مضاعفات بعد الولادة كحمى النفاس أو الكزاز الوليدي وغيرها من الأعراض (فاخوري، مرجع سابق ،ص.410)، تلك الأعراض التي قد تصادفها النساء أثناء الحمل أو بعده، التي على إثرها توضعن تحت إشراف طبي من أجل المراقبة الطبية المستمرة، وبغض النظر عن هذه الأعراض التي قد تواجهها الحوامل، توضع المرأة الحامل مهما كانت حالتها الصحية تحت مراقبة طبية سواء أثناء الحمل والولادة أو بعدها، وفي هذا الإطار يؤكد مضمون الرسالة الثانية حول الأمومة الأمانة على تلك الرعاية والتي تنص فيما يلي :

" هناك حاجة على وجود شخص مدرب لمساعدة المرأة عند الولادة".

⁽¹⁾ إرجع إلى ص . 11 .

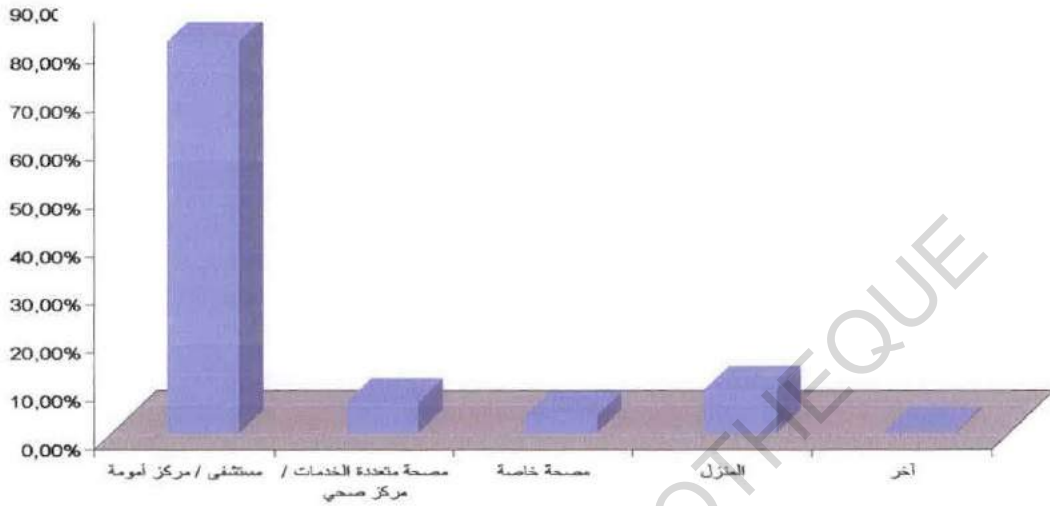
ونظرا للأهمية التي تكتسبها هذه المرحلة، قام المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002، بجمع معلومات حول الرعاية الصحية أثناء الولادة، التي تتضمن أساسا مكان الولادة وطبيعتها الكادر الصحي الذي قام بعملية التوليد أهم الأعراض، التي عانت منها النساء خلال حملهن لأخر مولود خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، وكيفية مواجهة تلك الأعراض، كما توسعت الأسئلة إلى حد معرفة كيفية قطع الحبل السري، ومعالجة وربط السرة.

تلك هي أهم النقاط التي سوف نسلط الضوء عليها في العناصر الآتية، فهي قاعدة معطيات معتبرة، تمكن من دون شك تقييم سياسة الصحة الإيجابية لاسيما صحة الأمومة، كما تسمح بمتابعة وتخطيط برامج صحة الأمومة مستقبلا.

5-1 مكان الولادة وخلفية المبحوثة:

يوضح الشكل رقم (12) أن أكثر من نصف الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح قد تمت في المستشفى بنسبة 95,80%، و أن حوالي 9% من تلك الولادات تمت في المنزل، و6,32% في المصحة المتعددة الخدمات والمركز الصحي وقدرت نسبة الولادة في المصحة الخاصة بـ3,59%.

الشكل رقم (12) : التوزيع النسبي للولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة
للمسح حسب مكان الولادة



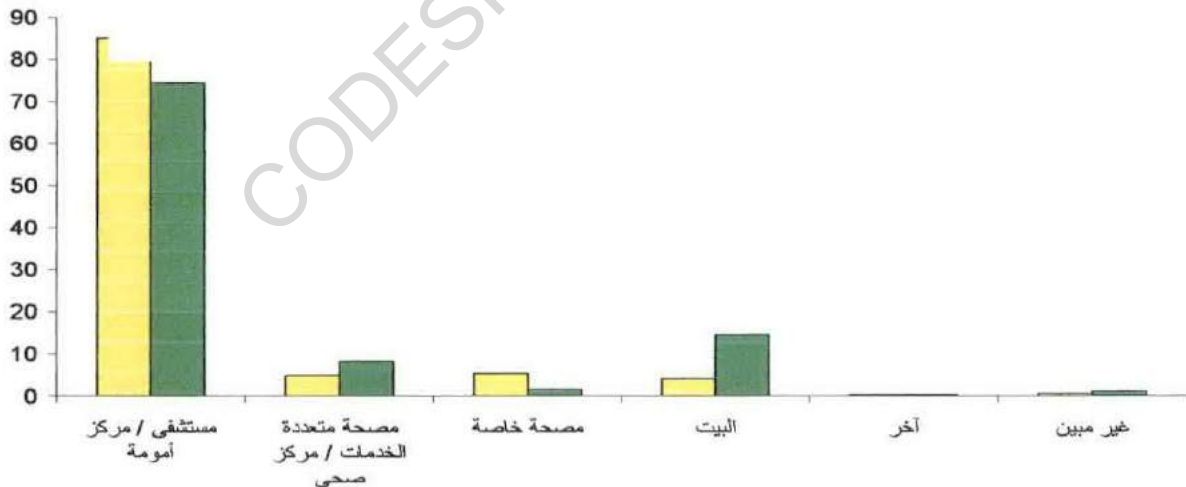
كما يتضح من خلال الشكل الموضح أعلاه، أنه هناك ارتفاع في نسبة الولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في المستشفى مقارنة مع نتائج المسح الجزائري لصحة الأم والطفل لعام 1992، حيث ارتفعت النسبة بحوالي 9 نقاط في خضم 10 سنوات، و قدرت آنذاك بـ 71,8%، كما ارتفعت نسبة الولادة في المصحة الخاصة بحوالي 1,12. حيث قدرت النسبة في 1992 بـ 5,2%، في حين يتضح انخفاض نسبة الولادة في المنزل بحوالي 14 نقطة حيث قدرت النسبة في 1992 بـ 22,5% مقارنة مع المسح الجزائري لصحة الأسرة لعام 2002 بـ 8,90% (وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق، ص 178).

ولالإشارة، لقد كانت عادة الولادة في المنزل منتشرة في الجزائر خلال سنوات 1968-1970، كانت تقدر النسبة بحوالي 88% (Desforts, 1988, p. 276)، وتمثل السبب الرئيسي في الولادة في المنزل إلى الخوف من الولادة في المستشفى، و كانت النساء تفضلن الولادة في البيت نظر إلى المعاملة الحسنة و الاستقبال الجيد من طرف

القابلة للتقليدية، كما تقوم بمتابعة الحمل أثناءه وبعده، وتشارك في حفل "السبوع"، و أكل "الطمينة" و متابعة المولود الجديد منذ اليوم الأول من ولادته (Desfort, 1997,p 55) كما وجدت أسباب أخرى التي جعلت أن تكون الولادة في المنزل وتتمثل أساسا في غياب الزوج، نقص وسائل النقل، عدم ترك الأطفال لوحدهم حالة الولادة وبالخصوص في البيت إذا كانت تتواجد إلا الأم الحامل و أولادها فقط (Ibid , p76).

في حين نلاحظ من خلال البيانات قلة نسبة الولادات في المصحة المتعددة الخدمات و المراكز الصحية و قدرت 6,32% وعلاوة على ذلك، تبين من خلال نتائج المسح أن نسبة الولادات التي تمت في المستشفى تمركزت في الحضر عنها في الريف بـ 85% مقارنة مع 74%، كما أوضحت البيانات التباين الواضح في الإقبال على الولادة المنزلية ومكان الإقامة، إذا ترتفع النسبة في الريف 14,6% عنها في الحضر 4,1% في حين ترتفع نسبة الولادة في المصحة الخاصة في الحضر 5,3% عنها في الريف 1,5%. وهذا ما يبرزه الشكل التالي رقم (13).

الشكل رقم (13) : التوزيع النسبي للولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب مكان الولادة طبقا لمكان الإقامة.



وبمقارنة نتائج المسح الجزائري مع البلدان التي تم فيها إنجاز المشروع العربي لصحة الأسرة و إستخراج نتائجه النهائية و هي تونس وسوريا في عام 2001 وجيبوتي في عام 2002، يتضح أنها تتماشى ونتائج تونس، حيث قدرت نسبة الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في المستشفى أو المصحة العمومية بـ 81,3% و أن 8,6% من تلك الولادات تمت في المصحة الخاصة ، هذه الأخيرة مرتفعة بحوالي 5 نقاط مقارنة مع نتائج المسح الجزائري، 9,7% من الولادات تمت في المنزل (الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية ، مرجع سابق ، ص 160).

في حين نلاحظ أن ظاهرة الولادة في المنزل منتشرة في سوريا و ذلك بنسبة 45%، 26,1% من الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح قد تمت في منشأة الرعاية الصحية الحكومية، و 19,1% في المستشفى الخاص 8% في العيادة الخاصة و 1,4% في المركز الصحي، (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية مرجع سابق، ص 130).

فيما يخص المسح الجبوتي لصحة الأسرة تشير النتائج المتعلقة بمكان الولادة ، أن حوالي 60% من الولادات تمت في المستشفى و 25,4% في المنزل و 13% في المركز الصحي، و 1,3% في العيادة الخاصة (جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي، 2004، ص، 60).

وفيما يلي نحاول ربط كل من المستوى التعليمي والمهني والعمر ورتبة المولود مع المتغير التابع والمتمثل في مكان الولادة و في البداية نحاول إبراز العلاقة بين المستوى التعليمي للنساء ومكان الولادة وذلك من خلال الجدول التالي رقم (20).

جدول رقم (20) : توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب المستوى التعليمي للنساء ومكان الولادة.

المجموع	أخر		المنزل		مصحة خاصة		مصحة متعددة الخدمات		مستشفى مركز أمومة		مكان الولادة	المستوى التعليمي
	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
100,00	1652	0,36	06	15,74	260	1,03	17	6,23	103	76,63	1266	أميئة
100,00	552	0,18	01	6,34	35	2,17	12	7,61	42	83,70	462	تقرأ و تكتب
100,00	829	0,24	02	3,14	26	6,27	52	6,88	57	83,47	692	إبتدائي
100,00	607	/	/	1,81	11	6,59	40	5,44	33	86,16	523	متوسط
100,00	123	/	/	2,44	03	11,38	14	2,44	03	83,74	103	ثانوي فأعلى
100,00	*3763	0,24	09	8,90	335	3,59	135	6,32	238	80,95	3046	المجموع

* للإشارة من بين 3768 مبحوثة توجد إلا 3763 من أجبن على هذا السؤال، و البقية أي هناك 3 حالات لم تبين.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن جل المستجوبات وضعن آخر مولود خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في المستشفى بـ 80,95% ، ترتفع النسبة أكثر بقليل بين النساء المتحصلات على مستوى تعليمي متوسط بـ 86,16% مقارنة مع النساء الأميات بـ 76,63% بفارق مقدر بحوالي 10 نقاط، في حين نلاحظ أن الولادة في المصحة الخاصة، ترتفع عند النساء المتعلمات ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 11,38% وتتخفف هذه الأخيرة بانخفاض المستوى التعليمي للنساء إلى أن تصل نسبة الولادات في المصحة الخاصة عند النساء الأميات بـ 1,03% بفارق مقدار بحوالي 10 نقاط.

وفي المقابل ترتفع الولادة في المنزل عند الأميات أكثر بكثير من غيرهن من النساء وذلك بنسبة 15,74% مقارنة مع النساء المتعلمات ذوات مستوى ثانوي فأعلى . ومنه نجد أنه بالرغم من ارتفاع نسبة الولادة في المستشفى إلا أنها ترتفع أكثر بقليل عند النساء المتعلمات ثانوي فأعلى، في حين ترتفع نسبة الولادة في المنزل عند الأميات أكثر بكثير من غيرهن من النساء، كما ظهرت العلاقة الطردية بين المستوى التعليمي والولادة في المصحة الخاصة، حيث تشير البيانات أنه كلما يرتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما ترتفع نسبة الولادة في المصحة الخاصة، وعند إجراء اختبار كاي التربيع ليرسون، تتضح العلاقة القوية بين المتعلمات وغير المتعلمات من حيث إقبالهن على مكان الولادة، حيث بلغت قيمته بـ 199,12 مقارنة مع كاي التربيع الجدولية بـ 7,82 عند درجة حرية 3، و نسبة 5%.

والآن نتساءل هل هناك فرق بين النساء العاملات و غير العاملات ومكان ولادتهن لآخر مولود الذي حدث خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح ؟ و الجدول التالي رقم (21) يجيب على ذلك.

جدول رقم (21) : توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب المستوى المهني للنساء و مكان الولادة.

المجموع		أخر		المنزل		مصحة خاصة		مصحة متعددة الخدمات		مستشفى مركز أمومة		مكان الولادة	
												المستوى المهني	
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
100,00	47	/	/	4,26	02	6,38	03	2,13	01	87,23	41	إطار عالي	
100,00	189	/	/	0,53	01	6,88	13	6,88	13	85,71	162	مهنة وسطية	
100,00	79	/	/	1,27	01	10,13	08	3,80	03	84,81	67	مستخدمة إدارة	
100,00	41	/	/	/	/	12,50	05	/	/	87,80	36	مستخدمة مصالح	
100,00	12	/	/	50,00	06	/	/	16,67	2	33,33	04	فلاحة	
100,00	176	/	/	9,09	16	3,98	07	8,52	15	78,41	138	حرفية	
100,00		/	/									عاملات	
	27			7,41	02	/	/	7,41	02	85,19	23	ومستخدمات غير مؤهلات	
100,00	14	0,28	09	7,14	1	7,19	01	7,14	01	78,57	11	مهنة غير مصرحة	
100,00	3178	0,24	09	9,63	306	30,08	98	6,32	201	80,68	2564	لا تعمل	
100,00	3763	/	/	8,90	335	3,59	135	6,3	238	80,95	3046	المجموع	
100,00	585	/	/	4,96	29	6,32	37	6,3	37	82,39	482	تعمل	
100,00	3178	0,28	09	9,63	306	3,08	99	6,3	201	80,68	2564	لا تعمل	

كما يتضح من الجدول رقم (21)، أن نسبة الولادات التي تحدث في المستشفى والمقدرة بـ80,95%، لا تختلف بين النساء العاملات غير العاملات حيث قدرت بـ82,39% و80,68% على التوالي، ولو تمعنا أكثر في المستوى المهني لسوف نلاحظ أن النساء العاملات سواء تنتمين في الإطار العالي أو مستخدمات مصالح، أومهن أخرى قد حدثن ووضعن للمولود الأخير في المستشفى وذلك بنسبة 87,23% و87,80% على التوالي.

في حين تشير البيانات أن نصف الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح قد تمت خارج المرافق الصحية و ذلك في المنزل عند النساء الفلاحات كما تمركزت نسبة الولادة في المصححة الخاصة في أوساط العاملات بـ 6,32% مقارنة مع النساء غير العاملات 3,08%، و بهذا تتضح العلاقة بين الحالة العملية و مكان الولادة، وبتطبيق كاي التربيع لبرسون تبرز العلاقة أكثر، حيث قدرت قيمته بـ 27,29 مقارنة مع كاي تربيع الجدولية بـ 5,99 عند درجة حرية 2 و نسبة 5%.

فيما يخص دور العمر و مكان الولادة، يشير الجدول رقم (22) التالي أن نسبة الولادة في المستشفى ترتفع عند النساء ذوات أعمار ما بين 15-19، حيث قدرت بـ 88,24%، بالرغم من تمركز النسبة عند تلك الفئة العمرية (15-19 سنة)، إلا أن نسبة الولادة مرتفعة في المستشفى في أوساط الصغيرات و الكبيرات سنا و بنسبة أكثر بقليل إرتفاعا عند دون الـ 30 سنة بـ 83,54% مقارنة مع الكبيرات سنا 30-49 بـ 79,74% بفارق مقدر بحوالي 4 نقاط، في حين ترتفع نسبة الولادة في المنزل عند النساء الكبيرات سنا ما بين 40-44 سنة و 45-49 سنة بنسبة 12,50% و 11,11% على التوالي مقارنة مع فئات أعمار ما بين 15-19 بـ 5,88% وهذا ما يبرزه الجدول (22) التالي. وفي ضوء معطيات هذا الأخير قدرت قيمة معامل التوافق بـ 0,18 فهي علاقة ليست قوية بين المتغيرين.

جدول رقم (22): توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب العمر و مكان الولادة

المجموع		آخر		المنزل		مصحة خاصة		مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي		مستشفى / مركز أمومة		مكان الولادة العمر
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	17	/	/	5,88	01	5,88	01	/	/	88,24	15	19-15
100,00	315	/	/	6,67	21	4,44	14	4,13	13	84,76	267	24-20
100,00	859	0,58	05	7,33	63	3,73	32	5,36	46	83,00	713	29-25
100,00	975	0,10	01	8,62	84	3,08	30	6,97	68	81,23	792	34-30
100,00	982	0,31	03	9,27	91	4,48	44	7,64	75	78,31	769	39-35
100,00	480	/	/	12,50	60	2,71	13	5,83	28	78,96	379	44-40
100,00	135	/	/	11,11	15	0,74	01	5,93	08	82,22	111	49-45
100,0	3763	0,24	09	8,90	335	3,59	135	6,32	238	80,95	3046	المجموع
100,00	1191	0,42	05	7,14	85	3,95	47	4,95	59	83,54	995	29-15
100,00	2572	0,15	04	9,72	250	3,42	88	6,96	179	79,74	2051	49-30

فيما يخص مدى تأثير متغير رتبة المولود على مكان الولادة، اتضح من خلال بيانات الجدول رقم (23) أن نسبة الولادات في المستشفى ترتفع بين الولادات الأولى عنها بين بقية الولادات حيث انتقلت النسبة من 87,96% عند رتبة المولود الأول، إلى 73,53% عند رتبة المولود السادس فأكثر و نلاحظ نفس الاتجاه في نسبة الولادات في المصحة الخاصة، حيث تتمركز هذه الأخيرة بين الولادات الأولى بـ 5,67% مقارنة مع النساء اللواتي أنجبن 6 أطفال فأكثر بـ 1,37% . أما عن الولادة في المنزل، انتشرت في أوساط النساء ذوات رتبة المولود السادس فأكثر بنسبة 18,98% مقارنة مع المولود الأول بـ 2,12% بفارق مقدر بحوالي 17 نقطة وهذا ما يبرزه الجدول رقم (23) التالي، وبتطبيق كاي التربيع لبرسون وجدنا تلك العلاقة القوية ذات الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيمته بـ 157,25 مقارنة بكاي التربيع الجدولية بـ 12,59 عند درجة حرية ونسبة 5%.

وفي ظل معطيات نتائج المسح، حاولنا إبراز أهمية متغير التعليم و سلوكيات الحوامل اتجاه مكان الولادة ، وذلك باعتباره - أي التعليم - متغيرا رائرا حيث تم ربطه مع كل من المتغير المستقل الحالة العملية و العمر بالمتغير التابع وهو مكان الولادة، وعلى إثرها تحصلنا على الجداول دون التقاطع المضاعف رقم (10) و (11) في الملحق رقم (9)، و إتضح من خلالهما أهمية المستوى التعليمي و مكان الولادة، حيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للنساء الحوامل مهما كان عمرهن أو حالتهم العملية، كلما ارتفعت نسبة الولادة في المستشفى.

وللإشارة تنطبق نفس الملاحظة في إقبال النساء الحوامل إلى المصحة الخاصة من أجل الولادة كما يتجلى من خلال نتائج الجدولين (10) و (11) في الملحق رقم (09) أن نسبة الولادة في المنزل تتواجد أفضاها في أوساط الحوامل بدون مستوى تعليمي أميات وذلك مهما كان عمرهن أو حالتهم العملية .

5-2- سبب الولادة خارج المؤسسة الصحية وخلفية المبحوثة :

لقد توسعت أسئلة المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 حول سبب الولادة خارج المنشأة الصحية بما فيها العمومية والخاصة و قدرت بـ 344 امرأة التي وضعت مولودها الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في المنزل أو مكان آخر، وتبين أن 35% منهن صرحن بأن المنزل أفضل حيث إعتبرنه البيئة الأفضل للولادة، في حين صرحت 26,02% منهن أن الولادة جاءت مبكرة، بينما كان عدم توفر الخدمات الصحية، الدافع الأساسي لـ 21% من حالات الولادة التي تمت خارج المنشأة الصحية.

وتشير نتائج المسح أن النساء اللواتي فضلن الولادة في المنزل 35% جلهن نساء حاصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 67% مقارنة مع الأميات بـ 31% تنتمين إلى فئة أعمار 35-49 سنة بـ 36% قاطنات في البيت بدون عمل بـ 34,39%، وفي المقابل نجد النساء اللواتي تمارسن مهنة الفلاحة فضلن أكثر من غيرهن الولادة في المنزل بنسبة 43% ، ذوات رتبة المولود الخامس فأعلى 37,37%.

في حين أن الولادة التي حدثت خارج المؤسسة الصحية بدافع أنها جاءت فجائية ومبكرة 26,02%، ترتفع النسبة في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي متوسط 45,45%، ذوات 35 سنة من العمر بـ 27,01% تمارسن مهنة فلاحه بـ 43% أنجبن مولودا واحدا بـ 36% مقارنة برتبة المولود الخامس فأعلى بـ 21,5%.

أما عن الولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في المنزل بسبب عدم توفر الخدمة الصحية 21 %، تتواجد أقصاها عند النساء الغير حاصلات على أي قسط من التعليم، منها 27,03 % تقرأ و تكتب، 21,89 % أميات، ولا يوجد تباينا بين النساء الصغيرات والكبيرات سنا من حيث تصريح عدم توفر الخدمة الصحية، ذوات رتبة المولود الأول بـ 28,57 % وهناك من صرحن بسبب إرتفاع التكلفة بـ 7 % من حالات الولادة التي تمت خارج المؤسسة الصحية، ترتفع النسبة عند الأميات بـ 9 % كبيرات سنا بـ 35 فما فوق بـ 10.06 % بدون عمل بـ 7,32 % ذوات رتبة المولود الخامس فأعلى بـ 9,4 %.

3-5 الكادر الذي ساعد في إجراء الولادة خارج المؤسسة الصحية :

نظرا لخطورة الولادة خارج المؤسسة الصحية، تواصل الحديث مع النساء المبحوثات، و سئلن حول الشخص الذي ساعد في إجراء الولادة، فإتضح من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 أن أكثر من نصف الولادات التي تمت في المنزل أو مكان آخر) أشرفت عليها القابلة التقليدية بنسبة 54,65 % و 36,26 % بواسطة الأقارب، و تبين وجود بـ 4 حالات (1,17 %) من النساء صرحن على إشراف الطبيب عليهن حالة ولادتهن خارج المؤسسة الصحية، و 5,25 % تحت إشراف الممرضة أو القابلة، وللإشارة تواجدت 30 حالة ولادة قد تمت في المنزل بدون إشراف عليها (8,75 %) جلهن أميات (23 حالة)، كبيرات سنا ما بين 40-44 سنة (10 حالات)، بدون عمل (27 حالة) ذوات رتبة المولود السابع (17 حالة). وللإشارة، تبين من خلال نتائج المسح أن النساء اللواتي فضلن الولادة خارج المؤسسة الصحية صرحن بعدم تلقيهن الأعراض أثناء الولادة و ذلك بنسبة 86,34 % مقابل 13,66 % من تلقت الأعراض أثناء الولادة.

ولايفوتنا و نحن بصدد عرض نتائج المسح، أن نشير إلى عدم تطرقه حول أسباب اختيار النساء الحوامل الولادة في المؤسسة الصحية عامة، والمستشفى خاصة كونه تمت فيه أكبر نسبة من الولادات. و لمليء تلك الثغرة العلمية، حاولنا تسليط الضوء عليها من خلال نتائج الدراسة الكيفية التي سنبرزها في ثنايا الفصل السابع.

4-5 طبيعة الولادة:

لقد سلط المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 أنظاره حول طبيعة الولادة التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في المنشأة الصحية بما فيها العمومية والخاصة، وتبين من خلال النتائج أن 91,99% من تلك الولادات قد تمت بصورة طبيعية بمعنى خرج من تلقاء نفسه، وحوالي 5,85% من الولادات التي تمت في المنشأة الصحية عن طريق العملية القيصرية و 2,16% عن طريق الكلاب أو تفريغ/شفاط.

ولالإشارة لا يوجد إختلافا كبيرا بين نتائج المسح لصحة الأسرة عام 2002، ونتائج المسح الجزائري بصحة الأم والطفل عام 1992، حيث ارتفعت نسبة الولادة التي تمت بصورة طبيعية بحوالي 4 نقاط إذ قدرت - النسبة - في 1992 بـ 88%، وحوالي 6% من الولادات تمت عن طريق العملية القيصرية. (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص. 182).

5-5 الإصابة بالأعراض أثناء الولادة :

قد تتعرض المرأة الحامل أثناء عملية الولادة أو عقبها مباشرة إلى مخاطر أو مشاكل صحية التي قد تهدد حياتها وحياتها وليدها، تتمثل أهمها في طول مدة المخاض (Contraction)، النزيف وتسمم الدم، وفي خضم هذه الوضعية توضع تحت إشراف طبي كامل، من أخصائيين في طب النساء والتوليد، وفي طب الأطفال، وأعاون الصحة، وإن تقديم تلك الخدمات تعد من أبسط حقوق المرأة الإنجابية لاسيما أن تحضى بولادة طبيعية مأمونة، و بولادة طفل سليم صحيا.

وبهذه الأهمية القصوى في مجال العناية أثناء الولادة، اهتم المسح الجزائري لصحة الأسرة بتوجيه أسئلة في هذا المجال، لاسيما حول مدى تلقي النساء المستجويات مشاكل صحية أثناء الولادة أو مباشرة بعدها، حيث ينص السؤال رقم 321 حول ذلك وهو :

" أود الآن أن أطرح عليك بعض الأسئلة عن فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع، هل عانيت من إحدى الأعراض التالية ؟ وتم تحديدها بمخاض عسير إستغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات أو غيبوبة غير ناجمة عن حمى، ونزيف مهبلية حاد، واتضح من خلال بيانات الجدول رقم (12) الملحق رقم (9) أنه حوالي 21,60%

من النساء من صرحن بتلقيهن على الأقل عرض واحد من الأعراض المذكورة سابقا أثناء الولادة، جلهن حضريات بنسبة 53,17% مقابل 46,83% في الريف وأن النساء المقيمت في الحضر اللواتي تحصلن على الأقل عرض واحد أثناء الولادة هن نساء ذوات مستوى تعليمي متوسط بـ 78,46% عاملات بـ 71,53%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 25 - 29 وما بين 30-34 بـ 56,86% و 55,29% على التوالي، ذوات رتبة المولود الأول بـ 58,30%، وما بين 2-4 أطفال بـ 57,83% في حين ترتفع نسبة النساء الريفيات اللواتي بين على الأقل بمشكل صحن أثناء الولادة عند الأميات بـ 63,9% بدون عمل بـ 50,51% تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 45-49 سنة بـ 64% ذوات رتبة المولود الخامس فأكثر بـ 58,51% وهذا ما يوضحه الجدول رقم (12) الملحق (9).

وعلاوة على ذلك، تمثلت أهم الأعراض في إصابة حوالي 16% من النساء اللواتي عانين أثناء الولادة بمخاض عسير إستغرق أكبر بـ 12 ساعة تليها حوالي 8% من تعرضن إلى حمى شديدة، و 6,29% من الولادات كانت مصحوبة بنزيف مهلي حاد و 3% ومن تشنجات أو غيبوبة غير ناجمة عن حمى، ولا يوجد إختلافا كبيرا من جانب خلفية النساء وإصابتهن بنوع الأعراض السالفة الذكر أثناء الولادة.

أما عن الرعاية الصحية بعد الولادة، والرعاية بالمولود الجديد سنبرزهما في

الفصل الآتي :

الصفحة	الفصل السادس : الرعاية الصحية بعد الولادة والعناية بالمولود الجديد
247	1- الرعاية الصحية بعد الولادة (النفاس).....
247	1-1- الكشف بعد الولادة.....
256	1-2- مصدر الكشف بعد الولادة
258	1-2-1- الكشف عند الطبيب وخلفية المبحوثة
265	1-3- مكان الكشف بعد الولادة وخلفية المبحوثة
274	2- الإصابة بالأعراض بعد الولادة
275	3- الرعاية الصحية بالمولود الجديد
276	3-1- الإقبال على الرضاعة الطبيعية وخلفية المبحوثة
281	3-2- تحصين الأطفال وخلفية المبحوثة.....

1- الرعاية الصحية بعد الولادة :

تسمى أيضا فترة النفاس، أو الرعاية الصحية بعد الوضع خلال الست أسابيع التالية للوضع، كما تعرف أيضا بالرعاية الصحية المقدمة للأم و الرضيع . تهدف الرعاية الصحية بعد الولادة إلى الوقاية من مضاعفات فترة النفاس، حيث قد تتعرض المرأة النفاس إلى مشاكل صحية بعد الولادة، كالنزيف الدموي، ارتفاع في درجة الحرارة انتفاخ وألم الثديين مع حمى و غيرها، وخلال هذه الفترة تتلقى النساء إرشادات وتربية صحية خاصة بها وبوليدها التي تشمل أساسا على النظافة الشخصية، والعناية الصحية بالمولود الجديد، والنظام الغذائي السليم، و إن الزيارات المنتظمة أثناء فترة النفاس تتيح المجال للمراقبة و المتابعة المستمرة للأم والمولود الجديد في آن و احد، فرعاية الأم هي رعاية الطفل، التي على إثرها يؤدي إلى تجنب كل منهما الكثير من المشاكل الصحية، وعلى فرصة البقاء على قيد الحياة و في هذا الصدد، من حق كل امرأة نفاس أن تكون بدراية على فوائد الإقبال على الرضاعة الطبيعية، حيث يمثل حليب الأم في تلك الفترة الغذاء الأمثل للطفل خلال الشهور الستة الأولى من عمره، كما تؤمن الرضاعة الطبيعية حماية ضد الحمل خلال الشهور الستة الأولى من عمره .

كما أن من حق كل امرأة نفاس أن تكون بدراية على ضرورة الإقبال على تحصين الطفل ضد أمراض الطفولة الستة القاتلة التي سنبرزها لاحقا، و على أهمية الإقبال على ممارسة تنظيم الأسرة والسعي إلى المباشرة بين الولادات بفترة لا تقل عن سنتين بعد الولادة و التالية .

تلك هي أهم المواضيع البالغة الأهمية التي من حق كل امرأة التعرف عليها، وأن تعيش سنوات إنجابها و بعدها بسلام، و أن تكون مستعدة و قادرة على تربية و عناية المولود الجديد. وبهذا تكون المرأة - الأم مناط الصحة الإنجابية، وأن الرعاية الصحية للمرأة بعد الولادة تعد عناية في حد ذاتها و هي عامل مشجعا على تحقيق التنمية المستدامة، و ذلك بفضل نوعية حياة أفضل للمرأة و للأسرة والمجتمع على حد سواء.

1-1 الكشف بعد الولادة :

يظهر الجدول التالي (24) أن أكثر من نصف النساء المستجوبات صرحن بعدم تلقينهن رعاية صحية بعد الولادة بـ 70,44%، إذ تنخفض النسبة بارتفاع مستواهن التعليمي، حيث تنتقل من 78,89% من النساء الأميات اللواتي لم تكشفن بعد الولادة إلى 43,90%

نوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى وهن قاطنات في البيت بدون عمل بـ 72,62% مقارنة مع العاملات بـ 58,6% بفارق مقدر بـ 14 نقطة.

كما ترتفع نسبة عدم تلقي رعاية صحية بعد الولادة أكثر بقليل في أوساط النساء نوات أعمار ما بين 30-49 سنة بـ 72,15% مقارنة مع النساء الصغيرات سنا دون إلى 30 سنة من العمر بـ 66,72%، نوات رتبة المولود السادس فما فوق بـ 79,93% مقارنة مع المولود الأول بـ 56,98% بفارق مقدر بـ 23 نقطة.

في حين يشير الجدول أن حوالي 29,56% من النساء اللاتي أنجبن مولودهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح قد كشفن بعد الولادة، وترتبط هذه النسبة بالمتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية، حيث ترتفع نسبة تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة بارتفاع المستوى التعليمي، تتراوح بين 21,11% بين الأميات، إلى 56,10% بين الحاصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى، كما ترتفع النسبة في أوساط النساء العاملات عنها غير العاملات بـ 41,40% و 27,38% على التوالي، وترتفع النسبة أكثر بقليل بين النساء دون الـ 30 سنة من العمر والمقدرة بـ 33,28% مقارنة مع فئات الأعمار ما بين 30-49 سنة بـ 27,85%.

وأوضح الجدول نفسه أن الإقبال على الكشف بعد الولادة يقل مع ارتفاع رتبة المولود، حيث تنتقل النسبة من 43,02% للمولود الأول إلى حوالي 20,07% ابتداء من المولود السادس فما فوق. وللإشارة ترتفع نسبة الكشف بعد الولادة في أوساط النساء الحضريات (34%) عنها الريفيات (26%) وهذا ما يبرزه بوضوح الجدول التالي
رقم 24 :

جدول رقم (24): توزيع النساء حسب تلقينهن الكشف بعد الولادة و خلفيتهن

المجموع		عدم الكشف بعد الولادة		الكشف بعد الولادة		الكشف بعد الولادة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	
						<u>المستوى التعليمي</u>
100,00	1653	78,89	1304	21,11	349	أمية
100,00	553	70,89	392	29,11	161	تقرأ و تكتب
100,00	829	66,10	548	33,90	281	إبتدائي
100,00	610	58,36	356	41,64	254	متوسط
100,00	123	43,90	54	56,10	69	ثانوي فأعلى
100,00	3768	70,44	2654	29,56	1114	المجموع
						<u>الحالة العملية</u>
100,00	587	58,60	344	41,40	243	تعمل
100,00	3181	72,62	2310	27,38	871	لا تعمل
100,00	3768	70,44	2654	29,56	1114	المجموع
						<u>العمر</u>
100,00	1190	66,72	794	33,28	396	29-15
100,00	2578	72,15	1860	27,85	718	49-30
100,00	3768	70,44	2654	29,56	1114	المجموع
						<u>رتبة المولود</u>
100,00	709	56,98	404	43,02	305	1
100,00	1308	67,89	888	32,11	420	3-2
100,00	944	75,95	717	24,05	227	5-
100,00	807	79,93	645	20,07	162	6 فأكثر
100,00	3768	70,44	2654	29,56	1114	المجموع

وعن طريق معطيات الجدول رقم (24)، اتضح أن متغير التعليم هو الأكثر تأثيراً على مدى الكشف بعد الولادة مقارنة مع متغير الحالة العملية، والعمر ورتبة المولود وذلك عن طريق حساب كاي التربيع التي قدرت قيمته 147,6 مقارنة مع كاي التربيع الجدولية 9,49 عند درجة حرية 4 ونسبة 5% .

في حين قدر معامل الإقتران ما بين العاملات و غير العاملات من حيث مدى تلقيهن الكشف بعد الولادة بـ 0,30 و 0,13 ما بين النساء الصغيرات و الكبيرات سناً ومدى تلقيهن الكشف بعد الولادة، كما تبين وجود علاقة و واضحة بين رتبة المولود ومدى الكشف بعد الولادة حيث بلغت قيمة كاي التربيع بـ 113,69 مقارنة مع نظيرتها الجدولية بـ 7,82 عند درجة حرية 3 ونسبة 5% كما قدر معامل التوافق⁽¹⁾ بـ 0,63. وفي ظل معطيات نتائج المسح، حاولنا تكوين جداول ذو التقاطع المضاعف وذلك عن طريق ربط كل من المتغير المستقل و هو المستوى التعليمي مع المتغير التابع وهو مدى المتابعة بعد الولادة، و على إثر هذا الترابط البسيط أدخلنا كل من المتغيرات الراضة التالية : الحالة العملية، العمر، و رتبة المولود و تحصلنا على الجداول رقم (25)، (26)، (27). ويشير الجدول التالي رقم (25) إلى مدى تأثير المستوى التعليمي في أوساط العاملات و غير العاملات ومدى متابعتهن الصحية بعد الولادة.

⁽¹⁾ ارجع إلى ص . 162 .

جدول (25): التوزيع النسبي للنساء حسب مدى متابعتهم بعد الولادة والمستوى التعليمي و الحالة العملية .

المجموع	عدم المتابعة بعد الولادة	المتابعة بعد الولادة	مدى المتابعة بعد الولادة الحالة العملية المستوى التعليمي	
			تعمل	لا تعمل
100,00	82,14	17,86	تعمل	أميئة
100,00	78,81	21,19	لا تعمل	
100,00	78,98	21,02	المجموع	
100,00	56,60	43,40	تعمل	تقرأ و تكتب
100,00	72,55	27,45	لا تعمل	
100,00	71,01	28,99	المجموع	
100,00	65,35	34,65	تعمل	إبتدائي
100,00	66,10	33,90	لا تعمل	
100,00	65,98	34,02	المجموع	
100,00	52,89	47,11	تعمل	متوسط
100,00	61,40	38,60	لا تعمل	
100,00	58,27	41,73	المجموع	
100,00	45,36	54,64	تعمل	ثانوي فأعلى
100,00	38,46	61,54	لا تعمل	
100,00	43,90	56,10	المجموع	
100,00	58,87	41,13	تعمل	المتغير الرائز
100,00	72,58	27,42	لا تعمل	
100,00	70,45	29,55	المجموع	

يتجلى من خلال الجدول أعلاه، أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للنساء العاملات كلما ارتفعت نسبة المتابعة بعد الولادة، حيث تنتقل النسبة من 17,86% من النساء العاملات الأميات إلى الكشف بعد الولادة إلى 34,65% من النساء العاملات ذوات مستوى تعليمي ابتدائي، إلى 54,64% عاملات ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى.

كما ترتفع نسبة المتابعة بعد الولادة في أوساط النساء غير العاملات و ذلك بارتفاع مستواهن التعليمي، وبهذا نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي سواء عند النساء العاملات و غير العاملات كلما ارتفعت نسبة المتابعة بعد الولادة، و العكس صحيح حيث نلاحظ أنه عدم الإقبال بعد الولادة يرتفع بانخفاض المستوى التعليمي و في أوساط النساء الغير العاملات اللواتي تعرفن القراءة و الكتابة (72,55%) و الابتدائي (66,10%) وكذا المتوسط (61,40%) أكثر بقليل من النساء العاملات. وتواصل إبراز مدى تأثير متغير التعليم على مدى المتابعة بعد الولادة و ذلك في أوساط النساء الصغيرات و الكبيرات سناء، و هذا ما يوضحه الجدول الآتي رقم (26).

جدول رقم (26) : التوزيع النسبي للنساء حسب مدى متابعتهن بعد الولادة و المستوى التعليمي والعمر

المجموع	عدم المتابعة بعد الولادة	المتابعة بعد الولادة	مدي المتابعة بعد الولادة	
			أقل 30	المستوى التعليمي والعمر
100,00	77,96	22,04	أقل 30	أمية
100,00	79,21	20,79	+ 30	
100,00	78,93	21,07	المجموع	
100,00	74,23	25,77	أقل 30	تقرأ و تكتب
100,00	69,49	30,51	+30	
100,00	70,89	29,11	المجموع	
100,00	63,98	36,02	أقل 30	ابتدائي
100,00	67,61	32,39	+ 30	
100,00	65,98	34,02	المجموع	
100,00	54,72	45,28	أقل 30	متوسط
100,00	60,78	39,22	+30	
100,00	58,27	41,73	المجموع	
100,00	28,95	71,05	أقل 30	ثانوي فأعلى
100,00	51,19	48,81	+ 30	
100,00	44,26	55,74	المجموع	
100,00	66,55	33,45	أقل 30	المتغير الرائز
100,00	72,22	27,78	+30	
100,00	70,43	29,57	المجموع	

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (26)، أنه كلما يرتفع المستوى التعليمي للنساء دون الـ 30 سنة من العمر، كلما ترتفع نسبة المتابعة بعد الولادة، إذ تنتقل من

22,04% عند النساء الأميات دون الـ 30 سنة من العمر قد تابعن بعد الولادة، إلى 25,77% عند اللواتي تعرفن القراءة و الكتابة و هن دون الـ 30 سنة من العمر و تستمر النسبة في الارتفاع، إلى أن تصل أقصاها عند النساء الصغيرات سنا ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 71,05%. كما ترتفع نسبة المتابعة بعد الولادة بارتفاع المستوى التعليمي و ذلك في أوساط النساء الكبيرات سنا ما بين 30-49 سنة، حيث تنتقل النسبة من 20,79% من النساء الأميات الكبيرات سنا و أقبلن على المتابعة بعد الولادة، إلى 30,51% عند نفس الفئة العمرية و هن تعرفن القراءة و الكتابة، و تستمر النسبة في الإرتفاع إلى أن تصل إلى 48,81% عند المستوى التعليمي الثانوي فأعلى، كبيرات سنا قد تابعن بعد الولادة كما يشير الجدول نفسه إلى إرتفاع نسبة عدم المتابعة بعد الولادة مع انخفاض المستوى التعليمي للنساء، جلهن كبيرات سنا 30 سنة فما فوق.

و علاوة على ذلك، يشير الجدول الآتي رقم (27) إلى دور المستوى التعليمي و رتبة المولود و مدى متابعة النساء بعد الولادة، حيث يتضح من خلاله أنه كلما يرتفع المستوى التعليمي عند النساء اللواتي أنجبن طفلا و احدا، كلما ترتفع نسبة المتابعة بعد الولادة، حيث تنتقل النسبة من 29,53% من النساء الأميات ذوات المولود الأول قد أقبلن على الرعاية بعد الولادة إلى 42,44% ذوات مستوى تعليمي ابتدائي ورتبة المولود الأول، و تستمر النسبة في الارتفاع بارتفاع المستوى التعليمي إلى أن تصل إلى ذوات المستوى الثانوي فأعلى و رتبة المولود الأول بنسبة 67,80%. ولإشارة، بالرغم من ارتفاع نسبة المتابعة بعد الولادة عند النساء ذوات رتبة المولود الأول و ذلك بارتفاع مستواهن التعليمي، إلا أنها ترتفع بارتفاع المستوى التعليمي سواء في أوساط النساء اللواتي أنجبن ما بين 2-4 أو 5 أطفال فأكثر وفي المقابل نلاحظ أن عدم إقبال النساء المتابعة بعد الولادة ترتفع النسبة بانخفاض المستوى التعليمي وارتفاع رتبة المولود، و هذا ما يبرزه بوضوح الجدول الآتي رقم (27).

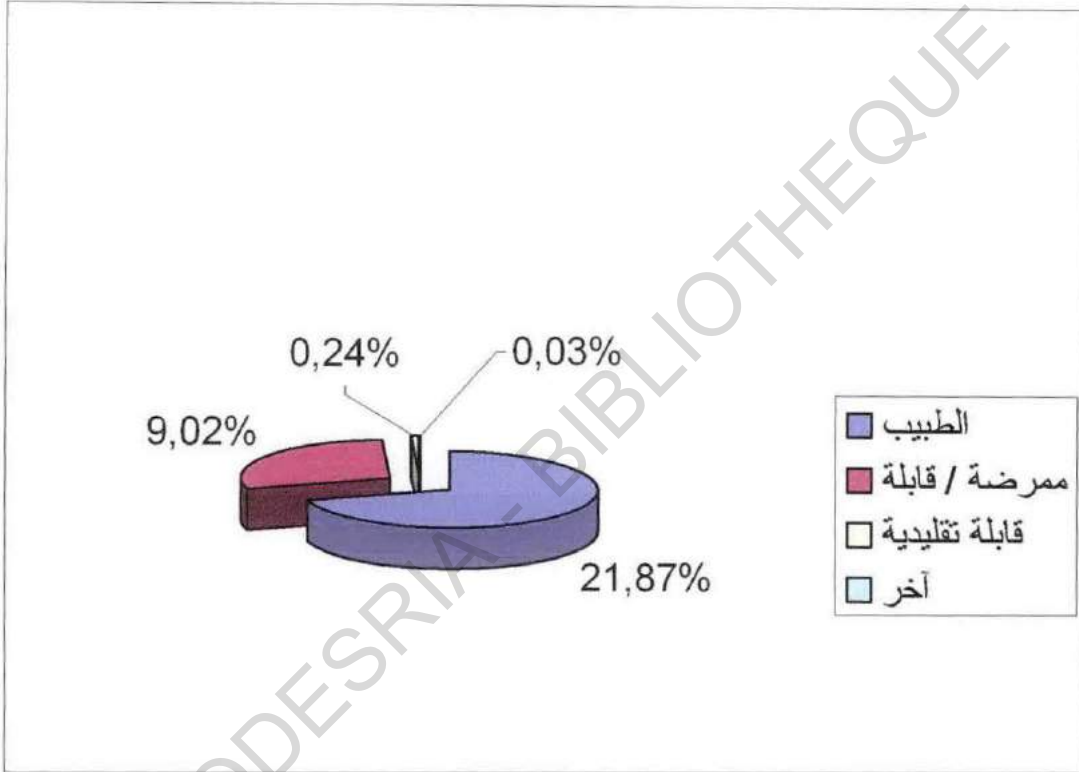
جدول رقم (27) التوزيع انسيبي للنساء حسب مدى متابعتهن بعد الولادة والمستوى التعليمي ورتبة المولود.

المجموع	عدم المتابعة بعد الولادة	المتابعة بعد الولادة	المتابعة بعد الولادة	
			رتبة	المستوى التعليمي
100,00	70,47	29,53	1	أميئة
100,00	78,27	21,28	4-2	
100,00	80,72	19,28	+5	
100,00	78,98	21,02	المجموع	
100,00	69,05	30,95	1	تقرأ و تكتب
100,00	68,51	31,49	4-2	
100,00	75,56	24,44	+5	
100,00	70,89	29,11	المجموع	
100,00	57,56	42,44	1	ابتدائي
100,00	66,45	33,55	4-2	
100,00	80,62	19,38	+5	
100,00	66,10	33,90	المجموع	
100,00	48,31	51,69	1	متوسط
100,00	61,86	38,14	4-2	
100,00	65,91	34,09	+5	
100,00	58,20	41,80	المجموع	
100,00	32,20	67,80	1	ثانوي فأعلى
100,00	55,17	44,83	2-4	
100,00	75,00	25,00	+5	
100,00	44,63	55,37	المجموع	
100,00	57,20	42,80	رتبة المولود 1	المتغير الرائز
100,00	69,88	30,12	4-2	
100,00	79,36	20,64	+5	
100,00	70,48	29,52	المجموع	

1-2 مصدر الكشف بعد الولادة :

كما سبق الإشارة أن حوالي 30% من النساء اللواتي أُقبلن على الرعاية الصحية بعد الولادة، جلهن اتجهن عند الطبيب بنسبة 21,87%، و 9,03% منهن من تلقين الرعاية بعد الولادة من طرف القابلة أو الممرضة، وهذا ما يوضحه الشكل رقم (14)

الشكل رقم (14) : التوزيع النسبي للمواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية بعد الولادة.



وللإشارة تشير نتائج المسح إلى أن نسبة الرعاية بعد الولادة عند الطبيب ترتفع قليلا في أوساط النساء القاطنات في الحضر عنها في الريف بـ 23,59% و 18,99% على التوالي، ولا يوجد إختلافا كبيرا بين الرعاية بعد الولادة عند القابلة و مكان الإقامة، حيث قدرت النسبة بـ 10,75% في الحضر مقارنة مع النساء الريفيات اللواتي تابعن بعد الولادة بـ 6,62%، و نفس الملاحظة عند النساء اللواتي تابعن بعد الولادة عند القابلة التقليدية و مكان الإقامة بـ 0,41% في الحضر و 0,10% في الريف.

وبالرغم من الأهمية القصوى للرعاية الصحية بعد الولادة، إلا أننا نجد إقبالا ضعيفا عليها، و إذا ما قورنت تلك النتائج السالفة الذكر بنتائج المسح الجزائري لصحة

الأم و الطفل لعام 1992، وسوف نلاحظ تحسنا لذلك، إلا أنه يحتاج المزيد من الاهتمام، وذلك في رفع نسبة المتابعة بعد الولادة حيث قدرت نسبة عدم الكشف بعد الولادة في عام 1992 بحوالي 80%، انخفاض مقدر بحوالي 10 نقاط، و تبين أن حوالي 13% من تلقين رعاية صحية بعد الولادة عند الطبيب، و 5% عند الممرضة أو القابلة⁽¹⁾ (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق، ص 186) ونحاول فيما يلي مقارنة نتائج المسح الجزائري عام 2002 بنتائج المسوحات التي تم تنفيذها في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة ، و هي تونس و سوريا و جيبوتي و تبين من خلال النتائج أن، نسبة عدم الكشف بعد الولادة قد قدرت في تونس بـ 51 % بمعنى بلغت نسبة الرعاية الصحية بعد الولادة بـ 49 % بالنسبة لآخر الولادات لدى النساء خلال الخمس سنوات السابقة للمسح و هي نسبة نقل كثيرا عن الرعاية ما قبل الولادة (جامعة الدول العربية، الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، مرجع سابق ص.165).

و ترتفع نسبة عدم الرعاية بعد الولادة، في سوريا، حيث قدرت حسب نتائج المسح لصحة الأسر عام 2001 بـ 77 %، ترتفع النسبة في الريف إلى 82% مقارنة مع الحضر بـ 71,5% (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 135).

أما في جيبوتي، فهي الأخرى نقل فيها نسبة المتابعة بعد الولادة، حيث قدرت نسبة النساء اللواتي لم تتلقين الرعاية بعد الولادة بـ 85%، 82 % في الحضر، و ترتفع النسبة في الريف و بين الرحل إلى 95% (جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي، مرجع سابق، ص. 63).

تلك هي النتائج التي تدفع الباحث إلى الإلتفات أكثر والتعمق في دراسة أسباب قلة الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة، هذا من جهة، و ضرورة اهتمام الحكومات وواضعي السياسات الصحية بتطوير و تحسين خدمات الرعاية الصحية بعد الولادة من جهة أخرى، ونحاول توضيح فيما يلي تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، على مدى الرعاية الصحية بعد الولادة عند الطبيب باعتبارها أكبر نسبة، التي قدرت بـ 21,87%.

¹ - من أجل تفاصيل أكثر ارجع إلي ص . 16

1-2-1 الكشف عند الطبيب بعد الولادة و خلفية المبحوثة :

يتضح من الجدول رقم (28) تأثير متغير التعليم على مدى إقبال النساء إلى الكشف عند الطبيب بعد الولادة، حيث نلاحظ أن الاتجاه العام وهو 78,13% من النساء لم تكشفن عند الطبيب بعد الولادة، ترتفع النسبة عند الأميات بـ 84,27%، و تنخفض نسبة عدم الكشف عند الطبيب بعد الولادة، بارتفاع المستوى التعليمي إلى أن تصل إلى 54,47% عند النساء المتحصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى، في حين بالرغم من قلة نسبة المتابعة عند الطبيب بعد الولادة بـ 21,87% إلا أنها ترتفع عند النساء بارتفاع مستواهن التعليمي إذ تنتقل من 15,53% عند الأميات، إلى 18,99% عند النساء اللواتي تعرفن القراءة والكتابة، وتستمر في الارتفاع إلى أن تصل إلى 45,53% وهذا ما يبرزه بوضوح الجدول الآتي رقم (28)،

وبتطبيق كاي التربيع لبرسون يوضح هو الآخر تلك العلاقة القوية ذات الدلالة الإحصائية حيث بلغت قيمته بـ 115,86 مقارنة مع كاي تربيع الجدولية بـ 9,49 عند درجة 4 ونسبة 5%.

جدول رقم (28): توزيع النساء حسب مدى إقبالهن بعد الولادة عند الطبيب ومستواهن التعليمي .

المجموع		عدم الكشف بعد الولادة عند الطبيب		الكشف بعد الولادة عند الطبيب		مدى الكشف عند الطبيب بعد الولادة المستوى التعليمي
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	1653	84,27	1393	15,53	260	أمية
100,00	553	81,01	448	18,99	105	تقرأ وتكتب
100,00	829	74,19	615	25,81	214	ابتدائي
100,00	610	69,02	421	30,98	189	متوسط
100,00	123	54,47	67	45,53	56	ثانوي فأعلى
100,00	3768	78,13	2944	21,87	824	المجموع

كما أوضحت بيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، أن نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية بعد الولادة عند الطبيب ترتفع في أوساط العاملات عنها غير العاملات، وهذا ما يشير إليه الجدول التالي رقم (29).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

جدول رقم (29) : توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب ومستواهن المهني

المجموع		عدم الكشف بعد الولادة عند الطبيب		الكشف بعد الولادة عند الطبيب		مدى الكشف عند الطبيب بعد الولادة
		%	ت	%	ت	المستوى المهني ¹
100,00	47	72,34	34	27,67	13	إطار عالي
100,00	189	61,38	116	38,62	73	مهنة وسيطة
100,00	79	59,49	47	40,51	32	مستخدمة إدارة
100,00	41	73,17	30	26,83	11	مستخدمات مصالح
100,00	13	76,92	10	23,08	03	فلاحة
100,00	176	68,18	120	31,82	56	حرفية
100,00	27	92,59	25	07,41	02	عاملات ومستخدمات غير مؤهلات
100,00	15	85,71	13	14,29	02	مهنة غير مصرحة
100,00	3181	80,13	2549	19,87	632	لا تعمل
100,00	3768	78,13	2944	21,87	824	المجموع
100,00	587	67,29	395	32,71	192	تعمل
100,00	3181	80,13	2549	19,87	632	لا تعمل

¹ إرجع إلى رمز المهنة في ص. 150

ويشير الجدول نفسه المذكور أعلاه أن عدم الكشف بعد الولادة عند الطبيب (78,13%) يرتفع في أوساط النساء القاطنات في البيت بدون عمل بـ 80,13% مقارنة مع العاملات بـ 67,29% بفارق مقدر بـ 13 نقطة، في حين ترتفع نسبة الكشف بعد الولادة عند الطبيب في أوساط العاملات بـ (32,71 %) مقابل 19,87% عند النساء غير العاملات بفارق 13 نقطة.

كما يشير الجدول نفسه أن النساء العاملات اللواتي أُقبلن على الرعاية بعد الولادة عند الطبيب جلهن تنتمين إلى الفئة المهنية مستخدمات إدارة بـ 40,51%، إن معامل الأقران يؤكد هو الآخر العلاقة بين الحالة العملية ومدى الإقبال على الرعاية بعد الولادة عند الطبيب، و الذي قدر بـ 30,32 و بالإضافة إلى ذلك يبرز دور متغير العمر وتأثيره على مدى الرعاية بعد الولادة عند الطبيب، و هذا ما ستوضحه في الجدول الآتي
رقم (30)

جدول رقم (30): توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب و عمرهن

المجموع		عدم الكشف بعد الولادة عند الطبيب		الكشف بعد الولادة عند الطبيب		مدى الكشف عند الطبيب بعد الولادة المستوى التعليمي
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	17	64,71	11	35,29	06	19-15
100,00	314	73,57	213	26,43	83	24-20
100,00	859	75,79	651	24,21	208	29-25
100,00	978	79,65	779	20,34	199	34-30
100,00	984	79,47	782	20,53	202	39-35
100,00	480	80,42	386	19,58	94	44-40
100,00	136	76,47	104	23,53	32	49-45
100,00	3768	78,13	2944	21,87	824	المجموع

تشير البيانات الموضحة أعلاه أن الأغلبية الساحقة للنساء اللواتي لم يقبلن على الرعاية بعد الولادة عند الطبيب تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 40-44 سنة بـ 80,42% مقابل 64,71% نوات فئة أعمار ما بين 15-19 سنة، في حين ترتفع نسبة الكشف بعد الولادة عند الطبيب في أوساط النساء الصغيرات سنا ما بين 15-19 بـ 35,29% مقارنة مع الكيبرات سنا ما بين 40-44 سنة بـ 19,58%. و بالإضافة إلى ذلك، أوضحت نتائج المسح إلى أن نسبة الرعاية بعد الولادة عند الطبيب تتخفف مع ارتفاع رتبة المولود و هذا ما يبرزه الجدول رقم (31):

جدول رقم (31): توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب و رتبة المولود

المجموع		عدم الكشف بعد		الكشف بعد		رتبة المولود
		عند الطبيب	الولادة	عند الطبيب	الولادة	
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	709	66,85	474	33,14	235	1
100,00	1308	77,29	1011	22,71	297	3-2
100,00	944	81,89	773	18,11	171	5-4
100,00	807	85,01	686	14,99	121	6 فأكثر
100,00	3768	78,13	2944	21,87	824	المجموع

يوضح الجدول أعلاه، أن متغير رتبة المولود هو الآخر يؤثر على مدى الرعاية بعد الولادة عند الطبيب، حيث نلاحظ أنه كلما ترتفع رتبة المولود عند الطبيب، كلما ترتفع نسبة عدم الكشف بعد الولادة عند الطبيب، إذ تنتقل النسبة من 66,85% ذوات رتبة المولود الأول إلى 85,01% ذوات رتبة المولود السادس فأكثر، في حين النساء اللواتي أنجبن عدد قليل من الأطفال هن أكثر إقبالا إلى الرعاية الصحية بعد الولادة عند الطبيب بـ 33,14% للمولود الأول مقارنة مع المولود السادس فمافوق 14,99%.

3-1 مكان الكشف بعد الولادة و خلفية المبحوثة :

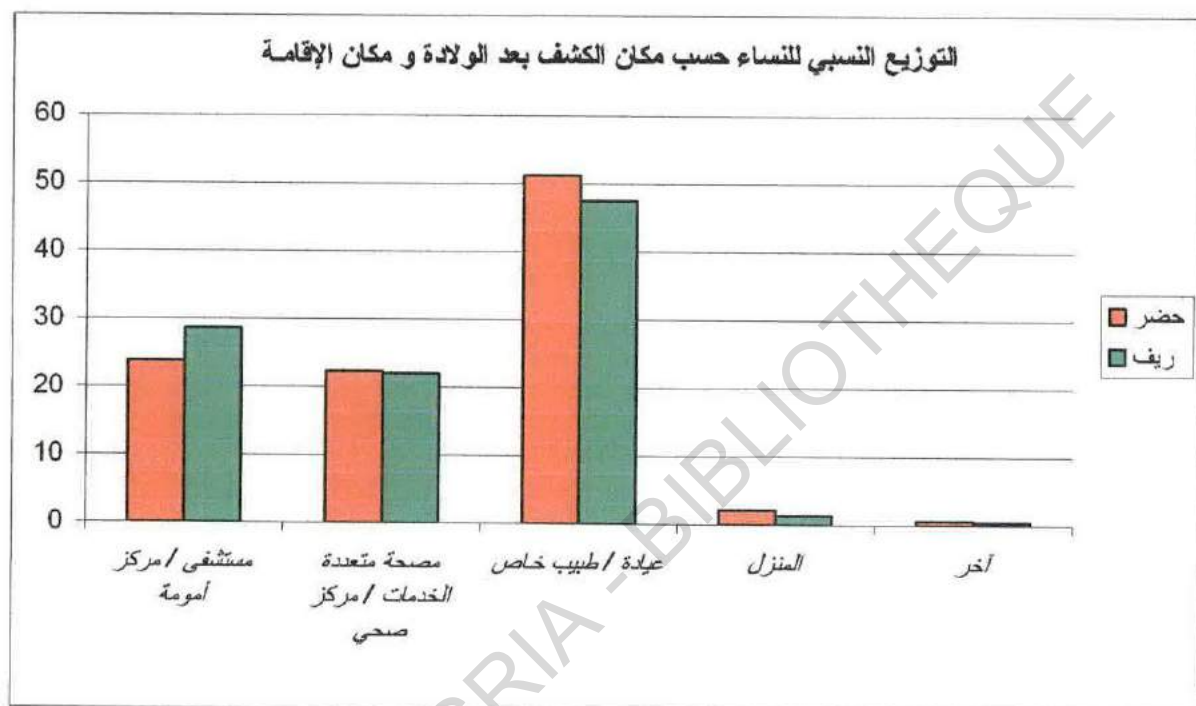
يشير الشكل رقم (15) إلى أن قرابة نصف النساء المستجوبات اللواتي تلقين على رعاية صحية بعد الولادة لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في المصحة الخاصة، أو الطبيب الخاص، وحوالي ربع منهن من تلقت ذلك في المستشفى أو مركز أمومة، وحوالي 22% من قبل المصحة المتعددة الخدمات، أو المركز الصحي.

الشكل 15: التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة



وللاشارة لا يوجد تبايناً كبيراً بين مكان الكشف بعد الولادة و مكان الإقامة، حيث يتضح من خلال الشكل التالي رقم (16) تمركز نسبة الكشف بعد الولادة في العيادة أو الطبيب الخاص في الحضر بـ 51,17% عنه في الريف بـ 47,52% في حين ارتفعت النسبة قليلاً في الوسط الريفي عنه الحضري ومكان الكشف بعد الولادة في المستشفى.

الشكل 16 : التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة ومكان الإقامة.



وفي هذا الصدد، قدرت نسبة إقبال النساء على الرعاية بعد الولادة إلى الطبيب الخاص في سوريا بـ 60,9% وتقبلن البقية إلى المنشأة الصحية الحكومية و الخاصة بـ 16,2% كما تتلقى 17,1% من النساء الرعاية بعد الولادة في المنزل. (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص. 137).

كما تبلغ نسبة الرعاية بعد الولادة في تونس بـ 30% في القطاع الخاص، منها 36% في الحضر و 15% في الريف، (جامعة الدول العربية، الديوان الوطني للإسرة و العمران البشري، مرجع سابق، ص. 166).

وأوضحت نتائج المسح الجيوتي لصحة الأسرة عام 2002، أن حوالي 61% من النساء المستجوبات تلقين رعاية بعد الولادة في المستشفى أو مركز أمومة، و 26%

في مراكز صحية عامة، و 6% في عيادات خاصة، و قرابة 2% في المنزل، (جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي مرجع سابق، ص 64).

حاولنا من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة التعرف على مدى تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية ومكان المتابعة الصحية بعد الولادة، وهذا ما يشير إليه الجدول الآتي رقم (32).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

جدول رقم (32): التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة و خلفية المبحوثة

المجموع	آخر	المستزل	مصحة خاصة/ طبيب خاص	مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي	مستشفى/مركز أمومة	مكان لكشف بعد الولادة الخلفية
						المستوى التعليمي
100,00	1,98	2,27	43,34	23,23	29,18	أمية
100,00	1,25	3,75	47,50	26,88	20,63	تقرأ و تكتب
100,00	0,36	1,42	49,11	22,42	26,69	ابتدائي
100,00	/	0,40	55,34	20,55	23,71	متوسط
100,00	/	4,48	68,66	7,46	19,40	ثانوي فأعلى
100,00	0,90	1,97	49,64	21,99	25,49	المجموع
						الحالة العملية
100,00	/	1,25	56,67	17,50	24,58	تعمل
100,00	1,14	2,17	47,71	23,23	25,74	لا تعمل
100,00	0,90	1,97	49,64	21,99	25,49	المجموع
						العمر
100,00	1,27	2,28	54,94	18,23	23,29	29-15
100,00	0,69	1,81	46,73	24,06	26,70	49-30
100,00	0,90	1,97	49,73	21,99	25,49	المجموع
						رتبة المولود
100,00		1,98	50,83	17,16	30,03	1
100,00	/	2,63	49,40	25,78	21,48	3-2
100,00	0,44	0,88	50,88	24,12	23,68	5-4
100,00	3,66	1,83	46,34	18,29	29,88	6 فأكثر
100,00	0,90	1,97	49,64	21,99	25,49	المجموع

يشير الجدول المذكور أعلاه أن قرابة نصف النساء، أقبلن إلى الرعاية بعد الولادة في المصحة الخاصة، والطبيب الخاص بـ 49,64% ، ترتفع النسبة في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 68,66% مقارنة مع الأميات بـ 43,34% بفارق مقدر بـ 25 نقطة، عاملات بـ 56,67% مقارنة مع النساء القاطنات في البيت بدون عمل بـ 47,71%، كما تنتمي فئة النساء العاملات إلى الإطار العالي بـ 75%، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 15-29 سنة بـ 54,94% مقارنة مع فئة أعمار 30-49 سنة بـ 46,73%، ذوات رتبة المولود الأول و كذا ما بين الرابع والخامس بحوالي 51% .

كما أقبلت قرابة ربع النساء إلى الرعاية الصحية بعد الولادة في المستشفى أو مركز أمومة، جلهن أميات بـ 29,18% مقارنة مع النساء المتحصلات على مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 19,40%، عاملات و غير عاملات على حد السواء، و أيضا لا يوجد اختلافا بين الصغيرات والكبيرات سنا من حيث الرعاية بعد الولادة في المستشفى، و لا أيضا بين ذوات رتبة المولود الأول أو السادس فأكثر.

وتنطبق تقريبا نفس الملاحظة فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة في المصحة المتعددة الخدمات وخلفية المبحوثة، كما يتبين من خلال نتائج المسح أن النساء الحضريات هن أكثر إقبالا إلى العيادة أو الطبيب الخاص بنسبة 64% و إلى المستشفى بـ 57% أكثر بكثير من النساء المقيمات في الريف بـ 36,14%، و 43% على التوالي، و ترتفع نسبة إقبال النساء الحضريات إلى العيادة أو الطبيب الخاص عند مستوى ثانوي فأعلى بـ 89,36% عاملات بـ 73,91% ينتمين إلى الإطار العالي، ذوات فئة أعمار ما بين 30-49 سنة بـ 68,36% ورتبة مولود ما بين الأول والثالث بحوالي 67%، وتقريبا نفس الاتجاه نلاحظ في إقبال النساء الحضريات على الكشف بعد الولادة في المستشفى، و هذا ما يبرزه بوضوح كل من الجداول رقم (13)، (14) في الملحق رقم (9).

كما ترتفع نسبة الكشف بعد الولادة في المصحة المتعددة الخدمات في الوسط الحضري بـ 62,2% مقارنة مع الوسط الريفي بـ 37,8% وفي أوساط النساء الحضريات، ذوات مستوى تعليمي متوسط بـ 82,69% عاملات بـ 83%، عند رتبة المولود الأول بـ 71% والنسبة نفسها ما بين رتبة المولود الرابع والخامس، و لا يوجد تباينا و أعمار النساء الحضريات، في حين نلاحظ نسبة إقبال نساء الريفيات في المصحة المتعددة الخدمات من أجل الكشف بعد الولادة قد قدرت بـ 38% ، ترتفع النسبة في أوساط النساء الريفيات الأميات بـ 53%، قاطنات في البيت بدون عمل بـ 41,67%

ذوات رتبة المولود السادس فأعلى 60%، و لا يوجد فرق بين إقبال النساء الريفيات إلى المصحة المتعددة الخدمات و عمرهن، و هذا ما يبرزه بوضوح الجدول رقم (15) في الملحق رقم (9).

وتواصلت عملية إستجواب المبحوثات حول أسباب عدم الرعاية بعد ولادة الطفل الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، حيث تبين أنه 74,16% من الحالات قد صرحن بعدم تلقيهن مشكلات أو متاعب صحية و حوالي 8,49% صرحن بسبب غلاء التكلفة، و حوالي 8,49% صرحن بسبب الغلاء، التكلفة، و حوالي 6,49% أرجعن ذلك نتيجة إكتسابهن خبرة سابقة و 2% نتيجة عدم توفر الخدمة، ترتفع هذه النسب في الوسط الريفي عنه الحضري.

ويشير الجدول نفسه، إلى ارتفاع نسبة التصريح بعدم وجود متاعب في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي متوسط و ثانوي فأعلى بحوالي 83%، عاملات و غير عاملات تقريبا على حد سواء بـ 7,25% و 6,37% على التوالي أكثر بكثير في أوساط النساء الصغيرات سنا بـ 80,40% مقارنة مع الكبيرات سنا ما بين 30-49 سنة بـ 49-34، 71,33% ذوات رتبة المولود الأول بـ 84,41%، و تنخفض هذه الأخيرة بإرتفاع رتبة المولود إلى أن تصل النسبة إلى 63,62% إبتداء من المولود السادس فما فوق أما عن مجموعة النساء الآتي أرجعن سبب عدم الرعاية بعد الولادة إلى أن التكلفة عالية، جلهن أميات بـ 13,81% قاطنات في البيت بـ 9,19%، كبيرات سنا 30 سنة فما فوق بـ 10%، ذوات رتبة المولود السادس فما فوق بحوالي 15% مقارنة مع المولود الأول بحوالي 4%.

كما إتضح أن إكتساب الخبرة السابقة كان السبب الرئيسي لعدم تلقي الرعاية بعد الولادة، بين النساء بدون مستوى تعليمي بحوالي 7%، عاملات و غير عاملات بـ 7,25% و 6,37% على التوالي، تنتمين إلى فئة أعمار ما بين 30-49 سنة بـ 8,39%، و تنخفض النسبة بإرتفاع رتبة المولود حيث تنتقل من 4,61% ما بين رتبة المولود 2-3 إلى 9,09% ما بين رتبة المولود 4-5 إلى 10,22% إبتداء من المولود السادس فما فوق و هذا ما يبرزه الجدول رقم (33) التالي :

سبب

جدول رقم (33) : التوزيع النسبي للنساء حسب عدم إقبالهن إلى الكشف بعد الولادة و خلفيتهن

المجموع		أخر	مشغولة /الزوج مشغول	التكلفة عالية	الخدمة غير متوفرة	غير متحركة لأهمية الكشف	لديها خبرة سابقة	عدم وجود مقاعب	سبب عدم الكشف الخلفية
100,00	1303	1,69	1,53	13,81	3,07	5,45	7,06	67,38	المستوى التعليمي
	392	2,30	1,53	4,85	2,30	4,34	7,40	77,30	أمية
100,00	547	1,10	1,46	3,84	1,46	6,22	5,12	80,80	تقرأ و تكتب
100,00	355	2,25	0,56	1,41	0,56	5,63	5,63	83,94	ابتدائي
100,00	54	1,85	/	/	/	9,26	5,55	83,33	متوسط
100,00	2651	1,74	1,36	8,49	2,22	5,55	6,49	74,16	ثانوي فأعلى
100,00									المجموع
100,00									الحالة العملية
100,00	345	2,32	0,29	3,77	1,45	7,25	7,25	77,68	تعمل
100,00	2307	1,65	1,47	9,19	2,34	5,33	6,37	73,65	لا تعمل
100,00	2652	1,73	1,32	8,48	2,22	5,58	6,49	74,17	المجموع
100,00									العمر
100,00	796	2,14	1,38	5,53	2,76	5,78	2,01	80,40	15-29
100,00	1859	1,56	1,45	9,79	2,04	5,43	8,39	71,33	30-49
100,00	2655	1,73	1,43	8,51	2,26	5,54	6,48	74,05	المجموع
100,00									رتبة المولود
100,00	404	2,72	1,49	3,71	1,49	6,19	/	84,41	1
100,00	889	1,35	1,57	6,86	2,36	6,19	4,61	77,05	2-3
100,00	715	1,96	1,26	7,55	1,68	4,48	9,09	73,99	4-5
100,00	646	1,39	1,24	14,86	3,25	5,42	10,22	63,62	+6
100,00	2654	1,73	1,39	8,52	2,26	5,54	6,48	74,08	المجموع

وعلاوة على ذلك، نلاحظ عدم وجود تباين بين تصريح النساء الحضريات والريفيات حول سبب عدم إقبالهن على الكشف بعد الولادة فهي فروق ما بين نقطتين إلى خمسة نقاط إتجاه الريف، في حين ترتفع نسبة عدم تلقي النساء متاعب بعد الولادة في الحضر إلى 79,67% عنها في الوسط الريفي بـ 68,16%، بفارق مقدر بحوالي 12 نقطة وهذا ما يبرزه الجدول رقم (16) في الملحق رقم (09).

وترتفع نسبة التصريح عن سبب عدم الرعاية بعد الولادة بعدم تلقيهن مشاكل صحية في أوساط النساء الحضريات ذوات مستوى تعليم ثانوي فأعلى بـ 93,33% للمقابل النساء الأميات الريفيات بـ 59,79% .

تلك النتائج التي تبين أن الإقبال إلى الكشف بعد الولادة يتمشى ومدى تعرض النساء إلى مشاكل صحية، و تبرز هنا صحة الفرضية الأولى و هي: " إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية أو طبية أكثر مما هي وقائمية " .

كما ترتفع نسبة تصريح عدم وجود متاعب في أوساط النساء الحضريات العاملات بـ 75,56% صغيرات سنا ما بين 15-19 سنة بـ 62,5%، ذوات رتبة المولود ما بين 2-4 بـ 59,05% في حين ترتفع النسبة في الوسط الريفي عند النساء غير العاملات بـ 47,26% ذوات أعمار ما بين 45-49 سنة بـ 52,46% ورتبة المولود الخامس فما فوق بـ 49,76% و هذا ما يوضحه الجدول الآتي رقم (34).

جدول رقم (34) : التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحهن بعدم تلقيهن متاعب صحية بعد الولادة و مكان الإقامة .

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	878	59,79	525	40,21	353	المستوي التعليمي
100,00	303	43,56	132	56,44	171	أمية
100,00	443	33,18	147	66,82	296	تقرأ و تكتب
100,00	297	20,88	62	79,12	235	ابتدائي
100,00	45	6,67	3	93,33	42	متوسط
100,00	1966	44,20	869	55,80	1097	ثانوي فأعلى
100,00	1966	44,20	869	55,80	1097	المجموع
100,00	266	24,44	65	75,56	201	الحالة العملية
100,00	1699	47,26	803	52,74	896	تعمل
100,00	1965	44,17	868	55,83	1097	لا تعمل
100,00	1965	44,17	868	55,83	1097	المجموع
						العمر
100,00	8	37,50	3	62,50	5	19-15
100,00	169	47,93	81	52,07	88	24-20
100,00	464	47,63	221	52,37	243	29-25
100,00	513	41,13	211	58,87	302	34-30
100,00	516	43,80	226	56,20	290	39-35
100,00	236	40,25	95	59,75	141	44-40
100,00	61	52,46	32	47,54	29	44-45
100,00	1967	44,18	869	55,82	1098	المجموع
100,00	341	43,40	148	56,60	193	رتبة المولود
100,00	1006	40,95	412	59,05	594	1
100,00	619	49,76	308	50,24	311	4-2
100,00	1966	44,15	868	55,85	1098	+5
100,00	1966	44,15	868	55,85	1098	المجموع

2- الإصابة بالأعراض بعد الولادة :

نظرا لأهمية الرعاية الصحية بعد الولادة، لقد قام المسح الجزائري لصحة الأسرة بتوجيه أسئلة في هذا المجال، و يتمثل أساسا في السؤال رقم 344 الموجود في الملحق رقم (7) وهو:

"خلال فترة السنة أسابيع (40 يوم) التالية لولادة (الاسم)، هل عانيت من أي من الأعراض التالية"، وتم تحديد كل الأعراض التي سنبرزها في الجدول الآتي رقم (35) :

الجدول رقم (35) : التوزيع النسبي للنساء الاتي وضعن مولدهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب إصابتهن من الأعراض بعد الولادة طبقا لمكان الإقامة

الأعراض	الحضر (%)	الريف (%)	المجموع (%)
نزيف مهبلي حاد	3,7	3,5	3,6
تورم في الوجه أو الجسم	2,3	3,5	2,8
إفراز مهبلي كريه الرائحة مع حمى	3,5	4,4	3,9
ألم في أسفل البطن مع حمى	8,3	10,7	9,4
ألم حاد في أسفل الظهر مع حمى	8,2	9,3	8,7
ألم عند التبول مع الحمى	4,5	5,7	5,0
إنتفاخ و ألم في الثديين مع حمى	11,0	10,5	10,8
أنيميا (فقر الدم)	6,9	5,5	6,3
على الأقل مشكلة	23,4	23,6	23,5
عدم الإصابة بالأعراض أو غير مبين	76,6	76,4	76,5

و يوضح الجدول أعلاه أن حوالي 23,5% من النساء المبحوثات قد صرحن بتعرضهن على الأقل بمضاعفة خلال فترة سنة أسابيع بعد الولادة، ولا تختلف هذه النسبة

في الوسط الحضري عنه الريفي كما لا يوجد تباينا كبيرا بين نوع الأعراض و مكان الإقامة .

3- الرعاية الصحية بالمولود الجديد :

تنص المادة الخامسة والعشرون من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948 أن :
" للأمم و الطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين ولجميع الأطفال حق التمتع بالحماية الإجتماعية نفسها، سواء ولدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار " (خليل، 2000، ص42).

كما ينص الدستور الجزائري في المادة الرابعة والخمسين على أن " الرعاية الصحية حق للمواطنين " (وزارة العدل، مرجع سابق، ص. 13)، وتدخل رعاية الطفولة التي تنادي بدورها على تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي - النفسي⁽¹⁾، حيث تقتصر رعاية الطفولة على الأطفال منذ وهو داخل الرحم إلى نهاية فترة ما قبل المدرسة، وتأتي بعد ذلك مسؤولية الصحة المدرسية.

عندما يولد، الطفل فإنه ينمو في إطار إجتماعي يشمل أولا الأسرة، وأول من يستقبل هذا المولود هي الأم، فهي التي ترضعه، تحميه، ترعاه، تلبّي كل طلباته، وهي المسؤولة على صحته بالدرجة الأولى، وعلى نموه جسمانيا وروحيا، كونها أكثر تواجدا معه، فالأسرة في تلك الفترة وبصفة خاصة الأم تمثل كل شيء في حياة الطفل، فهي مصدر حياته من حيث الرعاية والتربية والتعليم، فبالرغم من أهمية ودور الأب في التربية والعناية بالطفل إلا أن الأم نظل الوحيدة التي تحافظ على صحته التي وهبها الله له.

وفي هذا المجال، تحتاج الأم إلى عملية تثقيف وتبصير بكل مايجب أن توفره لمولودها، من مأكّل ومشرب ونظافة ورضاعة طبيعية، وتطعيم ضد الأمراض والوقاية من المخاطر والأمراض المعدية وذلك وفقا لجدول التطعيم.

فالطفل في سنواته الأولى يكون أكثر عرضة بالإصابة بالأمراض الفتاكة التي يذهب ضحيتها أكثر من 8 ملايين طفلا سنويا والمتمثلة في أمراض الإسهال السعال الديكي، ذات الرئة، الكزاز والحصبة، كما أحصى حوالي 35000 طفلا دون الخامسة من

(1)- أرجع إلى مضمون المادة 68 في الملحق رقم 3.

العمر يموتون كل يوم في البلدان النامية، 60% من الوفيات ناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بطرائق ميسورة وهي ذات الرئة، الإسهال والحصبة. (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 1993، ص. 3).

ويبرز هنا دور مراكز حماية الأمومة والطفولة في عملية التنقيف الصحي للأمهات، حيث تتمحور أهدافها أساسا إلى :

>> 1- حماية صحة النساء أثناء الحمل، والسماح لهن بأن تلدن ولادة طبيعية، وأطفال سليمين، وتعلميهن العناية الواجب إعطاؤها للأطفال.

2- العمل قدر الإمكان كي يعيش الطفل وينمو في وسط عائلي، وأن يحس بالحب والطمأنينة والأمان، وأن يحصل على تغذية كافية وملائمة، السهر على حماية صحته والحفاظ عليها، وأن يلقن ببعض مستلزمات مفاهيم النظافة في الحياة وذلك منذ الحمل حتى سن الرشد. << (Manciaux, 1971, p56).

وفي هذا الصدد، لقد أكدت الدراسة الكيفية التي سيأتي إبرازها في الفصل الآتي، إلى إهتمام الأمهات بالرعاية بالمولود الجديد أكثر من الرعاية بأنفسهن وبصحتهن، وإعتبرن ذلك جوهر وجودهن.

وفي ضوء معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة، لقد سلط الضوء على مدى إقبال النساء المستجوبات على الرضاعة الطبيعية بإعتبارها من بين أهم النقاط الرئيسية الموجودة في البرامج الصحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع، وكذلك المدة المستغرقة لذلك، كما إهتم المسح حول أسباب عدم الإقبال على الرضاعة الطبيعية، وكذلك حول التطعيمات التي تعد هي الأخرى من بين أهم المحاور الرئيسية للبرامج الصحية، تلك هي العناصر التي سيتم إبرازها فيما يلي.

3-1- الإقبال على الرضاعة الطبيعية وخلفية المبحوثة :

لقد سبق وأن أشرنا إلى فوائد الإقبال على الرضاعة الطبيعية⁽¹⁾، كونه الغذاء الأفضل والشراب الأمثل للطفل خلال الشهور الستة الأولى من عمره هذا من جهة، ومن تأثير على صحة الأم من خلال تقليل خطر إصابتها بسرطان الثدي والمساعدة بين الحمل والآخر من جهة أخرى.

(1)- ارجع إلى ص. 217

وفي هذا الشأن تشير نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، إلى إنتشار ممارسة الرضاعة الطبيعية في الجزائر، حيث قدرت النسبة بـ 91.82%، ولا يوجد إختلافا بين الوسط الحضري عن الريفي بنسبة 93.3%، و92% على التوالي. وتوضح بيانات الجدول التالي رقم (36)، إلى عدم وجود تباينات كبيرة في نسبة الإقبال على الرضاعة من الثدي في أوساط النساء المتعلمات وغير المتعلمات، عاملات وغير العاملات، صغيرات سنا وكبيرات سنا، إذ تتقارب النسبة في الفئة العمرية ما بين 19-15 سنة بـ 94.12%، و 93.10% ما بين 40-44 سنة، ولكنها تتخفض عند الفئة العمرية ما بين 45-49 إلى 85.51%، ترتفع أكثر بقليل عند ذوات رتبة المولود الخامس فأكثر إلى 93.78%، مقارنة مع رتبة المولود الأول بـ 89.82%، وهذا ما يبرزه الجدول الآتي رقم (36):

جدول رقم (36) : توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الرضاعة من الثدي وخلفيتهن

المجموع ⁽¹⁾		عدم الرضاعة من الثدي		الرضاعة من الثدي		الرضاعة من الثدي الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	
المستوى التعليمي						
100,00	1650	07,33	121	92,67	1529	أمية
100,00	553	08,86	49	91,14	504	تقرأ وتكتب
100,00	829	08,32	69	91,68	760	إبتدائي
100,00	610	10,00	61	90,00	549	متوسط
100,00	122	06,56	08	93,44	114	ثانوي فأعلى
100,00	3764	8,18	308	91,82	3456	المجموع
الحالة العملية						
100,00	587	09,03	53	90,97	534	تعمل
100,00	3178	08,02	255	91,98	2923	لا تعمل
100,00	3765	08,18	308	91,82	3457	المجموع
العمر						
100,00	17	05,88	01	94,12	16	19-15
100,00	314	07,32	23	92,68	291	24-20
100,00	859	08,50	73	91,50	786	29-25
100,00	975	07,90	77	92,10	898	34-30
100,00	984	08,23	81	91,77	903	39-35
100,00	478	06,90	33	93,10	445	44-40
100,00	138	14,49	20	85,51	118	49-45
100,00	3765	08,18	308	91,82	3457	المجموع
رتبة المولود						
100,00	707	10,18	72	89,82	635	1
100,00	1870	08,72	163	91,28	1707	4-2
100,00	1189	06,22	74	93,78	1115	+ 5
100,00	3766	08,20	309	91,80	3457	المجموع

كما نلاحظ من خلال بيانات الجدول أعلاه، أن نسبة الرضاعة من الثدي لم تتغير كثيرا مقارنة مع نتائج المسح الجزائري لصحة الأم والطفل عام 1992، حيث قدرت

(1) من المفروض نجد 3768، إلا أن هناك 4 حالات أو ثلاثة حالات غير مبينة .

النسبة بحوالي 93% من مجموع المواليد خلال الخمس سنوات السابقة على المسح قد تم إرضاعهم من الثدي (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 113).

في حين ترتفع النسبة أكثر بقليل في تونس، حيث قدرت نسبة الرضاعة من الثدي بحوالي 96.1%، بتباينات بسيطة في نسبة الأطفال الذين سبق لهم أن رضعوا من الثدي حسب المستوى التعليمي والمهني للأم، ومكان الإقامة سواء في الوسط الريفي أو الحضري (الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص. 209).

وبلغت نسبة الإقبال على الرضاعة الطبيعية في سوريا بحوالي 95.4%، وذلك باختلافات بسيطة وخلفية النساء المبحوثات (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 183).

أما عن نتائج المسح الجيبوتي عام 2002، إتضح أنه حوالي 97% من الأطفال الذين تم إرضاعهم من الثدي وذلك باختلافات بسيطة وخلفية النساء (جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي، مرجع سابق، ص. 94).

وعلاوة على ذلك، سلط المسح الجزائري لصحة الأسرة الضوء حول مدة بدء الرضاعة الطبيعية بما فيها أهمية البدء مباشرة بعد الولادة، فهي هامة للطفل تمكنه من الحصول على ما يسمى باللبأ أو الكالستروم⁽¹⁾، وهو سائل ينزل من الثدي قبل اللبن الطبيعي، مائل إلى الإصفرار يحتوي على كمية هائلة من الماء والبروتين والأملاح، وعلى كمية كبيرة من الأجسام المناعية التي تحمي الرضيع من الأمراض مثل شلل الأطفال، أمراض الجهاز التنفسي.. الخ (عبد العزيز، بدون سنة، ص26)، وفي هذا الصدد تشير نتائج المسح أن أكثر من نصف الأطفال الرضع أي 55.4% من بدءوا الرضاعة من الثدي بعد الولادة مباشرة، و 16.2%، ما بين الساعة الأولى والثالثة، و 8.4% ما بين الساعة الثالثة والسادسة، كما تبين أن حوالي 19.9% من رضعوا من الثدي خلال الساعات الستة مباشرة بعد الولادة، وتختلف هذه النسبة قليلا وخلفية المبحوثة، حيث ترتفع نسبة الرضاعة مباشرة بعد الولادة أكثر بقليل في أوساط النساء اللواتي يعرفن القراءة والكتابة بحوالي 61%، ذوات رتبة المولود الخامس فما فوق بـ 61.1%، مقارنة مع

(1) - Colostrum : " Liquide sécrété par les glandes mammaires peu après l'accouchement, avant que s'installe la sécrétions lactée véritable " (domart,et Bourneuf, op.cit, p202)

المولود الأول بـ 42.5%، وهذا ما يبرزه بوضوح الجدول رقم (17) الملحق رقم (9). وعلاوة على ذلك، لقد ارتفع وسيط الرضاعة الطبيعية من 9.6 شهرا لعام 1992 إلى 13.3 شهر لعام 2002، وترتفع فترة الرضاعة مع إنخفاض المستوى التعليمي للأُم حيث قدرت بـ 19.1 شهرا في أوساط النساء الأميات و 8.2 شهرا عند النساء الآتي تعرفن القراءة والكتابة، وتخفض إلى حوالي 4.2 شهرا في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى (جامعة الدول العربية، الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2004، ص 53).

ورغم شيوع الرضاعة الطبيعية في الجزائر إلا أن هناك نسبة صغيرة من المواليد خلال السنتين السابقتين على المسح ولم يتم إرضاعهم من الثدي وذلك بحوالي 8%، كما هو موضح في الجدول أعلاه رقم (36)، ترتفع النسبة أكثر بقليل في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي متوسط بـ 10%، عاملات بـ 9%، وهن موظفات بحوالي 15%، ذوات رتبة المولود الأول بـ 10%.

وبهذا سنلن عن سبب عدم الإقبال على الرضاعة من الثدي، فتبين أن عدم وجود الحليب هو السبب الرئيسي لذلك بـ 48%، و 13% منهن أرجعن ذلك إلى مرضهن، و 11% من صرحن برفض الطفل الرضاعة من الثدي، وكان مرض الطفل من بين الأسباب لعدم الإقبال على الرضاعة من الثدي وذلك بنسبة 9%، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (18)، الملحق رقم (9).

كما يشير الجدول نفسه، إلى أن سبب عدم وجود لبن الأم تمركز في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي ثانوي فأعلى بـ 62.50% مقارنة مع الأميات بـ 47.01%، قاطنات في البيت بدون عمل بـ 50.81% مقارنة مع العاملات بـ 35.99%، دون الـ 30 سنة من العمر بـ 58.51%، مقارنة مع فئة أعمار 30-49 سنة بـ 48.77%، ذوات رتبة المولود ما بين 2-4 بـ 58.23%.

ونلاحظ تقريبا نفس الأسباب شائعة من خلال نتائج المسح التونسي، حيث صرحت الأغلبية الساحقة حول سبب عدم الرضاعة من الثدي بعدم وجود أو عدم كفاية الحليب وذلك بنسبة 42% (الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 210).

والسبب نفسه يتبين من خلال نتائج سوريا بـ 48.3% (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 185)

3-2- تحصين الأطفال وخلفية المبحوثة :

يعتبر التحصين ضد أمراض الطفولة من أهم تقدم أحرزه طب الأطفال، حيث بفضلته يتم خفض معدل وفيات الأطفال، وإنقاذ حياة الأطفال من الأمراض الفتاكة والمتمثلة في شلل الأطفال، الدرن، الحصبة، الكزاز، الخانوق (الدفتيريا)، السعال الديكي، فلولا التحصين " لبلغ معدل عدد الأطفال الذين يموتون من الحصبة ثلاثة من بين كل 100 طفل حي، ولمات طفل من الكزاز، وآخر من السعال الديكي، ولولا التحصين أيضا لأصيب طفل من بين كل مئتي طفل بإعاقاة دائمة نتيجة للشلل ". (أدا مسون، مرجع سابق، ص.35).

وتتص الرسالة الأولى والثانية حول ضرورة التحصين مايلي :

- >> 1- التحصين يحمي الطفل من أمراض خطيرة عديدة والطفل غير المحصن يتعرض أكثر من غيره للإصابة بسوء التغذية أو الإعاقة أو حتى الوفاة.
- 2- التحصين ضرورة ملحة، لذا يجب إعطاء الطفل دورة كاملة من اللقاحات خلال السنة الأولى من عمره ". (نفس المرجع، ص 36).

وبهذا تسعى الجزائر بدورها إلى تحقيق الرفاهية والصحة للأطفال، وتعد من بين الدول المشاركة في لقاء قمة الطفولة الذي عقد في نيويورك عام 1990، وعلى إثرها نادى بالإعلان العالمي لحقوق الطفل، وبهذا وقعت الجزائر على مشروع التطعيم العالمي للطفل، وحاولت بدورها الوصول إلى أهداف القمة والمتمثلة أساسا في السعي إلى الوصول في عملية تحصين الطفل قبل إنهاء عامة الأولى إلى 90% بحلول عام 2000. وقامت الجزائر بتنفيذ برنامج التطعيم، وأوصت بتناول التطعيمات الأساسية حسب الجدول الزمني⁽¹⁾، وعلاوة على ذلك، لقد تم إضافة لقاح آخر جديد إلى جدول التطعيمات

(1)- يشمل الجدول الزمني للتطعيم على

- 1- مصل (BCG) ضد الدرن، حيث يؤخذ المصل مباشرة بعد الولادة.
- 2- المصل الثاني (DPT) ضد أمراض الدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس، وكذلك مصل (Polio) ضد شلل الأطفال، يوضي يتناولهما في نفس الوقت على ثلاثة جرعات متتالية، الجرعة الأولى بعد ثلاثة أشهر من الولادة، والجرعة الثانية تليها بأربعة أسابيع، والثالثة بعدها بأربعة أسابيع وتعطي جرعة منشطة لكلا المصابين بعد اثنتي عشر شهرا من الجرعة الثالثة.
- 3- المصل ضد مرض الحصبة، يوضي بأخذه عند تسعة أشهر من العمر ' (وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية، 1994، مرجع سابق، ص.69).

وهو لقاح ضد تضخم الكبد، الذي يأخذه الطفل في الشهر الأول من عمره، وبهذا يستكمل الطفل كل التطعيمات قبل وصوله عامه الأول.

وفي هذا الصدد، عرفت الجزائر ارتفاعا ملحوظا في مجال تطعيم الأطفال منذ وضعها لبرنامج مكافحة وفيات الأطفال عام 1984، ويبرز ذلك التحسين من خلال نتائج مختلف المسوحات الوطنية⁽¹⁾، وآخر مسح هو المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002، حيث تبين من خلال نتائجه أنه حوالي 97%، من الأطفال مابين 12-23 شهرا لديهم دفتر التلقيح، وحوالي 90.6% من الأطفال مابين 12-23 شهرا قد طعموا، ولا يوجد تباينا بين الذكور والإناث في عملية التطعيم، كما تبين من خلال الدفتر الصحي أن نسبة التطعيم ترتفع قليلا في الحضر عنها في الوسط الريفي إلى 92.2% و88.8% على التوالي بفارق مقدر بحوالي 3.4 نقطة كما بلغت نسبة التطعيم حسب تصريحات الأمهات إلى 76.9%، وبأخذ بعين الاعتبار كلا المصدرين، توصل المسح إلى إحصاء حوالي 88.9% من نسبة إكمال التطعيم عند الأطفال مابين 12 و 23 شهرا، ولا يوجد إختلافات بين الذكور والإناث من حيث التطعيمات، في حين ترتفع النسبة قليلا في الوسط الحضري إلى 91.2% مقارنة مع الوسط الريفي بـ 86.1% (جامعة الدول العربية، الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2004، مرجع سابق، ص77).

وللإشارة تتقارب نسبة التطعيم في الجزائر مع التطعيم في سوريا، حيث بلغت نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر التلقيح بـ 87% بين الأطفال مابين 12-23 شهرا، ولا يوجد فرقا بين نسبة توفر الدفتر الصحي ومكان الإقامة حيث قدرت النسبة في الحضر بـ 86.4%، مقارنة مع الريف بـ 86.5%، (المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 192).

كما توصلت نتائج المسح السوري لعام 2001، أن حوالي 82% من الأطفال مابين 12-23 شهرا قد إستكملوا كل التطعيمات (نفس المرجع، ص194).

في حين لم يسلط المسح التونسي لصحة الأسرة عام 2001 الضوء حول التحصين ضد أمراض الطفولة، وإنما أشار فقط على الخدمات المقدمة في هذا المجال، حيث ترتفع إلى 95%، من نسبة تقديم خدمة تلقيح الأطفال ضد أمراض الطفولة، و94%

(1) أبرز المسوحات هو المسح الوطني حول وفيات وإعتلال الأطفال في الجزائر عام 1989، وكذا المسح الجزائري لصحة الأم والطفل عام 1992.

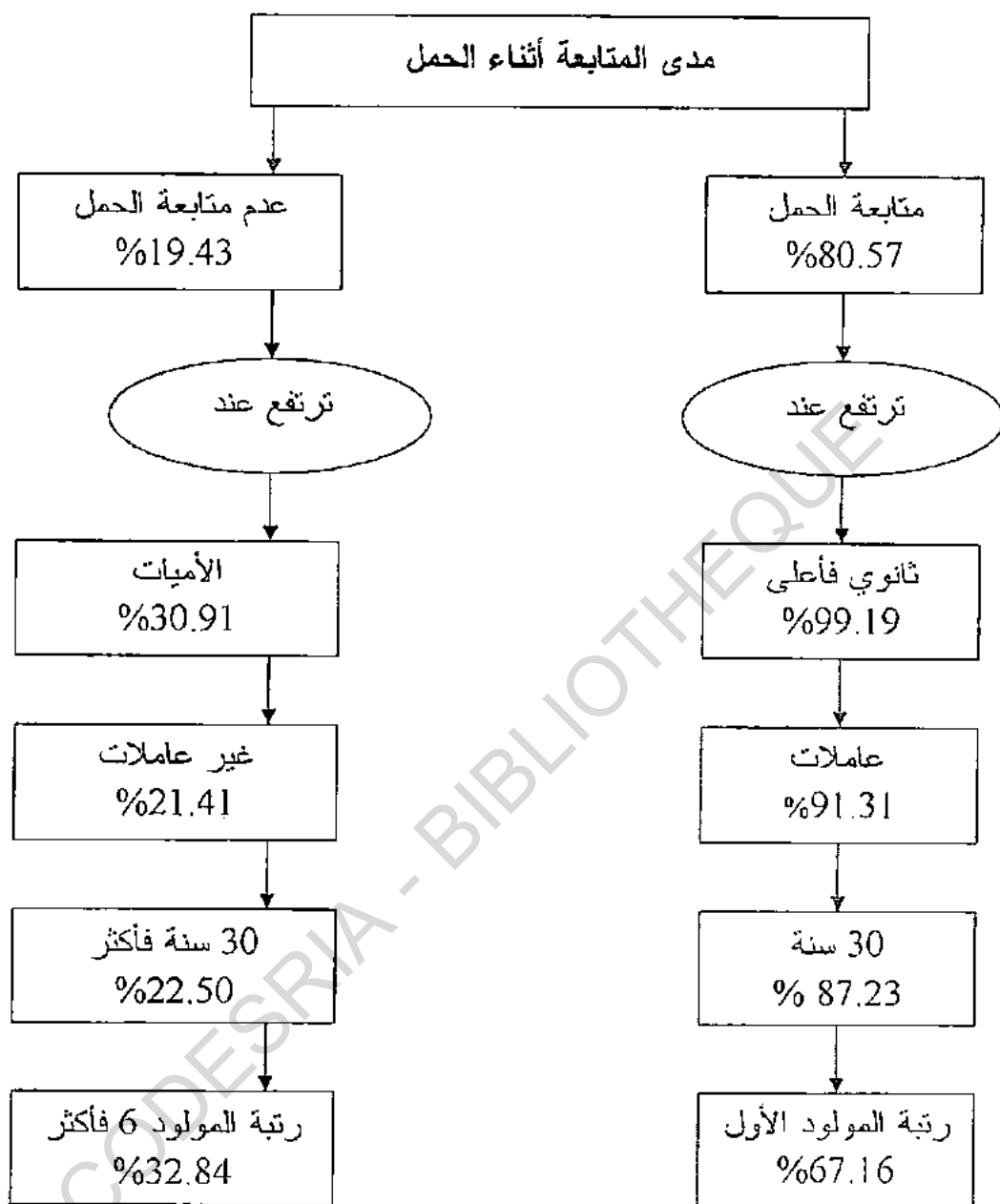
من هياكل تلقيح الحوامل ضد التيتانوس. (الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري، جامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص. 191).

أما عن المسح الجيوتي عام 2002، فهو الآخر حرص بدوره على جمع المعلومات في مجال التحصين ضد أمراض الطفولة، وركز على الفئة العمرية 12-23 شهرا من العمر، كونهم من المفروض قد إستكملوا لقاحاتهم الأساسية قبل وصولهم لذلك العمر، وتبين من خلال نتائج المسح أنه حوالي ربع الأطفال فقط كان لديهم دفترها صحيا تم إطلاع الباحثات عليه، وأن ثلاثة من كل أربعة أطفال ما بين فئة أعمار 12-23 شهرا لم يتم الإطلاع على دفاترهم،

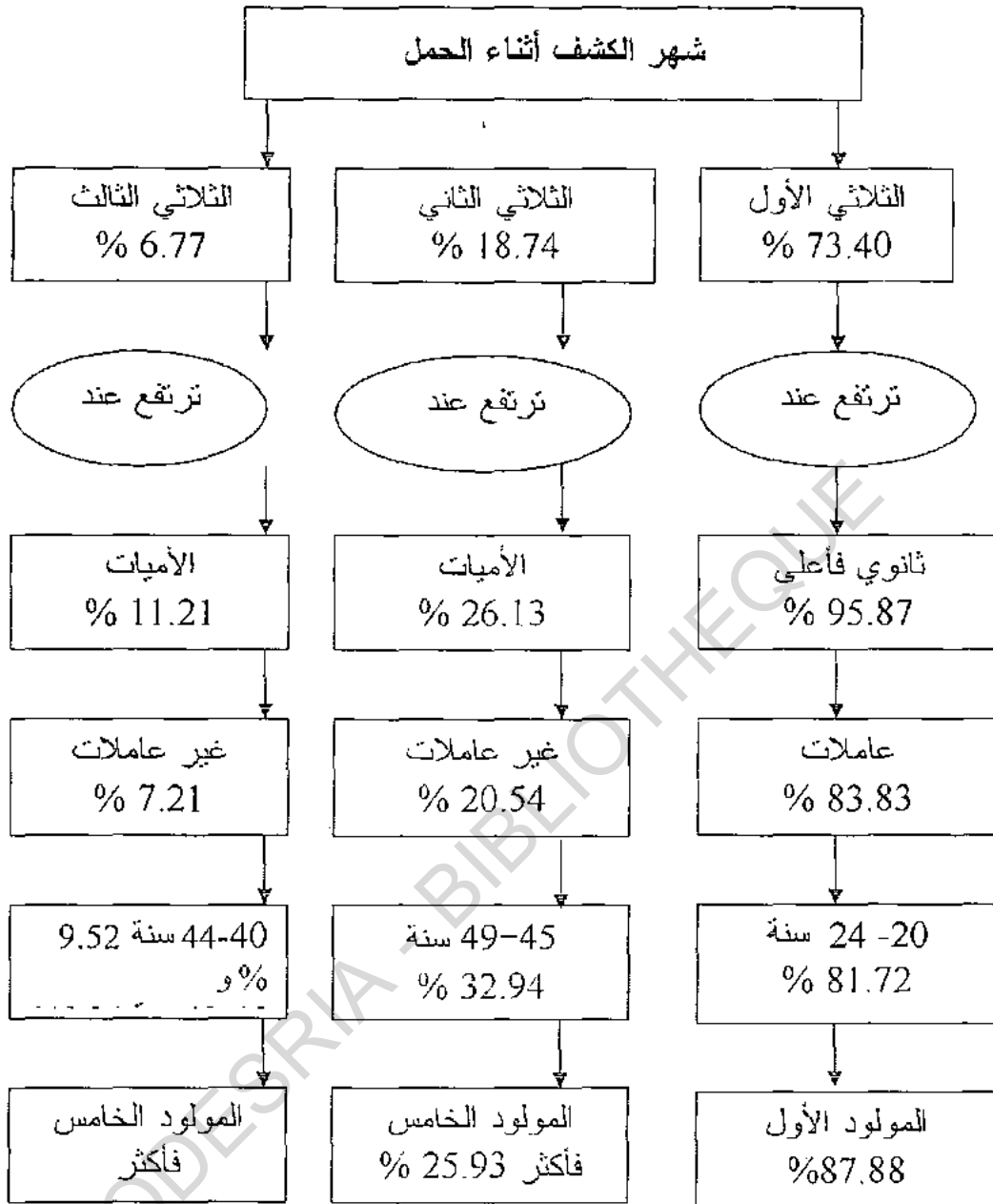
(جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي، مرجع سابق، ص. 101).

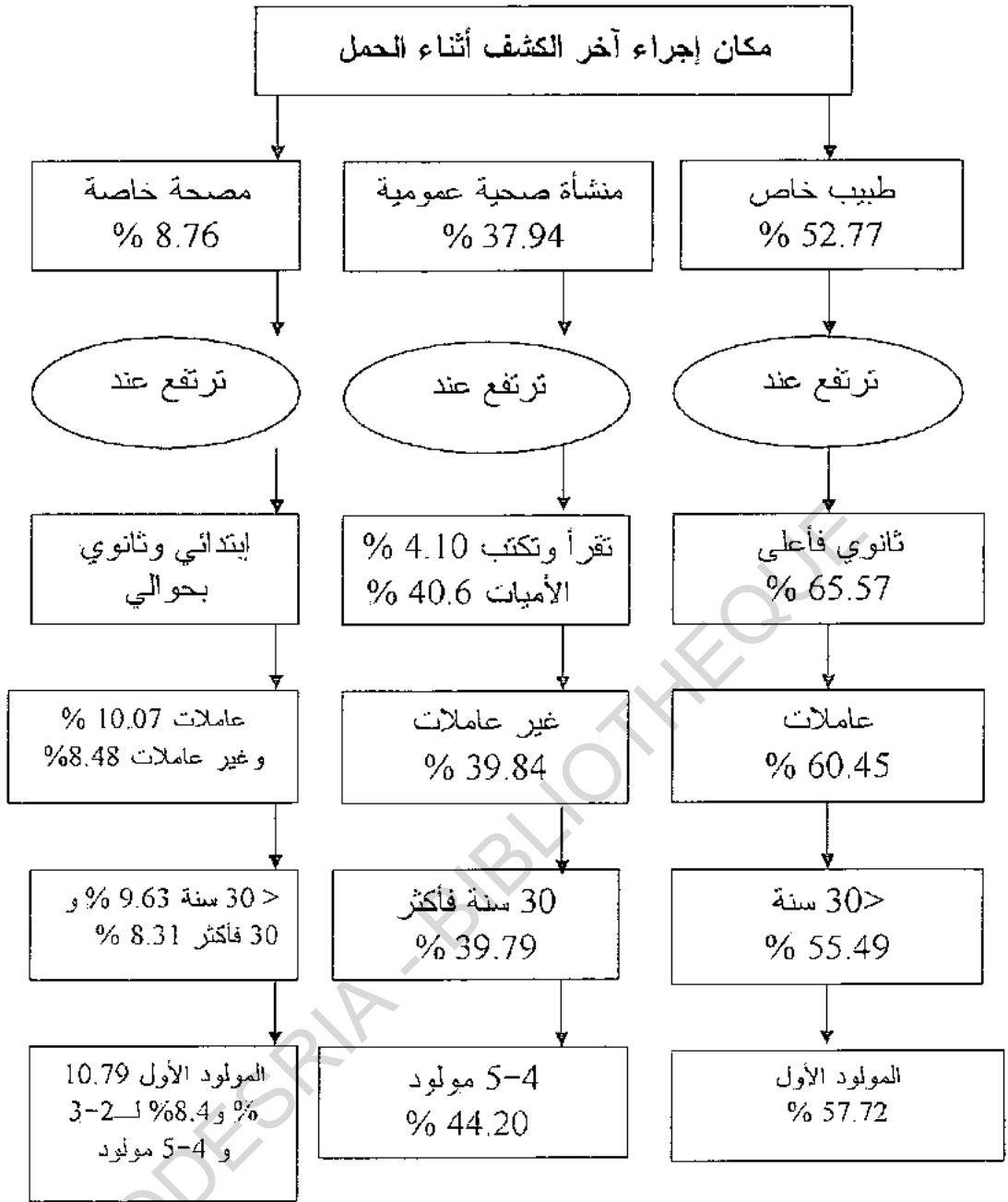
كما إتضح وجود إلا 42% من جميع الأطفال ما بين 12-23 شهرا من العمر قد إستكملوا برنامج التلقيح، وترتفع نسبة إستكمال التطعيم عند الإناث إلى 47.2% عنها الذكور بـ 37%، كما ترتفع النسبة في الوسط الحضري عنه في الوسط الريفى والرحل بـ 50.8% و 15.7% على التوالي (نفس المرجع، ص. 102).

وفي ظل المعطيات التي تم تسليط الضوء عليها في مجال الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة ومابعدها لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح، سنورد الأشكال التالية التي توضح مدى تأثير العوامل الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية وتلقى الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة ومابعدها.

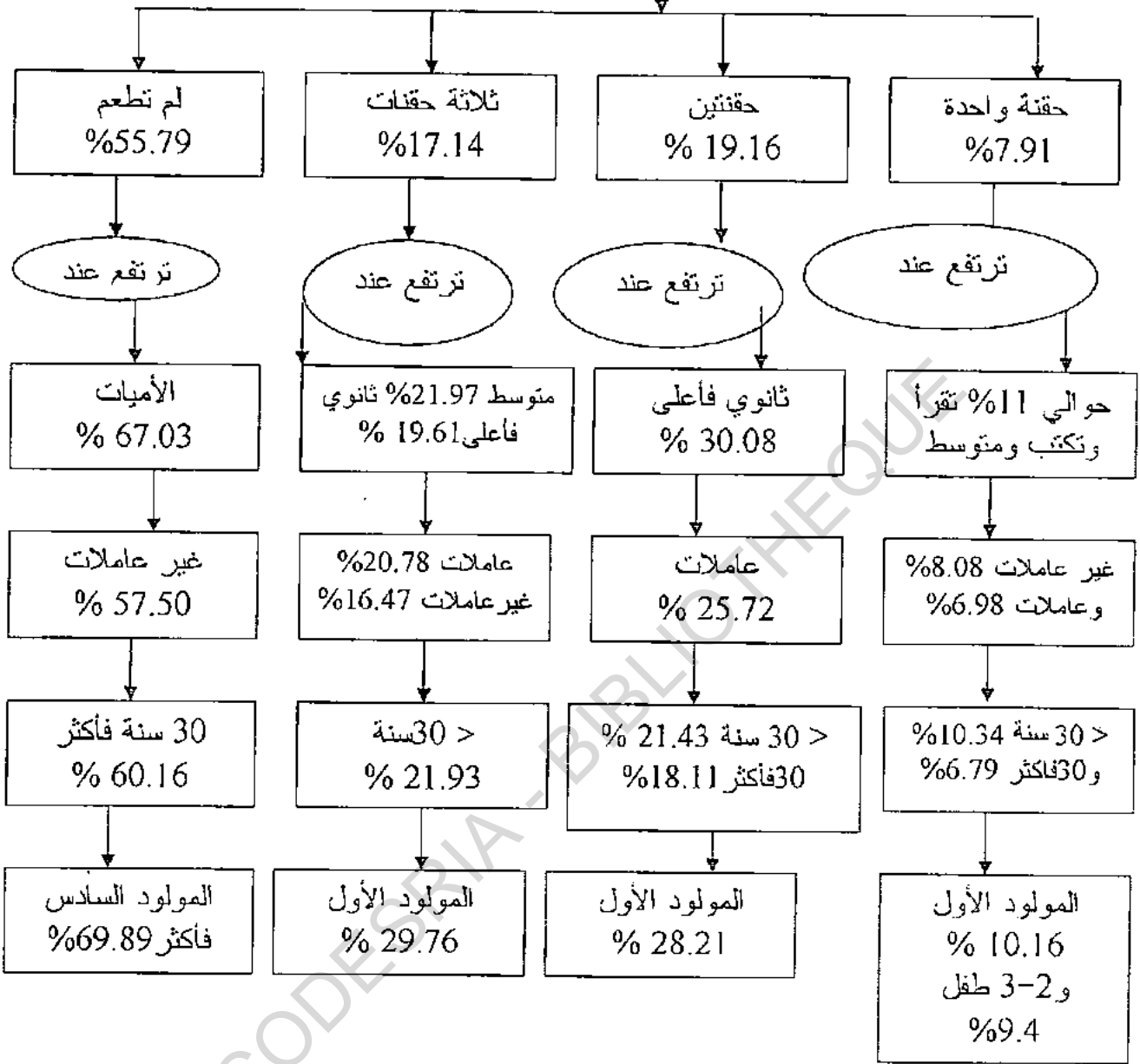




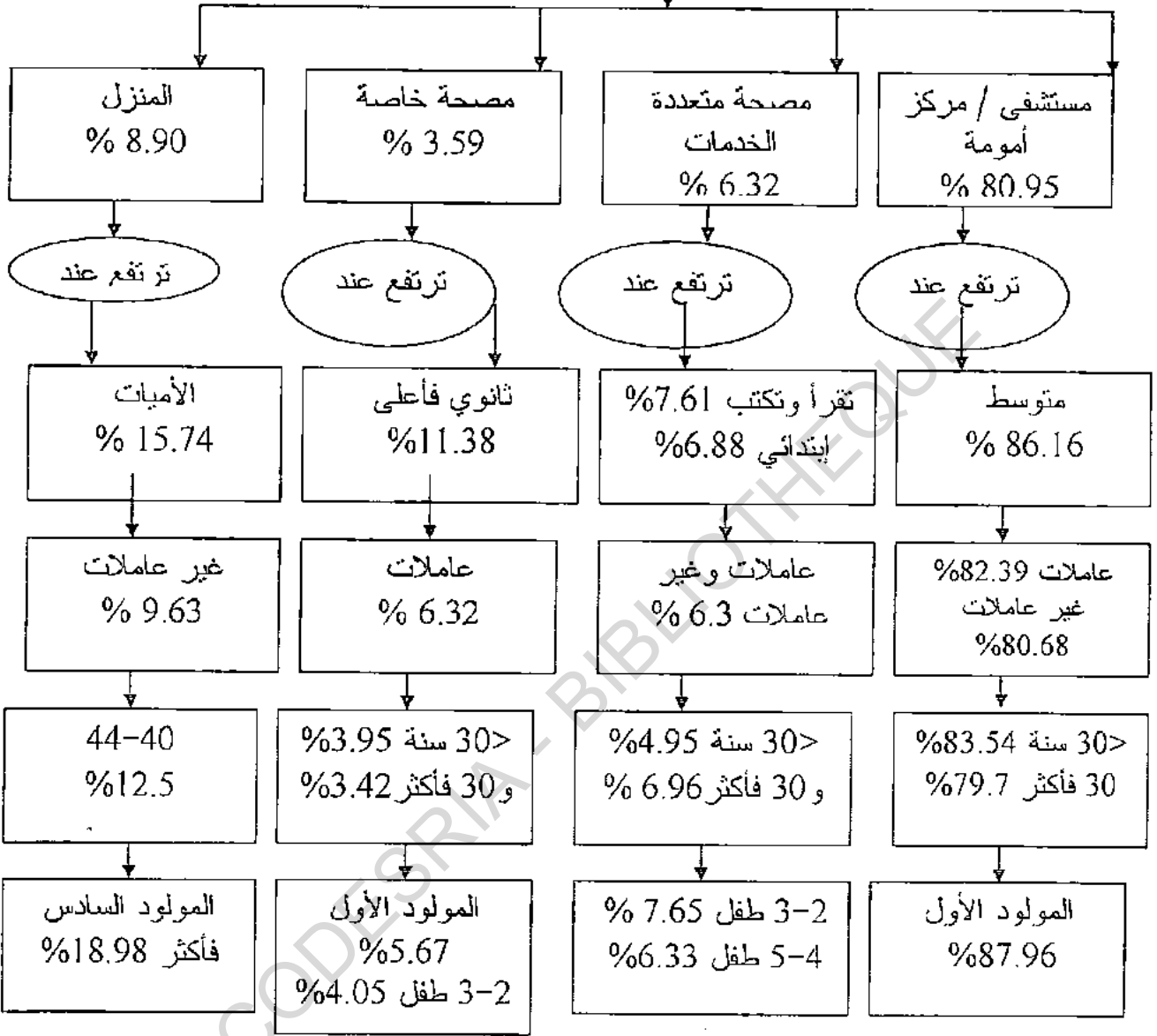


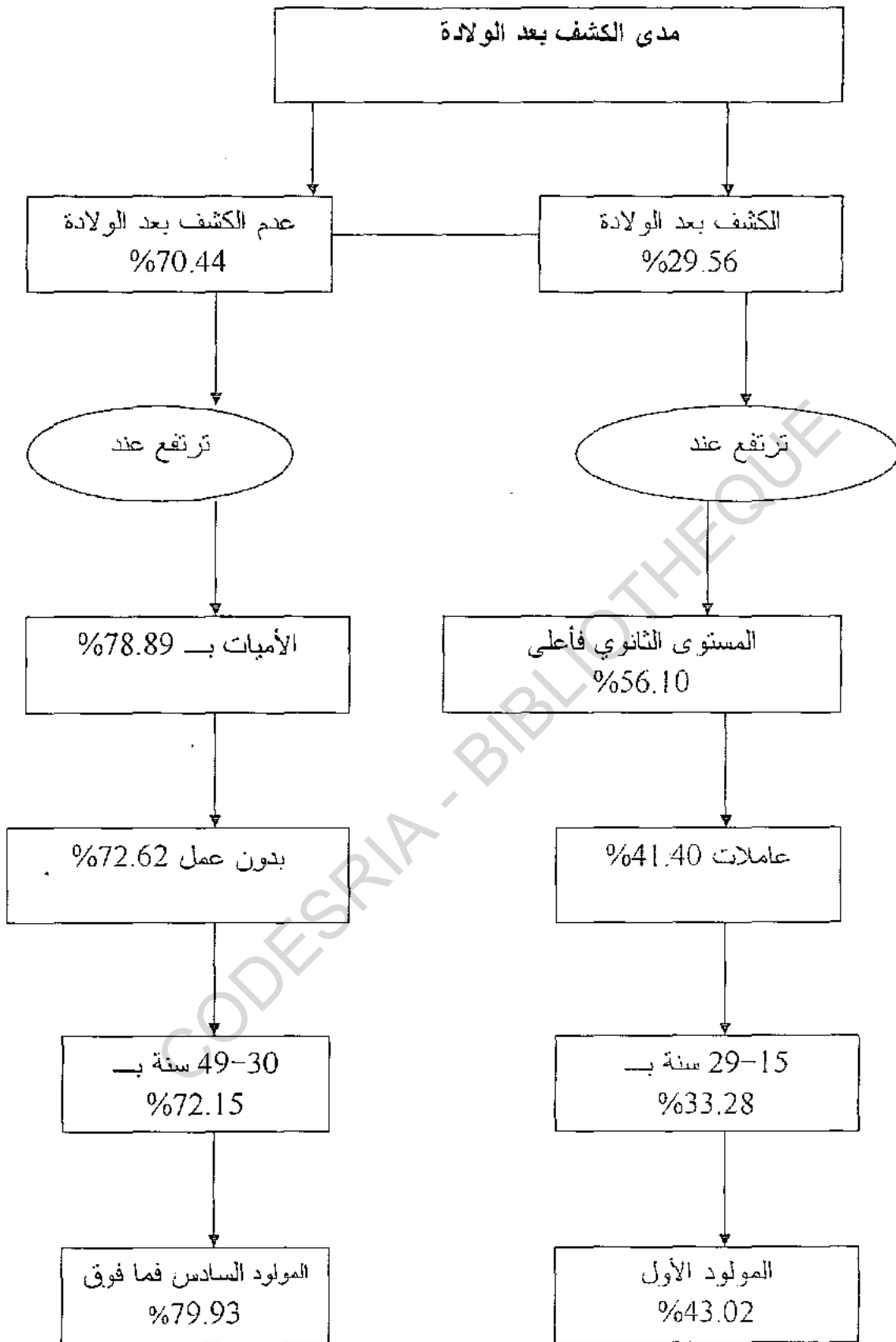


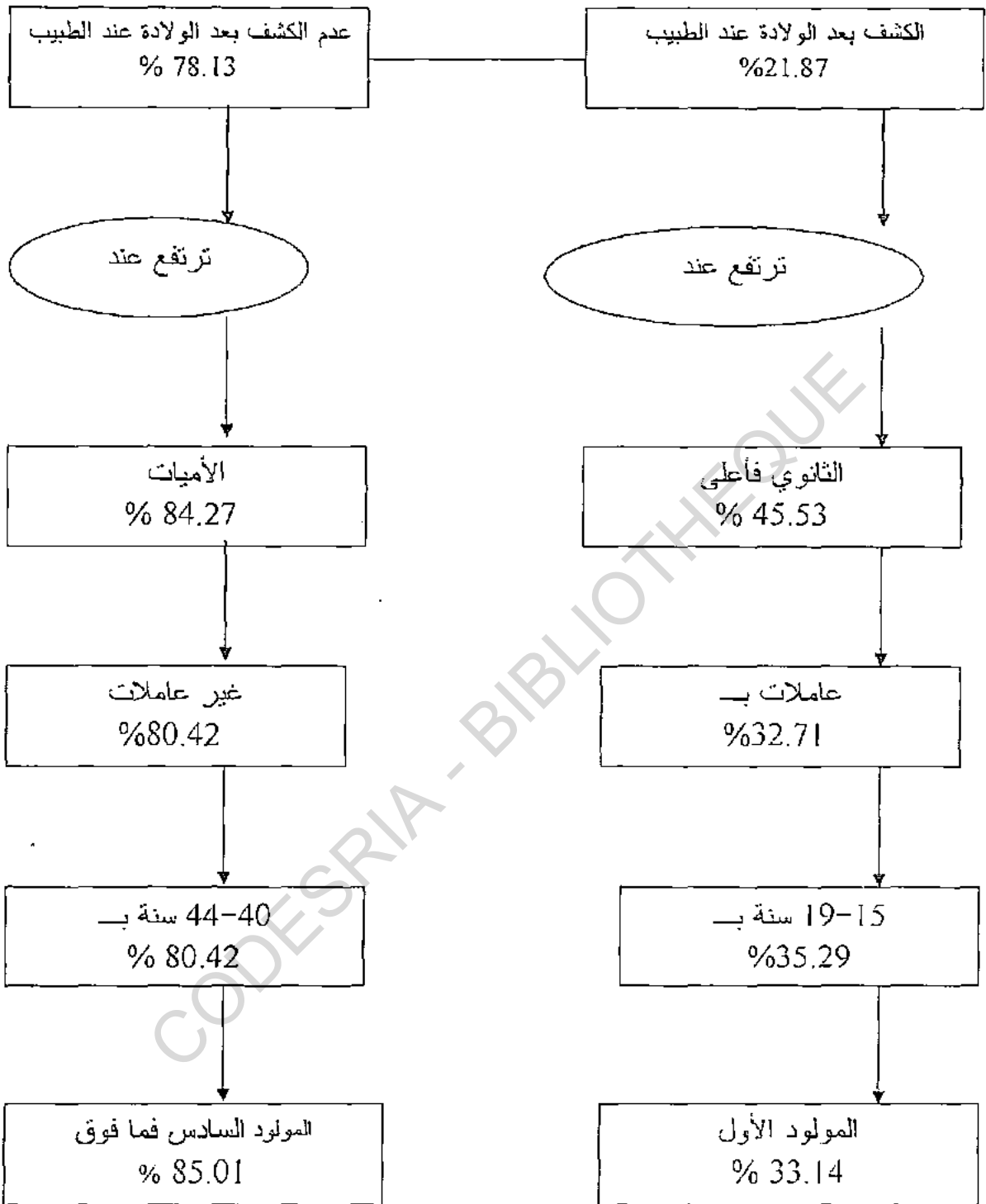
مدى التطعيم ضد التيتانوس



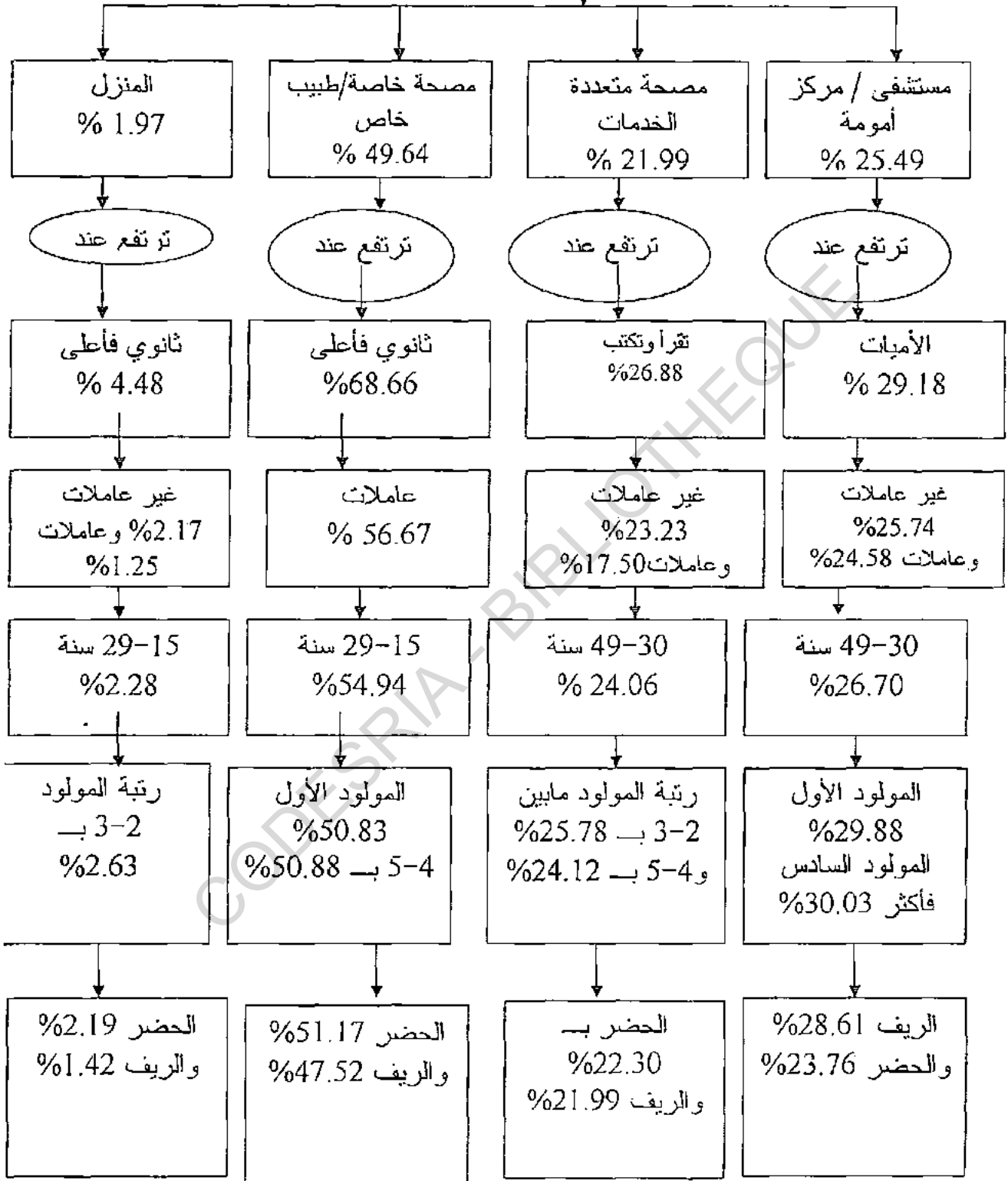
مكان الولادة

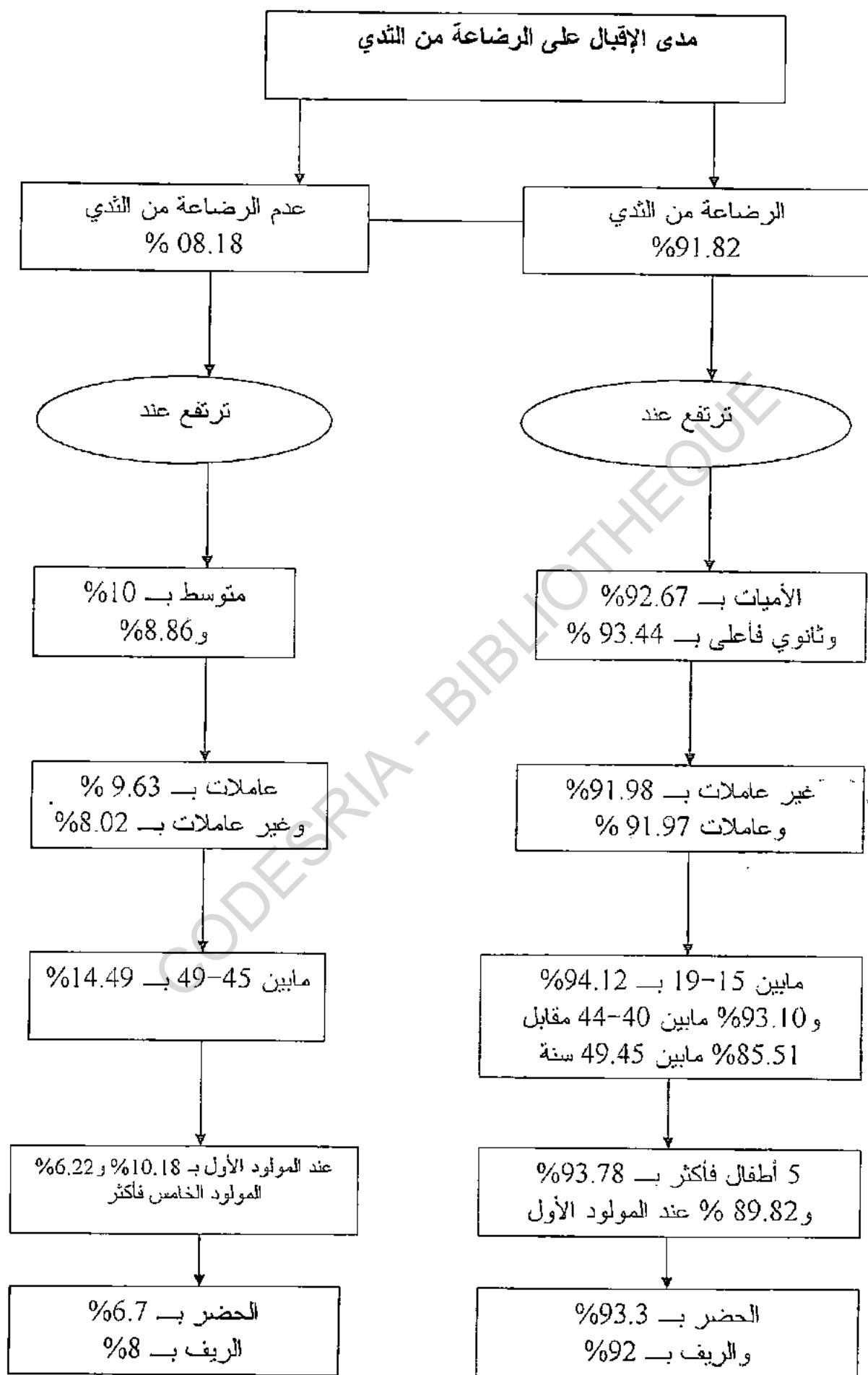






مكان الكشف بعد الولادة





و بهذه الأشكال المعبرة يتجلى لنا من واقع نتائج المسح الجزيئي لصحة الأسرة عام 2002. أن الرعاية الصحية أثناء الحمل و الولادة و النفاس لازالت في إطار مفهوم ضيق لدى العديد من النساء. و بأن حل هنا على شيء فإبما يدل على النقص في التوعية و الثقافة الصحية في مجال أهمية الإقبال على الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل و الولادة و النفاس. . و إن هذا المفهوم الضيق للإقبال أثناء الحمل وبعده أدى بالنساء الى الإقبال على الرعاية الصحية إلا في حالة تعرضهن لبعض المشاكل الصحية. و هنا تبرز صحة الفرضية الأولى التي مفادها :

" إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء العمل وبعده يرتبط غالباً بسواق توليدية أو طبية أكثر مما هي وقائية . "

واتضح من خلال نتائج المسح. تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية الديموغرافية على مدى إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل و الولادة و النفاس. حيث تبين دور التعليم في ذلك. فالمرأة المتعلمة تكون أكثر جرأة وأكثر ميلاً في متابعة الحمل وبعده. أكثر محافظة على إختيار حمل بدون خطر. فهي أكثر قدرة على إتخاذ القرار في مجال صحتها. أكثر تمكينا على التحدث مع أعران الصحة من أجل الحصول على المعلومات الصحية السليمة. وهذا ما التمسناه أكثر من خلال تطرقنا الى الدراسة الكيفية الذي سيأتي التفصيل على نتائجها . وفي هذا الصدد. لقد أكد المحللون الاجتماعيون بدورهم أن التعليم هو مفتاح لتمكين المرأة من جميع الأعمار من اتخاذ القرار فيما يخص صحتها. كما يعد عنصراً إيجابياً في عملية تحسين الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة⁽¹⁾.

كما أكدت مختلف الدراسات أن متغير التعليم. يعتبر من أهم المتغيرات التي تبرز في تأثير إقبال النساء على الخدمات الصحية أثناء الحمل وبعده. ومن أهم محددات إختيار المرأة بأمومة بدون خطر . (طاحون، مرجع سابق، ص 223) .

أكدت المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان أن "المرأة عندما تتعلم وتكون موفورة الصحة ليستفيد من ذلك كل من أسرتها و مجتمعها و أمتها" (عبيد. 2002. ص 1)⁽²⁾

(1)- أراجع الى (آن مازون، 1994، ص 139)

(2) - و هي رسالة موجهة من طرف ثريا احمد عبيد، المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، بمناسبة اليوم العالمي للسكان في 11 جويليا 2002 تحت عنوان : "الاتصال في الحرب على الفقر يتطلب مزيدا من الموارد للمرأة و للصحة الإنجابية" .

كما نادت بشدة في رسالتها الموجهة بمناسبة اليوم العالمي للسكان لـ 11 جويلية 2004، إلى الالتزام بتحقيق إمكانية حصول الجميع على التعليم، و على خدمات الصحة الانجابية بحلول عام 2015⁽¹⁾ .

كما اتضح من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة دور الحالة العملية للنساء المبحوثات في مجال مواجهتهن تجربة الحمل و الولادة و النفاس لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح، حيث أثر هو الآخر على مكانتهن في عملية اتخاذ القرار في مجال صحتهن و مدى استخدامهن الرعاية الصحية أثناء الحمل و بعده . و علاوة على ذلك برز دور كل من متغير العمر و رتبة المولود، حيث ترتفع الرعاية الصحية أثناء الحمل و الولادة و النفاس في أوساط النساء الصغيرات سنا ما بين 15-29 سنة عنها في أوساط النساء الكبيرات سنا ما بين 30-49 سنة، و في أوساط النساء اللواتي أنجبن طفلا واحدا أو ما بين طفلين إلى ثلاثة، مقارنة مع النساء ذوات رتبة المولود ابتداء من السادس فما فوق، و تبرز هنا صحة الفرضية الثانية و الثالثة، ألا و هي :

" يتأثر إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده تبعا لمستواهن التعليمي وحالتهن العملية " .

"كلما ارتفع سن النساء و رتبة المولود كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل و الولادة و النفاس " .

ولا يفوتنا و نحن بصدد عرض نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة، هو ضرورة التأكيد على عنصر بالغ الأهمية و المتمثل في الحرص على القضاء على الأمية و ليست الأمية بمفهومها الضيق و هو الجهل في القراءة و الكتابة، و إنما أبعد من ذلك هو عدم القدرة على الإمام بما يحيط بالنساء من مشاكل سواء اجتماعية أو اقتصادية، أو صحية، كون آثار الأمية على الأمومة يعد من أهم و أبرز المشكلات الجوهرية التي من واجب كل من الباحثين وواضعي السياسات الصحية الاهتمام بها أكثر.

وإن القضاء على الأمية، و على الجهل الصحي يأتي عن طريق التنقيف الصحي، الذي يرتبط بدوره بالوعي الصحي، و يعتبر التنقيف الصحي من أهم مجال من مجالات الصحة العامة، ويهدف أساسا إلى تغيير العادات و الاتجاهات والمفاهيم والممارسات الصحية، فهو يرتبط والخدمات الصحية أثناء مرحلة الحمل و الولادة و النفاس، و قد

(1)- ارجع إلى مضمون الرسالة في الملحق رقم (5) .

تكون طريقة التثقيف الصحي إما مباشرة و وجهها لوجه مع النساء الحوامل، أو عن طريق الجلسات التثقيفية بما تسمى "focus group" (مخلوفب ، 1991، ص. 193) كما يمكن لعملية التثقيف الصحي أن تكون بطريقة غير مباشرة في تواجد قناة الاتصال إما الإذاعة أو التلفزة، أو وسيلة أخرى .

و بهذه الطرق المختلفة من أجل تلقي عملية التثقيف الصحي، يمكن القضاء تدريجيا على العادات الغير صحية في مجال مواجهة الحمل و ما بعده، التي قد تكون مكتسبة نتيجة عملية وتأثير في الوسط الذي تعيش فيه النساء، و إن هذا الوسط أو البيئة يؤثر تأثيرا كبيرا على شخصيتهن و ما يكتسبونه من خبرات و اتجاهات و أنماط سلوكية اتجاه صحة الأمومة، و علاوة على ما سبق تسليط الضوء عليه من واقع نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 في مجال الرعاية الصحية أثناء الحمل و بعده، ارتأينا أن نبرز نتائج الدراسة الكيفية التي على إثرها حاولنا الالتفاتة إلى سرد تجارب مجموعة من النساء اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال خمس سنوات السابقة على التحقيق، وذلك في مجال معاشتهن ونظرتهم اتجاه الحمل و والولادة و النفاس، و تم التعرف على ذلك في ظل البناء و الظروف الثقافية السائدة لكل حالة من حالات الدراسة الكيفية، و هذا ما سنوضحه في أعقاب الفصل الآتي رقم (7) .

الصفحة	الفصل السابع : نتائج دراسة الحالة رؤية تحليلية
298	1- إستعراض الحالات المتعمقة.....
300	2- خصائص دراسة الحالة.....
301	1-2- الحالة الأولى: "نادية".....
309	2-2- الحالة الثانية "سمية".....
312	2-3- الحالة الثالثة: "أمال".....
315	2-4- الحالة الرابعة: "زهرة".....
318	2-5- الحالة الخامسة: "بابة".....
321	2-6- الحالة السادسة: "ياسمينه".....
324	2-7- الحالة السابعة: "فتيحة".....
327	2-8- الحالة الثامنة: "صورايا".....
331	2-9- الحالة التاسعة: "حمينة".....
334	2-10- الحالة العاشرة: "نجاه".....
337	3- رؤية شاملة لمعايشة ونظرة المبحوثات تجربة الحمل والولادة والنفاس...
338	3-1- معايشة الحمل والنظرة إليه.....
350	3-2- معايشة الولادة والنظرة إليها.....
353	3-3- معايشة النفاس والنظرة إليه.....
356	3-4- رعاية المولود الجديد.....
358	4- دور الزوج في مشاركة الزوجة تجربة الحمل وما بعده.....
360	5- الإحتياجات في مجال صحة الأمومة.....

1- استعراض الحالات المعمقة:

بالإضافة إلى الدراسة الكمية التي سلطنا فيها الضوء على واقع صحة الأمومة في الجزائر بما فيها متابعة النساء غير العازبات الحمل والولادة والنفاس ومدى تأثير العوامل الاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية عليها من خلال نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة الذي أنجز عام 2002، نسعى من خلال هذا الفصل إضفاء الدراسة من جانبها التحليلي مستعينين في ذلك بأسلوب دراسة الحالة الذي يعد مصدرا أساسيا من مصادر جمع البيانات الكيفية، حيث نسعى من خلاله إلى اكتشاف بعض الظواهر، والاستفسارات التي تخدم أهداف البحث، وإلى تطوير إطاره المنهجي بهدف معرفة نظرة ومدى معايشة النساء تجربة الحمل والولادة والنفاس بما في ذلك المشاكل الصحية التي صادفتها، وكذا احتياجاتهن الغير ملبأة اتجاه صحة الأمومة.

كما توسعت الدراسة الاستكشافية إلى تسليط الضوء على دور الزوج في مشاركة المرأة تجربة الحمل والولادة وما بعدها، وبهذا لقد تطرقنا إلى مفهوم عالم الأمومة من خلال المقابلة المعمقة لمجموعة من النساء غير العازبات في سن الإنجاب اللواتي أنجبن آخر مولود خلال الخمس سنوات الماضية على التحقيق، وبدأ تنفيذ الدراسة الميدانية من شهر مايو إلى غاية شهر سبتمبر لعام 2004 وذلك بفترات متباعدة، وعلى إثرها تم مقابلة خمسة عشرة حالة ومن بينهم عشرة حالات تمت بنجاح، ويتوقف تحليل دراسة الحالة عند هذا العدد لكوننا توصلنا إلى مرحلة الإشباع، أما البقية لم تكن كاملة من حيث المعلومات.

وتم جمع المادة بالاستعانة بدليل المقابلة والموضحة في الملحق رقم (8)، وتم تسجيلها كتابة، ففي بداية التحقيق حاولت تسجيل المحادثات عن طريق استخدام أشرطة التسجيل، ولكن لم تنجح الطريقة حيث خلقت جوا مقلقا للمبحوثة، لم تكن مرتاحة في سرد حياتها الإنجابية بما فيها تجربة الحمل الأخير، وبالخصوص في الأمور الحساسة كمسألة العلاقات الجنسية أثناء الحمل وبعده، وبالتالي كنت أسعى في كل مقابلة أن أترك المبحوثة تلقائية في التحدث معي، كما حاولت جعل المقابلة عموما ودية ومريحة، وغلبها الطابع المرن الغير الموجه، حيث تركت المبحوثة تحكي وتتحدث بارتياح حول نظرتها إلى الزواج، الإنجاب، الأمومة بما فيها الحمل والولادة والنفاس، وأهم المشاكل الصحية التي تلقاها واتجاهاتها ومعارفها، اتجاه ذلك فتمكنا من وضع جوا متعاطفا، سادته الثقة المتبادلة، وفي بعض الحالات، كانت تتقلب الأدوار بأسئلتهن الموجهة إليّ، ولكن كنت

أُتدخّل حالة شعوري بالحاجة إلى الكتابة والمزيد من الإيضاح والتفصيل حول ما يجيب انشغالاتي.

كنت أحس في بعض الحالات خجل المبحوثات عندما تتحدثن عن العلاقات الجنسية، واتضح ذلك من خلال الملامح التي بدت على وجوههن، وكذلك من خلال إجاباتهن على الأسئلة حيث كانت تمر عليها بطريقة سريعة، وتنتقل بسرعة إلى مسألة أخرى، وبهذا لم نحترم تسلسل الأسئلة الموضحة في دليل المقابلة، وكان ذلك حسب مدى تقبل المبحوثة أو رفضها أو ترددها في الإجابة على بعض الأسئلة.

وتجدر الإشارة إلى أنه تم تغيير بعض أسماء المبحوثات من أجل حماية هويتهم، وهذا طلباً منهم.

وبهذا لقد أدى هذا النوع من الدراسات إلى الكشف على الكثير من الحقائق والمعلومات الدقيقة الغير موجودة في الدراسة الكمية التي سبق وأن أشرنا إليها، إلا أنه ما يتم التوصل إليه لا يمكن تعميمه على جميع الحالات الأخرى وخصوصاً إذا ما كانت العينة غير ممثلة لمجتمع الدراسة كما هو الحال في نتائج دراسة الحالات العشرة التي نحن بصدد عرضها بالتفصيل.

وللإشارة، إن تحقيق هذا النوع من الدراسات ليعد من بين التجارب الأولى من نوعها، بالرغم من تجريبي المتعددة للدراسات الميدانية التي تمت على مستوى مراكز البحوث إلا أنني وجدت صعوبة في تحقيق وتنفيذ "دراسة الحالة"، وتمثل ذلك بالخصوص في المدة المستغرقة مع كل مبحوثة حيث وصلت أحياناً إلى أربعة ساعات وأكثر وأيضاً طريقة عرض نتائج دراسة الحالة وذلك عن طريق القراءة في البداية المادة التي جمعتها، وحاولت على إثرها استخراج وإبراز الكلمات⁽¹⁾ التي ترددت في المقابلة، حيث هناك بعض الكلمات، يختلف معناها من مبحوثة إلى أخرى لما نقول المبحوثة :

"يحبّني راجلي" تنظر كل مبحوثة ذلك بطريقة الخاصة، حيث هناك من ترى احترام الزوج إليها كدليل على حبه لها، وترى الأخرى أنه مغرم بها لأنه كان زواجا مبني على حب، وهناك من ربطت الحب بتلبية الزوج منطلقاتها من مأكّل وملبس....إلخ.

⁽¹⁾ - تفاصيل أكثر ارجع إلى ص 144

وكلمات أخرى كالحمل " صعب "، كل مبحوثة تفسر وتنتظر " الصعوبة " حسب إحساسها ومعاشيتها لتجربة الحمل، وبهذا حاولت- قدر الإمكان- ربط ذلك في سياق اجتماعي - ثقافي، ويجرنا هذا الأخير إلى إبراز دور وقيمة وفعالية المدخل الأثنروبولوجي الطبي⁽¹⁾ الذي غاب كثيرا في الدراسات التي تناولت هذا النوع من المواضيع، إذ يعد مدخل لم يكتب عنه الكثير بعد، وبالخصوص في مجال الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة وعلاقتها بالعوامل الاجتماعية والثقافية، وبالتالي إبراز أهمية العوامل الثقافية في الصحة والحمل والولادة.

وبهذا سنعرض في ثانيا هذا الفصل نتائج دراسة الحالات العشرة مع إبراز كل حالة لوحدها ثم حوصلة الحالات العشرة بإعطاء رؤية تحليلية اجتماعية التي تتضمن كل من معاشية ونظرة المبحوثات لتجربة الحمل والولادة والنفاس، والعناية بالمولود الجديد، ومحاولة التطرق إلى عنصر بالغ الأهمية والمتمثل في دور الزوج في مشاركة الزوجة تجربة الحمل وما بعده، وختمنا الفصل بالتطرق إلى أهم احتياجاتهن التي صرحن بها اتجاه مواجهة تجربة الحمل والولادة والنفاس.⁽²⁾

2- خصائص دراسة الحالة:

كما سبق الإشارة إليه، تطرقنا إلى عالم الأمومة كان بواسطة أسلوب دراسة الحالة الذي تم على أساسه إجراء مقابلات معمقة مع مجموعة من النساء غير العازبات اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال الخمس سنوات السابقة للتحقيق، والتي قدرت بخمسة عشرة حالة، ثم حددت المجموعة إلى عشرة حالات لكونها استجابت لمتطلبات الدراسة.

تنتمي مجموعة البحث إلى شريحة عمرية متنوعة أصغرها تبلغ 23 سنة، وتصل أكبرها إلى 40 سنة منها من توقفت عن الدراسة عند المستوى التعليمي المتوسط، ومنها الجامعيات، عاملات وغير عاملات، فاطنات في الجزائر وضواحيها، جلهن تسكن في

⁽¹⁾ - تعرف الأثنروبولوجيا الطبية بأنها >> دراسة كلية مقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية<<. (د. مكاوي، 1994 ص. 17).

⁽²⁾ - ونلفت انتباه القارئ أنه يوجد بعض النقاط الجديرة بالإشارة إليها لكنها غير موجودة في كل الحالات العشرة وهذا لتفادي التفسيرات والالتفاتات المتكررة وتتمثل أساسا في نظرة المبحوثات إلى الزواج وإلى الإنجاب، وكذا رعاية المولود الجديد وحاولنا إبرازها في العنصر الثالث من الفصل.

شقة وجلهن تملكن كل المستلزمات من جهاز تلفزيون، تسخين، حمام، مرحاض، كهرباء، برابول، غاز طبيعي، والأقلية منهن لا تملكن الغسالة وكذا السيارة، وقدر متوسط عدد الأطفال المنجبين بحوالي 2.3 طفل، منهن من أنجبن طفلا واحدا وبالتالي تعد التجربة الأولى في الحمل، ومنهن من اكتسبن خبرة في الإنجاب حيث وصلت إلى 5 أطفال. وبهذا نحاول عرض تجربة أمومة كل حالة بالتفصيل، أين نجد في كل حالة منها بعض الفقرات المستمدة والمتردة على ألسنتهن، وتكون إما باللغة الدارجة، أو باللغة العربية أو الفرنسية، كما حاولت قدر الإمكان استخراج والتركيز على الكلمات والتعبيرات الدالة، وهذا من أجل إثراء مضمون كل من الحالات العشرة، وتخصيص بانوراما لكل حالة. وفيما يلي سنعرض بالتفصيل الحالات العشرة.

2-1- الحالة الأولى "نادية":

يوم السبت 17 / 04 / 2004 من 10 سا - 13 سا 00.

تبلغ نادية 36 سنة من العمر، وهي تقطن في القبة، في فيلا ذات 4 غرف، تتكون أسرتها من 4 أفراد، الزوج، الزوجة، الحماة والمولود الجديد. تعمل نادية كعاملة إدارية في الجامعة، توقفت عن الدراسة عند المستوى التعليمي ثانوي، وتزوجت وعمرها 35 سنة، وعمر الزوج 40 سنة، حاصل على مستوى تعليمي ثانوي وهو يعمل كعامل في وزارة الشؤون الدينية، ويتراوح دخلهما ما بين 10000-20000 دج.

يتسم منزل نادية بالاتساع على حسب قولها، حيث تتوفر فيه كل السلع المعمرة من جهاز تلفزيون، ثلاجة غسالة، سخان، وكذا السيارة. بالتحديد أنجبت نادية بنتا، وعمرها 5 أشهر، ترى أن الإنجاب ضرورة اجتماعية والعمر المثالي لإنجاب الطفل الأول هو قبل 30 سنة، والطفل الأخير قبل 40 سنة، وحسب رأيها فالمرأة التي تنجب في صغر سنها تجتاز تجربة الحمل بسهولة، كما ترى أن الزواج يعني الأطفال بقولها "Le mariage c'est des enfants" لأن <<المُجْتَمَعُ مَا يَرْحَمُشُ، وَنَبْدَاهَا مِنْ الْعَائِلَةِ>>.

فيما يخص عملية اختيار القرين الذي يعد من أهم القضايا التي تواجهها المرأة في مرحلة ما قبل الزواج، تصرح نادية أنها تزوجت زواجا تقليديا من طرف الأسرة، وأتيحت لها الفرصة أن تخرج معه حوالي 4 مرات خلال ثلاثة أشهر.

وواصلت الحديث مع نادية حول مسألة أخذ القرار في مجال تنظيم الأسرة، فصرحت أنها هي الوحيدة التي تأخذ القرار وقالت:

" Espacement des naissances c'est moi qui prend la décision, houwa rajal, wana mra, basah nasmalou, wbaadin ndir rayi", " je suis intelligente dans ce coté".

كما أكدت نادية أنها تتحدث مع زوجها في كل الأمور المتعلقة بحياتهما الزوجية بما فيها اتخاذ القرار اتجاه الأمور المنزلية، المستقبل، المشاريع، عدد الأطفال المرغوب إنجابهم. وبهذا يتضح أنه هناك تواصل بين الزوج و الزوجة في مجال الاتفاق بشأن حجم الأسرة وتنظيمها، وحسب تصريحاتها، أنها لديها سلطة في ذلك، ولكن يبدو أنه نادرا ما يتحدثان مع بعضهما البعض عن القضايا المتعلقة بالعلاقات الجنسية، والأمراض المنقولة جنسيا، حيث يكون التحدث أكثر مع الصديقات، كما أكدت أنها تفضل سماع المعلومات الصحية من طرف أعوان الصحة بما فيها المواضيع المتعلقة بالدورة الشهرية، كيفية الوقوع في الحمل، وكذا مختلف وسائل استعمال موانع الحمل، وتفضل أن يكون جنس المرشد " أنثى "، وأرجعت ذلك إلى الجانب الديني، وكذا ارتياحها للمرأة أكثر من الرجل حيث تردد على لسانها كلمة " نحشم " " ما نكوتش ألاز مع الرجل".

وواصلت الحديث معها، حيث أقيبت عليها سؤال مفتوحا وهو: ما هي نظرتك إلى الحمل؟ وكيف عشت تلك التجربة؟ احكي لي بالتفصيل من بداية التعرف على الحمل حتى النهاية أي الولادة وما بعدها.

تتظر نادية إلى الحمل أنه هو " القلق"، " الخوف" وأرجعت ذلك إلى شخصيتها، وإلى تجربتها السابقة للحمل التي انتهت بولادة مزيفة "Fausse couche". وقالت في هذا الصدد:

"La grossesse c'est le stress, l'angoisse, je crois que c'est ma personnalité, je veux avoir un bébé en bonne santé, je pensais sérieusement parce que j'ai fais avant cette grossesse, une fausse couche".

وتعرف نادية صحة الأمومة بضرورة مراقبة الحمل وكررت كلمة المراقبة ثلاثة مرات، وكذلك التغذية الجيدة للحامل والجنين، والراحة أثناء الحمل ثم بدأت تسرد نادية تجربتها الأخيرة للحمل وأهم المشاكل الصحية التي صادفتها أثناء فترة الحمل ولكن بدأت

سرد تجربتها الأولى للحمل التي انتهت بولادة مزيقة، لم أرغب توقيفها عن الكلام وتقييدها في سردها إلا تجربة الحمل الأخير، لأن تجربتها الأولى حديثة حيث عاشت تلك التجربة القاسية في شهر أكتوبر 2002، التي على إثرها انتقلت إلى طبيبة مختصة في النساء والموجودة في " القبة "، وكانت في شهرها الثاني ونصف من الحمل حيث أصيبت بدوخة وقيئ مستمر، وبعد الفحص أكدت الطبيبة لنادية أن الحمل سوف لن يستمر، فكانت الصدمة كبيرة لها، وأول شخص لجأت إلى إخباره هو الوالدة، ثم جاء إخبار الزوج في المرتبة الأخيرة وصرحت بقولها أنها كانت خائفة من الزوج والحماة:

" Mon mari était le dernier, j'avais peur de lui et de ma belle mère".

ودام الخوف والاختناق: "Angoisse" حوالي خمسة أشهر، حتى فترة قدوم الحمل الثاني، خلال هذا الأخير أخذت عطلة مرضية، وراقبت حملها بطريقة مستمرة ومتكررة ومنظمة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وقدرت عدد الزيارات طوال فترة الحمل بحوالي تسعة، وقالت في هذا الشأن: << كل ما نشك، ويكون عندي الوسواس نروح لطبيب، عملت تحاليل بزاف >>.

وكانت نادية مصابة بمرض اسمه Toxoplasmose¹، وبهذا كانت جد خائفة على الحمل الثاني أن لا يستمر، وواصلت الحديث حول كيفية معرفة جنس المولود فصرحت بطريقة الإيكوغرافيا، وحسب ثقافتها الشعبية أن المرأة إذ كانت خاسة فالمولود هو ذكر، وإذا كانت " مزيانة " فيكون المولود أنثى.

أما عن الخدمات الصحية المقدمة، كانت تفضل نادية الذهاب دائما إلى الطبيب الخاص لأنها إنسانة مهووسة (Maniaque)، وعصبية وصرحت أنها تحب الاستقبال الحسن، ونظافة المكان وهذا ما وجدته عند طبيبتها الموجودة قرب مسكنها، وتتنظر نادية إلى المنشأة العمومية وعلى رأسها المستشفى، أنه لا يعطي الاهتمام بالمريض، بينما عند الخواص فإنها ترى أن الطبيب يستغرق وقتا طويلا مع المريض، كما نراه في نفس الوقت أخصائي نفساني وصرحت أن:

1-Toxoplasmose: << c'est maladie fréquente, bénigne pour les enfants et les adultes, souvent méconnue, mais qui chez la femme enceinte, entraîne de graves lésions du fœtus. Le toxoplasme est un petit parasite en forme de croissant, localisé dans les cellules mononucléées. Il atteint de nombreux animaux et l'homme, mais le chat est le seul mammifère qui permette la maturation des formes sexuées. L'homme se contamine par de la viande mal cuite ou par un contact avec le chat >> (Domart, et Bourneuf, op.cit, p.781)

<<Le privé c'est avec de l'argent، le public il s'en fou، mon médecin me donnait des conseils، elle restait une heure de temps avec moi، elle était très psychologue avec moi>>.

وأهم الأعراض الصحية التي تلقتها نادية خلال فترة الحمل، تمتأت أساسا في الصداع الرأسي الذي كان يصيبها يوميا بالدرجة أنها كانت تأخذ خمسة إلى ثمانية أقراص يوميا.

فيما يخص سلوك المرأة اتجاه التغذية أثناء الحمل، والذي يعد من الأمور الهامة، حيث نجد للغذاء علاقة مباشرة بصحة الأم، كما أن له أثر بليغا في نمو الجنين، وفي هذا الشأن نجد نادية واعية كل الوعي بهذه الأهمية القصوى للغذاء أثناء الحمل وبعده، وذكرت أن العدس واللحم والخضروات من المأكولات التي تجلب الدم للمرأة الحامل، وأكدت على أكل السلق لأنه يجلب الحديد.

أما عن الموانع، كانت نادية حريصة على صحتها حيث منعت على نفسها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل أكل الكاشير والمرقاز، وكانت تأكل حسب تصريحاتها لحما طازجا بطريقة جيدة .

وحاولت أن أعرف ما إذا كانت بدراية عن مدى إباحة العلاقات الجنسية أثناء الحمل، فبالرغم من أنها مسألة جد حساسة وحرجة إلا أنها أجابت بكل طلاقة أنها مباحة وصرحت بقولها:

<<Pour les rapports sexuels، au contraire ça aide à l'accouchement، c'est des moments، on est très compréhensible dans ce domaine>>.

وتؤكد أن العلاقات الجنسية تسهل الولادة، ومن هذا المنطلق سألتها عن الولادة وكيفية معايشتها ذلك الحدث، حيث تراه صعبا للغاية، فالولادة بالنسبة لنادية هي الألم، تقلصات عسيرة، وتمت الولادة الأخيرة في مستشفى القبة لأن ابن عمها يشتغل هناك وكررت كلمة ولادة " واعرة " أي صعبة ثلاثة مرات وحسبها ترى أن ولادة الذكر أسهل من ولادة الأنثى، وأرجعت سبب ذلك لسهولة خروج الذكر عن الأنثى، وللإشارة لم تجرب نادية ولادة الذكر، وإنما إحساسها دفعها إلى التفكير والنظرة بهذه الصورة، وكانت ولادتها محرضة "Accouchement provoqué" ، وصرحت في هذا الشأن:

<< Mon médecin ma provoqué l'accouchement avec un médicament، j'ai oublié le nom du médicament، j'ai eu des contractions de 10 à 15 minutes، des douleurs atroces، j'ai passé de mauvais moments، j'ai eu des complications qui ont duré quatre heures، je suis restée avec des douleurs jusqu' à 10h du matin، après j'ai accouché>>.

وبالرغم من كل هذه المعاناة إلا أن نادية كانت جد فرحة بالمولود الجديد، وصرحت أنها كانت بين أيدي طبيب ممتاز، وقابلة ممتازة، وكان << كي الحلم>> وبقيت في المستشفى ليلة واحدة.

وفي مقابل فرحة قدوم المولود الجديد وهو بنت، توفي في نفس اليوم حماها، وهنا تأتي صدمة ثانية لحالة نادية.

فيما يخص فترة النفاس، تصرح نادية أنها كانت مدلعة في تلك الفترة من أكل جيد وكامل، وراحة جيدة، وكذا الفرحة التي عمت البيت، وأثناء هذه الفترة وبعد عشرة أيام ذهبت إلى طبيبتها الخاصة لنزع الخيط، والمراقبة الصحية، وواصلت الحديث معها حول مدى استعمالها وسيلة لمنع الحمل فصرحت أنها لم تقبل على الاستعمال بسبب رغبتها في إنجاب طفل آخر، وصرحت بقولها:

<< Je n'ai pas utilisé de moyens contraceptifs، par ce que je veux avoir un autre enfant، après le deuxième، je me déciderai>>.

وأرجعت سبب رغبتها في إنجاب طفلا آخر إلى مشكل العمر، ولكن، في المقابل يرفض زوجها فكرة إنجاب طفل آخر، وهذا بالرغم من تأكدها أن لها السلطة في أخذ القرار اتجاه الإنجاب ولكن تصرح بطريقة حزينة أن الزوج يراقب نفسه بطريقة مستمرة أثناء عملية الجماع، حيث يستعمل طريقة العزل، وفي كل مرة كان يقول لها أنه ليس الوقت مناسب لإنجاب طفل آخر، وبهذا نلاحظ أن عملية اتخاذ القرار تعود بالدرجة الأولى إلى الزوج وليس إلى الزوجة.

وصرحت نادية أنها مازالت تقنعه في كل وقت الجماع برغبتها في الإنجاب، فهي صبورة، أما عن الرعاية بالمولود الجديد، نجد نادية حريصة كل الحرص على صحة وسلامة بنتها، وهي واعية كل الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية حيث كانت ترضعها

يومياً بـ 3 إلى 4 مرات، وكررت نادبة ثانية مدى تعطشها لسماع نصائح الأطباء حول كل ما يتعلق بصحة الأم والطفل، وتفضل كما سلف وأن ذكرت جنس الطبيب أنثى، وصرحت هذه المرة أنه حرام للمرأة أن تكشف إلى الطبيب الرجل، بما أنه حسب رأيها هناك طبيبات، فلماذا تقبلن النساء إلى الرجال؟.

وحاولت ختام اللقاء بمعرفة نظرتها اتجاه دور الزوج وعملية الإنجاب من جانب اجتيازها تلك التجربة، فتري أن زوجها عطوف معها، صبورا، وصرحت نادبة بأنها تحبه، ولكن ليس الرجل الذي كانت تتخيله قبل الزواج، وهذا بقولها:

<<Je l'aime، mais ce n'est pas ce que je m'attendais، je cherche le parfait، ce n'est pas l'image que j'avais d'un mari، mais il a des qualités، si je l'ai besoin، je le trouve>>.

توقفت نادبة قليلا، ثم واصلت الحديث معي في نفس الموضوع، وهو أن مشكلة زوجها أنه لا يسأل عنها إذا ذهبت إلى الطبيب من أجل الكشف وقالت: <<يُحِبُّ يُشَوِّفِي حَتَّى نَطِيحُ فَرَّاشَ بَشْ بِسْأَلِ عَلَيَّ>>، وتري أن زوجها أصبح يهتم أكثر بالبيت، ويلبى طلباتها.

وسألت نادبة حول أهم احتياجاتها في مجال صحة الأمومة، فصرحت أنها تريد أن تتغير وتنزع هذا القلق والخوف والمرتبب أساسا أثناء طول فترة الحمل، وتقول في هذا الشأن:

" Je veux changer un peu، enlever l'angoisse، je serais incapable de voir un enfant handicapé، j'ai besoin d'un psychologue avant de tomber enceinte".

تحتاج نادبة حسب تصريحاتها إلى نصائح وتربية صحية اتجاه الإنجاب، والحمل، والصحة الإنجابية حيث ترغب التنقيب في هذا المجال، وتأسف عدم وجود حصص تلفزيونية في القناة الجزائرية تبث هذا النوع من المواضيع، وهي تجد راحتها في القنوات الأجنبية، حيث تشاهد في قناة TV5 حصة حول " الأمومة " والتي تبث على الساعة التاسعة ليلا. وصرحت نادبة في الأخير، أن الزواج غيرها كثيرا، حيث ضحت بعدة أشياء، وقالت: " كان رأيي يمشي قبل الزواج " ولكن ترى حياتها مقيدة بينها وبين زوجها، وكذا أشارت إلى شخص ثالث ألا وهو الحماة، حيث ترى أنها تتدخل كثيرا في

حياتها الزوجية، وبالخصوص في الأشهر الأولى من الزواج حيث كانت- حسب تصريحاتها- تسيطر حول كل الأمور المنزلية من طبخ، من مصاريف البيت، ديكور البيت، ولكن انخفضت سلطتها مع مرور الوقت، هذا من جهة، وسيطرة الزوج والتحكم في بعض الأمور من جهة ثانية كان الأمر يثقلها جدا.

وبهذا الاستعراض المفصل من حيث المقابلة المعمقة مع نادية والتي استغرقت حوالي ساعتين ونصف، وللإشارة كنت في بعض الأحيان أسألها عن بعض الأمور التي بدت لي غامضة وهذا بعد اللقاء العمق، يبدو أن تجربة نادية كانت جد قاسية، ومررت بحمل صعب، حيث عاشت فترة القلق، والإضطراب الذي دام خلال طول فترة الحمل، وهذا نتيجة مخاوف الحمل الأول الذي انتهى بولادة مزيقة، وهذا الأخير أثر بدوره على الحمل الثاني وذلك من جانب حالتها النفسية والاجتماعية، وكان مصدر القلق أحيانا سبب في مقاومة ومراقبة الحمل باستمرار، لأنها كانت خائفة أن تلد طفلا معوقا، وهذا الخوف بعد ذاته سبب الكثير من القلق والعصبية اتجاه نفسها، والأشخاص المحيطون بها، ويأتي على رأسهم الزوج والحماة، فرفضها فكرة أن تلد مولودا معوقا ارتبط بتجربتها المؤلمة في حياتها الإنجابية والتمثلة في الولادة المزيقة، وبالتالي تولدت لدى نادية مخاوف شعورية كتبت منذ أن مرت بهذه التجربة، فخوفها أدى بها إلى أن تقوم بمتابعة حملها باستمرار، وعند الطبيب الخاص، لأن العلاج المجاني حسب رأيها لا يعطي الاهتمام والوقت الكاف إلى المريض، وبالإضافة إلى الطابور أيضا.

وترى أن القطاع الخاص هو المكان المناسب الذي تشعر فيه المرأة الحامل بالاطمئنان الكامل لها ولجنينها، وهذا ما أحست به خلال اجتيازها مرحلة الحمل، وتمت الولادة في المستشفى، واستمر الإشراف عليها بعد الولادة عند نفس الطبيبة التي تابعتها خلال طول فترة الحمل. وتردد على لسان نادية كثيرا كلمة "Angoisse"، "Stresse" ويمكن إرجاع ذلك أيضا إلى تجربتها الأولى للحمل والتي أثرت على الحمل الثاني، وأيضا إلى الظروف التي أحاطت بها وعلاقتها بالخصوص مع الحماة التي كانت تتحكم باستمرار في حياتها الزوجية، ولا يخفى علينا أن تأثيرات أشكال "Stress" يؤثرون على الصحة ويتحكمون أيضا بالوسط الاجتماعي - الثقافي أين يعيش فيه الأشخاص وهذا

ما أكدته دراسات عدة وبطريقة متكررة على أن المتغيرات الإجتماعية - الثقافية تؤثر على الصحة والمرض (1).

وبهذا نستنتج أن نادبة مرت بأمومة مضطربة، كما خلق لها صراع يعبر عنه بأنواع من السلوك، وخلقت هذه السلوكات هي الأخرى ما يسمى بالآثار الدائمة التي تتكون نتيجة لخبرات وتجارب مرت بها، والتي أثرت بدورها في شخصيتها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل فكما سبق وأن أشرنا أنها عاشت القلق والخوف من الولادة المزيفة، وفي هذا الصدد يوضح الأخصائيون أنه يوجد نوعين من آثار أو سلوك المرض في المريض، ولو أننا لا نعتبر الحمل كمرض لأنه بالعكس هو حدث تمر به كل امرأة، ولكن الولادة المزيفة تركت لنادبة آثار دائمة، >> وهي تتكون نتيجة لخبرات وتجارب أثرت في تركيب الشخصية أثناء المرض وتأخذ صورة تشاوم أو تردد أو مخاوف تتاب المريض وتبعث هذه الأعراض وجدانها تتعلق بالمرض كالخوف من الموت أو الشعور بالنقص، كما قد تأخذ صورة تدلل وحساسية واستغلال، وما إلى ذلك تبعاً للتجارب التي مر بها الفرد. (د. مخلوف، مرجع سابق، ص. 80). وهذا بالفعل ما عاشته نادبة طول فترة الحمل (2).

وفي الختام، بدت نادبة مرتاحة معي بدليل أنها طابت جلسة ثانية، ويرجع سبب هذا الارتياح أنني تركتها تتكلم بكل حرية وبدون أي حرج، تمت المقابلة بطابع مرن، غير مقيد إلا أنني كنت أ تدخل أحيانا عندما كنت أشعر أنني في حاجة ماسة إلى المزيد من التوضيح، وكانت الجلسة تلقائية، وفي النهائية أفنعت نادبة بأنها لا يجب أن تترك نفسها فريسة للقلق والخوف والاضطراب فالحياة تستمر بكل صعوباتها.

(1) ->> Les effets que différentes formes de stress ont sur la santé sont fortement conditionnés par le milieu social et culturel dans lequel vivent les individus. Des études transculturelles conduites sur de grandes échelles ont indiqué de manière répétée que les variables socioculturelles influencent la santé et la maladie>>. (corin, 1994, p. 103

(2) - ويمثل النوع الثاني وهو الآثار المؤقتة وهو عبارة >> عن أعراض سلوكية لم تعرف في شخصية المريض ولكنها تظهر في بعض المراحل المرضية الحرجة كالاعتماد على الغير وسرعة الإستشارة أو شدة الحساسية والرجوع إلى بعض ألوان السلوك الخاصة بالطفولة كالبكاء والتشبث بأشياء تافهة وما إلى ذلك من ألوان التصرفات غير المألوفة في حياتهم>>. (د. مخلوف، مرجع سابق، ص. 80)

2-2- الحالة الثانية " سمية " :

الأحد 25 / 04 / 2004 من الساعة 9 سا 30 دقيقة إلى غاية 11 سا 30د.

تبلغ سمية 37 سنة من العمر، وهي متزوجة مع رجل عمره 38 سنة مهندس في الإعلام الآلي، وكلاهما ذو مستوى جامعي، وهي عاملة كمساعدة رئيسية في الإدارة، تعيش سمية وحدها مع زوجها وبناتين، الأولى عمرها 6 سنوات من العمر، والثانية تبلغ سنتين من العمر، في منطقة محمدية، المنزل به ثلاثة غرف، وهم 4 أشخاص، تمتلك كل السلع المعمرة ماعدا الغسالة والغاز الطبيعي.

تزوجت سمية في سن الثلاثين من العمر، حملت في عامها الأول، وهي ترى أن العمر المثالي لإنجاب الطفل الأول هو 30 سنة، والأخير هو 35 سنة من العمر، وترى أن العدد المثالي لإنجاب الأطفال هو التوقف عند اثنين فقط، كما ترى أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة هو 27 سنة، وعند الرجل هو 32 سنة. أنجبت سمية الطفلة الأولى في عام 1998 وكانت تبلغ من العمر 31 سنة، والطفلة الثانية في عام 2002، وكان عمرها 35 سنة. يتراوح مستوى دخل الأسرة بحوالي 28000 دج وعندما سألتها حول عملية أخذ القرار فيما يخص الإنجاب أجابت " أخذنا الاثنين"، وحتى في تباعد الولادات واللجوء إلى استخدام وسائل منع الحمل، حيث كانت في البداية تأخذ الحبوب، ثم لجأت إلى استعمال اللولب وهذا بعد التحدث مع بعضهما البعض، وبالتالي اتخاذ قرارا مشتركا.

تتظر سمية إلى الزواج وإلى الإنجاب أنهما مراحل تمر بهما كل فتاة تبلغ سن الزواج، كما تعرف الحمل أنه تجربة صعبة تمر بها كل امرأة خلال حياتها الإنجابية، وكررت كلمة المراقبة الواجبة أثناء فترة الحمل حيث ترى أن سلامة الحمل أمر لازم لتمتع المرأة بحياة إنجابية سليمة، وبدأت تسرد لنا تجربتها الأخيرة، حيث علمت بأنها حامل نتيجة لتأخرها لعادة الشهرية، وعقبها أجرت عدة فحوصات بما فيها الإيكوغرافيا وهذا من أجل التأكد من الحمل، كما تأكدت عن طريق الإيكوغرافيا من جنس المولود، نجد سمية لا تؤمن بما يقال حول طريقة التعرف على جنس المولود بواسطة شكل البطن، حيث أكدت لها حماتها أنها ستنجب ولدا ولكنها أنجبت بنتا.

لقد صادفت سمية مشاكل صحية عديدة أثناء فترة الحمل، حيث أصيبت بوجع في البطن، وكذا مشكلة تفتح العنق " Col ouvert " وعولجت عن طريق حقن Progestérone، حيث أخذت حوالي 12 حقنة، وبعد 4 إلى 5 فحوصات صادفت سمية

مشكلا آخر وهو التهاب الشعب المزمنة (Bronchite chronique)، وعلى إثرها قررت تغيير المعالجة، حيث كانت تتابع عند الطبيبة المختصة بأمراض النساء الموجودة في ديدوش مراد، وهي قريبة من مقر عملها وفضلت الذهاب إلى طبيب خاص بأمراض النساء والمتواجد في عيادة النهضة في بئر مراد رابيس، ويعمل هذا الطبيب في نفس الوقت في مستشفى القبة، وعندما سألتها عن سبب هذا التغيير المفاجئ، فأجابت <> "Le placenta prévia"⁽¹⁾، وهي تمزق المشيمة في وقت مسبق وعلى إثرها يحدث نزيفا دمويًا، وحسب تصريحات سمية، أنها قد أصيبت بهذا المرض في الحمل الأول، ولكنها لم تكن تعلم به وتعرفه لأنها عولجت في المستشفى، وصاحب هذا المرض أيضا الأنيميا، وبهذا تعرفت على المشاكل الصحية بالتدقيق وبالتفسير من طرف طبيبها الخاص، بدت مطمئنة من حيث الإقبال و التحدث مع طبيبها الثاني أكثر بكثير من الطبيبة المختصة الأولى، كما ارتاحت حول طريقة علاجه لكل مشاكلها الصحية التي صادفتها أثناء فترة الحمل، وبالإضافة إلى كل المشاكل الصحية السابقة الذكر، أصيبت سمية بما يسمى تمدد أو تورم الأوردة "varice"، و عالجت أيضا هذا المشكل بتناولها دواء اسمه "cyclo 3"، وبكل هذه المعانات أصبحت سمية تعرف قيمة الصحة، وكل السلوكات الصحية، والإنجابية الواجب إتباعها أثناء مرحلة الحمل وبعده، كما وجدتها بعلم حول مختلف الأعراض التي قد تصادفها المرأة الحامل من نزيف دموي، وجع الرأس، حول نظام الأكل وحتى مدى جواز العلاقات الجنسية، أثناء الحمل حيث تجدها هي الأخرى ترى بجوازها، وهي حسب رأيها تكون عادية، وصرحت أن العلاقات الجنسية أثناء الحمل تسهل في عملية الولادة، كما أنها تخفف من وجع الولادة.

فيما يخص انطباع سمية اتجاه الخدمات الصحية المقدمة لها، ترى أن العيادة الخاصة التي كانت تتبع فيها حملها تعتبر في المستوى المطلوب وذلك من حيث نظافة المكان، الاستقبال الجيد، مدة استغراق الكشف، لكنها غير راضية حول مدة الانتظار،

⁽¹⁾ << Pendant la grossesse le placenta peut se détacher prématurément et saigner: (hématome retroplacentaire:placenta previa). Il peut faiblir à son rôle d'échanges entre la mère et le fœtus(syndrome dit "d'insuffisance placentaire" et conduire à un retard de croissance, voire à la mort in-utero du fœtus " (Domart,et Bourneuf, opcit,p.603). Hématome collection sanguine bien limité, superficielle(bleu) ou profonde(ibid,p379).

حيث تستغرق حسب تصريحاتها قرابة ساعة، وهذا لكون الطبيب يأخذ وقتا كافيا وطويلا مع المريضة وذلك من حيث إعطاء النصائح وأهم الإرشادات الواجب إتباعها.

ولا يخفى علينا أن المحادثة بين الطبيب و المرأة الحامل تعد من الأمور الجوهرية في عملية العلاج أثناء المشاكل الصحية وأثناء عملية متابعة الحمل.

وواصلت الحديث معها حول نظرتها و معاشيتها لتجربة الولادة، حيث ترى هي الأخرى أنها صعبة للغاية، تمت الولادة في مستشفى القبة أين يتواجد طبيبها الذي تابعها خلال طول فترة الحمل كما يتواجد مستشفى القبة قرب مسكن أمها وحمايتها، وبهذا كانت سمية محاطة بكل الظروف الحسنة للولادة.

كما نجد سمية حريصة على اجتياز الولادة بسهولة حيث قبل الولادة أخذت مغلي القرفة (Tisane cannelle) ومشيت كثيرا، ولكنها بالرغم من حرصها الشديد على الحمل والولادة إلا أنها أصيبت بنزيف دموي وعلى إثرها انتقلت مباشرة إلى مستشفى القبة، أين وضعت مولودها بطريقة عادية، وعندما سألت سمية على مدى رضاها بالخدمات الصحية المقدمة في المستشفى، فصرحت أنها لم تكن راضية على ذلك، حيث تأسفت على عدم تحصلها على سرير للمولود الجديد، كما صرحت بانعدام النظافة، وعدم غسل الطفل جيدا حيث قالت << كَانَ رَأْسُو مُعْمَرٌ بِالدَّمِ >>، وبهذا لم تستحمل سمية البقاء في المستشفى وأسرعت الدخول إلى بيتها.

تمثلت معايشة فترة النفاس عند سمية بالراحة واسترجاع قواها، والأكل الجيد وتمثل في أخذ اللحم، العسل، زيت الزيتون، البيض و هذا من أجل - حسب تصريحاتها- شفاء الجرح، وعقب عشرة أيام من الوضع ذهبت إلى طبيبها الخاص من أجل الكشف والاطمئنان على صحتها، وفي تلك الزيارة نصحتها بأن تضع اللولب، رفضت في تلك اللحظة، وبعد سنة قررت وبموافقة زوجها وضع اللولب، وتم ذلك في العيادة وكلفتها عملية وضع اللولب بحوالي 1000 دج.

وواصلت الحديث معها حول الشخص الذي تفضل أن تسمعه من أجل أن تلقى النصائح والتتقيف الصحي أثناء الحمل وبعده، ففضلت الطبيب المختص في المرتبة الأولى ولا فرق إذا كان رجلا أو امرأة، ثم الممرضة، كما تفضل سماع الأمهات الكبيرات سنا، تجاربهن من أجل الاستفادة منها وبالفعل صرحت بأنها استفادت كثيرا من نصائح أمها وقالت: << لَمَّا كَانَ عِنْدِي Les varices ، مَا تَخَلَعْتُشْ، قَالَتْ لِي يَمَّا، أَنُو

شيء عادي، وحتى لما كان عندي Col ouvert قالت لي لأزِم تتكاي، وكان صحيح».

فيما يخص دور الزوج، ترى سمية أنه يلعب دورا كبيرا في اجتياز المرأة الحمل والولادة حيث ترى أن الزوج يحتل مكانة كبيرة داخل الأسرة وبالتالي ترى ضرورة مشاركته في اجتياز المرأة الحمل والولادة، وتتمثل المشاركة في مصاحبته إلى الطبيب المعالج، وإلى معرفة كل ما يحدث وما تعيشه من صعوبات ومشاكل صحية، كما ترى ضرورة رعايته لزوجته وتلبية كل متطلباتها.

وختمت الجلسة بتصريحاتها حول أهم الاحتياجات التي تراها مناسبة من أجل اجتياز الحمل بأمان وأهمها:

- السعي إلى توصيل المعلومات والتثقيف الصحي أثناء الحمل وبعده عند المرأة وحتى الزوج، حيث ترى ضرورة إدماج الرجال في برامج الصحة الإنجابية.
- العناية بنظافة المستشفيات والاهتمام أكثر بالنساء الحوامل.

تلك هي تجربة سمية التي حاولت بقدْر- الإمكان جمع المادة وإيراز أهم النقاط التي جاءت فيها، وفيما يلي نستعرض تجربة آمال.

2-3- الحالة الثالثة " آمال ": الإثني 3 مايو 2004 من الساعة 14 سا إلى 15 سا 00.

تعيش آمال في الكاليتوس، وتبلغ السادس والعشرين (26) من العمر، وهي متزوجة منذ 4 سنوات من عامل في السونلغاز (مستقبل Réceptionniste)، كلاهما ذوي مستوى تعليمي متوسط، يكبرها بحوالي 4 سنوات وهو في الثلاثين من عمره.

يتكون منزل آمال بشقة بها 3 غرف، ويسكنها 6 أفراد منها الزوج والزوجة وطفلتين والحمى والحماة، يتوافر في الشقة كل السلع المعمرة ما عدا التسخين ولا تملك السيارة.

تزوجت آمال وهي صغيرة في السن 22 سنة، تعرفت على زوجها عن طريق الأصدقاء ودامت مدة التعارف قبل الزواج بحوالي سنة، وتبدو آمال متفاهمة مع الحماة، وفي خلال الحديث معها اتضح أنها مرتبطة ارتباطا شديدا بحمااتها بدرجة أن حماتها هي التي تحدد لهم عدد الأطفال المقرر إنجابهم، حيث قالت: >> العجوزة مادام تربيهم

وَعَلَّاشٌ لَّأَلًا»، وللاشارة آمال قاطنة في البيت بدون عمل، لها سلطة اتخاذ القرار في كل الأمور المنزلية وكذا الزوجية، أما في مجال استعمال وسائل منع الحمل، فهي تتشاور مع زوجها، وحاليا تستعمل اللولب، أنجبت بنتين، الأولى عمرها سنتين، والثانية أربعة عشرة شهرا، وهي تؤمن بفكرة الزواج المبكر، حيث ترى أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة وهو 22 سنة، وعند الرجل هو 30 سنة، وأرجعت سبب ذلك " تَرَبَّى مَعَ الرَّاجِلُ "، كما تفضل الإنجاب المبكر ما بين 22 و30 سنة، وهذا من أجل ضمان سلامة الحامل والجنين، وانطلاقا من هذه الفكرة، طلبت من آمال أن تحكي تجربة حملها الأخير، وكيفية العناية به من كشف طبي، غذاء، وبهذا بدأت تسرد تجربتها من بداية التعرف على الحمل، حيث تعرفت على هذا الأخير عن طريق توقف الحيض، كما ظهرت عليها علامات أخرى والمتمثلة في الغثيان والقيء خاصة في الأشهر الأولى، ذهبت إلى الكشف عند الطبيب لأول مرة وكان ذلك في الشهر السابع من الحمل، وعلى إثرها كانت تعاني من نزيف دموي، كما أن آمال لا ترغب الذهاب إلى المستشفى بسبب شعورها بالخجل والإحراج، ولكنها كانت مضطرة لذلك بسبب مشكلتها الصحية، وواصلت الحديث معها وسألتها عن سبب اختيار المستشفى، فردت علي أن إمكانياتها المادية محدودة وقالت: «بِرِيفِي غَالِي بَزَافَ مَا قَدَرْتُسْ نَتْبَعُ عِنْدُو، وَرَاجِلِي شَهْرِيئُو قَلِيلَةَ» وللاشارة لم تردد آمال أن تصرح لي على دخل الأسرة وبدا ذلك من ملامح وجهها وترددتها في الإجابة، وبالتالي لم أرغب إعادة السؤال وبهذا المشكل الصحي، اضطرت آمال أن تعمل الإيكوغرافيا.

فيما يخص نظرتها في الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى، صرحت بعدم رضاها من حيث الاستقبال وكذا مدة استغراق الفحص، وأكدت علي نقص تلقي المعلومات الصحية وقالت: «نَسْنُو بَسْوَابِعْ وَمُبَعْدْ يَكْشَفُو عَلَيْكَ، وَمَا كَانَشْ الْوَقْتْ بَاشْ يَسْمَعُوكَ، وَتَسْمَعْلَهُمْ وَيَتَكَلَّمُوا مَعَاكَ غَيْرُ بِالْفَرْنَسِيَّةِ»، وصرحت أنها في بعض الحالات لا تفهم ما يقولونه وتدخلت هنا وقلت لها أنه من المفروض أن تطلبي من الطبيب أن يعيد لك، ويفسر لك ما تحتاجينه، فردت علي: «بَصْحْ نَحْشَمْ بَزَافَ».

ومن خلال هذه المحادثة برزت مشكلة بالغة الأهمية و المتمثلة في مشكلة الإصغاء، لأن لا يخفى علينا أن المحادثة والمشافهة بين الطبيب والمريض تعدان من أهم الطرق العلاجية، وهنا تبرز مهمة الطبيب في أنه يعرف متى يصغي، ومتى يتكلم وهذا هو ما تحتاجه آمال ومثيلاتها وهذا ما سنفصله لاحقا.

وأثناء تنقل آمال إلى المستشفى، اصطحبها أخوها، وهذا بالرغم من أنها كانت ترغب الزوج بدل الأخ، ولكنه كما قالت << الله غالبٌ يخدمُ طولَ اليوم >>، وبعد الشفاء من مشكل النزيف الدموي، أصيبت بمشكل صحي آخر والمتمثل في ألم التبول، ومشكل ارتفاع ضغط الدم، ولم تكن آمال خائفة ولا مضطربة حالة إصابتها بهذه التعكرات الصحية، والدليل على ذلك أنها ذهبت في نهاية المطاف عند الصيدلي، ولما سألتها عن سبب عدم ذهابها مرة ثانية إلى المستشفى فردت: << المُستشفى بعيدٌ عليّ، ولأزَمَ عليّ نأخذُ تأكسِي، وهذا يزأفُ مَا نَقْدَرُش >> ومنه يبرز أهمية الوضع الاقتصادي لآمال، ليس لديها إمكانيات للتنقل إلى المستشفى وبالتالي بقيت مكثوفة الأيدي حيث لم تتمكن من توفير الرعاية الصحية المناسبة لها أثناء اجتيازها الحمل، مع العلم أنها مأكثة في البيت، وهذا الأخير أثر على عملية اتخاذ القرار للذهاب إلى الطبيب، فهي مضطرة انتظار زوجها، وكل هذا يعكس على صحتها وصحة جنينها على حد السواء.

ولا يخفى علينا أن دخل الزوج وحده لا يكفي لتلبية احتياجات الأسرة بما فيها الحامل.

وبهذه الوضعية، تنظر آمال إلى الحمل أنه "واعر" بمعنى صعب.

فيما يخص معارف آمال اتجاه نظام التغذية، وسائل تنظيم الأسرة، العلاقات الجنسية، كيفية مواجهة الحمل حالة الإصابة بالمشاكل الصحية كالنزيف الدموي، الأنيميا، فهي جد محدودة، وبهذا لم أصر عليها وتجاوزت ذلك لأنني لاحظتها مترددة في الإجابة، وكانت لديها الرغبة في معرفة هذه الأمور والاستعداد الكامل لذلك، بدرجة أنها كانت تلقي عليّ أسئلة كثيرة متعلقة بحملها، ورأيت أن معظم ما ورد في حديثي مع آمال كان جد سطحي وواصلت معها اللقاء بصعوبة.

تمت عملية الوضع بطريقة عادية وكان ذلك في المستشفى، وكانت راضية على الخدمات الصحية أثناء الولادة، إلا أنها اشكت من معاملة القابلة، حيث لم تكن بشوشة معها، لكن الولادة نمت في ظروف حسنة، وبالخصوص وأنها صرحت بأن زوجها كان بجانبها أثناء الولادة، وكذا الحماة التي تبدو بعلاقة جيدة معها.

ومواصلة المقابلة المعمقة مع آمال، أكدت أكثر نقص الوعي الصحي بأهمية المراقبة الصحية بعد الولادة، حيث صرحت أنها لم تقبل إلى الطبيب بسبب عدم تلقيها أي مشكل صحي هذا من جهة، ومن جهة ثانية طرحت لنا مشكل المواصلات.

وبهذا أهم الكلمات التي تردت من خلال المحادثة مع أمال، هي عدم توفر الإمكانيات المادية " لا أعمل"، "مشكل المواصلات"، " ما نعرفش".

وإن عدم وعي أمال بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده يرجع أساسا إلى مشكلة الإعلام، والمستوى التعليمي المحدود، والاتصال. وإلى أهمية دور العامل الصحي في رفع الوعي الصحي، ويلعب هذا الأخير دورا كبيرا في نشر ورفع الوعي الصحي في مجال أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس في أوساط النساء، كونه يتعامل معهن مباشرة وجها لوجه، كما أنه يعيش العامل الصحي مشاكل النساء يوميا وعلى مختلف الشرائح الاجتماعية، وهنا يبرز دور أعوان الصحة والذي يتمثل أساسا في عملية تقديم المشورة في مجال الحفاظ على الحمل والمرور بولادة بدون خطر.

كما تطرح أمال وغيرها من المبحوثات مشكلة الاتصال بما فيها غياب أعوان الصحة في الاستماع، والتأمل واستغراق الوقت الكافي مع الحوامل، وتم طرح هذا المشكل بالخصوص عند الحالات التي تابعت حملها في المستشفى.

كما طرحت أمال مشكلة الفهم والوضوح حالة الإتصال مع الطبيب المعالج، يتكلم هذا الأخير باللغة الفرنسية، ويكلمات علمية غير مفهومة، وتكمن المشكلة في أن الطبيب المعالج لا يقوم بإعادة ما قاله للمستفيدة، بحيث لا يكرر ما قاله بطريقة تجعل الحامل تتلقى المعلومة وتفهمها، أما المستفيدة لا تحب هي الأخرى، إعادة السؤال إلى المعالج لأنها تخجل.

وهذه الرسالة التي تعتبر محور عملية الإتصال تأتي غير مفهومة في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي محدود، وكل هذه النقاط سوف يتم الإشارة إليها لاحقا.

1-4- الحالة الرابعة " زهرة ": الأربعاء 5 مايو 2004 10 سا - 12 سا 00 .

زهرة في الثالثة والعشرين من عمرها، تزوجت وعمرها 18 سنة، ويبلغ زوجها 30 سنة من العمر، كلاهما ذو مستوى تعليمي متوسط، عاملة في البيت حيث تمارس مهنة الخياطة، وزوجها تاجر.

تعيش زهرة مع زوجها وطفلة واحدة في منزل (شقة) يتواجد في بومرداس به غرفتين، وفيه ثلاثة أفراد لا تمتلك في بيتها كل من الغسالة والتسخين والبرابول والهاتف.

يبدو من خلال مقابلاتي مع زهرة حول القضايا المتعلقة بمعرفة وسائل منع الحمل، العلاقات الجنسية، أنها لم تأخذ قسطها الكبير، لأنها لم تتمكن من الإجابة عليها، وفي كل مرة تقول: << ما علاً باليش >>، فلم تأخذ الأسئلة شكلاً منتظماً، لأنها كانت في بعض الأحيان تتحدث في موضوعات عامة وتنتقل لوحدها من موضوع إلى موضوع آخر، وبالتالي حاولت جمع المادة الخاصة ببحثي، غير أنني كنت حريصة كل الحرص على طرح الأسئلة المفتوحة المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها إلا أنها كانت تخرج عن الموضوع في بعض الأحيان، وتساألني مثلاً إذا ما كنت متزوجة، أم لا، وكان ذلك بالخصوص لما طرحت عليها السؤال المتعلق بالزواج ونظرتها إليه، وكذا كيفية التعرف على زوجها، وبالخصوص وأنها صغيرة في السن، وفي هذا الصدد ترى أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة هو 22 سنة، والرجل 30 سنة، وأرجعت ذلك أنه كلما تزوجت البنت وهي صغيرة فهو أحسن لها، وعبرت عن ذلك بكلمة << مَلِيحٌ لِيهَا >>، أما الرجل فتري زهرة رجولته في الزواج وأخذ المسؤولية وقالت: << الرَّاجِلُ تَاغُ مَسْؤُولِيَّة >> وهي تؤمن أن الحمل الآمن والعمر المناسب للحمل للمرأة الأولى يقع بين 23 و 40 سنة، وأرجعت ذلك بسبب الصحة، والقدرة في الإنجاب في سن صغير.

اتضح أن دور زهرة في عملية اتخاذ القرار فيما يخص إنجاب طفل آخر غير وِارد، فالزوج هو الذي يقرر، إلا أنها تمكنت في أخذ القرار فيما يخص وسيلة تنظيم الأسرة والمتمثلة في اللولب التي تراه أحسن وسيلة، وتم وضعه في مركز حماية الأمومة والطفولة، وهو مجاني.

تتحدث في الأمور المتعلقة بالعلاقات الجنسية ووسائل منع الحمل والمشاكل الصحية مع الصديقات لأنها ترى أنها مسائل تخص المرأة لوحدها، ومن هنا نستنتج أنه نادراً ما يتحدثان الزوجان مع بعضهما البعض حول هذه القضايا المتعلقة أساساً بالصحة الإيجابية وبالحياة الجنسية، وهنا يبرز نقص وعي زهرة في ضرورة اضطلاع ومشاركة زوجها في ذلك، إذ تتظر ذلك من خصوصيات المرأة، وهي فكرة راسخة منذ الصغر حيث قامت التنشئة الاجتماعية لزهرة بتشكيل وتكوين اتجاهاتها في نطاق محدود ونظرتها إلى الصحة الإيجابية وإلى الحياة الجنسية كقضايا تخص المرأة فقط، وبهذا تعد أساليب التنشئة الاجتماعية ذا أثر كبير على تكوين الشخصية في المستقبل، وعلى النمو الانفعالي أيضاً، لأن زهرة تدربت منذ الصغر على سلوكيات واتجاهات معينة، ولا يخفى علينا أنها

توقفت في المستوى التعليمي المتوسط، حيث تلقت زهرة تدريباتها الأولى أكثر من خلال الأسرة، لأنه لم تلعب المؤسسة الإجتماعية الثانية وهي المدرسة دورا كبيرا، نظرا لقصر مدة تدريسها، وإقبالها أيضا على الزواج في سن مبكر.

وهنا يبرز بما نسميه التشبث الثقافي "Ténacité culturelle" لزهرة الذي اكتسبته منذ طفولتها، وترسخ حتى الكبر، ومنه نتساءل: أين وسائل الإعلام، وكذا المؤسسات الدينية والثقافية؟ وأين هو دورها في مجال تثقيف النساء حول القضايا المتعلقة بالصحة الإنجابية، وكذا الحياة الجنسية وأهمية مشاركة الزوج ودوره في تحسين صحة المرأة واجتيازها بأمومة بدون خطر؟.

كما واصلت الحديث معها حول نظرتها إلى الحمل، وأهم العلامات التي تمكنها من معرفة جنس المولود، فصرحت بأن شكل البطن يؤدي إلى التعرف على ذلك، وقالت: «لَمَا تُكُونُ الْكَرْشُ عَرِيضَةً هِيَ طَافِلَةٌ، وَلَمَا تُكُونُ الْكَرْشُ بِالطُّوْلِ نُصِيْبُوهُ وَأَدُّ».

لقد مرت زهرة بتجربة حمل بدون صعوبة، حيث لم تصادف مشاكل صحية خلال تلك الفترة، ولم تحصل أيضا على خدمات صحية أثناء الحمل، حيث لم تقم بمتابعة الحمل، وما يستدعي الاهتمام والتركيز هنا هو عدم المراقبة المستمرة أثناء الحمل، وترجع سبب ذلك هو عدم تلقيها مشاكل صحية التي تستدعي الإقبال إلى الطبيب، كما أن عدم حصول زهرة وغيرها على خدمة التطعيم ضد التيتانوس تستدعي القلق، والبحث أكثر لأن معظم دراسة الحالات لم تقبلن على ذلك، وصرحن بعدم درايتهن.

كما اتضح محدودية معارف زهرة في الأمور المتعلقة بأهم المواد والموانع التي تأخذها المرأة الحامل إلا أنها ذكرت مانعا واحدا وهو الامتناع عن العجين بضرر صحة الأم وجنينها على حد السواء، كما تنتظر زهرة إلى الحمل بأنه تجربة "مليحة"، أما الولادة فتنظرها بأنها جد صعبة، وضعت مولودها في المستشفى، وتمت الولادة بطريقة طبيعية عادية إلا أنها تعرضت إلى نزيف دموي، وأعطى لها الدم في الوقت المناسب، ولذا صرحت بأنها راضية على كل الخدمات التي قدمت لها أثناء الولادة، ولكنها غير راضية على الخدمات الصحية التي تقدمها القابلات لأنهم "كُلَّهُمْ يُعَيِّطُونَ" فهو السلوك الذي لم ترغبه.

فيما يخص الرعاية بعد الولادة، ذهبت زهرة إلا مرة واحدة عند الطبيب المتواجد في المستشفى، وبعدها اهتمت أكثر بالمولود الجديد وكل متطلباته، حيث ترى أن

مسئوليتها تبدأ منذ اليوم الأول، فهو يمثل كل شيء في حياتها، وقالت في هذا الشأن:
<<حياتي ذكرك هي مستقبل ولدي، لأزمن تربية مليخ، يأكل مليخ، تقرية...>>

ويبدو أن أمنية زهرة هو تعليم ابنها وهي تريد أن تحقق له أعلى مستوى ممكن من التعليم الذي لم تصل إليه، وأرجعت المسؤولية إلى الأم وقالت <<إذا كانت الأم صالحة، وليدها يخرج كيفها>>، ونلاحظ بأنها حريصة كل الحرص رغبتها في تأدية دورها كأم، وهي تعلم أن نمو الطفل جسمانياً، وتربيته تربية صالحة يتوقف بالدرجة الأولى عليها.

وعليه يبدو أن كل ما فقدته زهرة في صغرها تريد أن تعوضه في ابنتها لأنها في نهاية الجلسة طلبت من الله عز وجل أن يوفقها في تأدية مهمتها.

2-5- الحالة الخامسة "باية": الأحد 9 مايو 2004 الساعة 10 سا - 12 سا 30 د.

باية من برج الكيفان، وهي في التاسعة والثلاثين من عمرها، تزوجت في سن الرابعة والعشرين من رجل يبلغ الآن 44 سنة من العمر، يعمل Navigateur، وتعيش باية في منزل يحتوي على 4 غرف مع زوجها وثلاثة أطفال منهم ذكرا وبنيت، يبلغ الطفل الأول سبعة سنوات من العمر، والثاني ثلاثة سنوات والثالث سنة من العمر، ويتوافر لديها كل السلع المعمرة من ثلاجة، وتلفزيون، وغسالة، وبرايل، كما أنها تملك سيارة، تعمل باية كأستاذة جامعية، زوجها متحصل على مستوى تعليمي ثانوي، تعرفت عليه عن طريق الأسرة، ودامت مدة التعارف قبل الزواج حوالي ثلاثة سنوات، ونرى باية أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة هو 24 سنة، وأرجعت سبب ذلك لقدرتها على الإنجاب بقولها: <<باش جيب أطفال>> وللرجل 30 سنة، لأن حسبها هو العمر المناسب لمستوى النضج، ولفظت كلمة "Mure"، كما ترى أن العمر المثالي لإنجاب الطفل الأول هو 26 سنة، والعمر المثالي لإنجاب الطفل الأخير هو 35 سنة، وأرجعت ذلك إلى صحة المرأة وقدرتها على إنجاب أطفال أصحاء، واجتيازها بحمل بدون خطورة.

وواصلت الحديث مع باية فيما يتعلق في عملية أخذ القرار، حيث اتضح أنه هناك تواصل بين الزوج والزوجة في مجال الاتفاق في الأمور المنزلية، في تربية الأطفال، في شأن حجم الأسرة وتنظيمها، لكن يبدو أن الأوضاع تغيرت، حيث صرحت باية أن اتخاذ

القرار في إنجاب الطفل الرابع لم يتم الموافقة عليه من طرف الزوج، يصر عليها إلى اللجوء على استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل وهي تقولها بطريقة حزينة أنه << مَا يُحْبَسُ الْأَطْفَالُ >>، وهي الآن تستعمل اللولب، لأنها تراه من بين أحسن وسائل لمنع الحمل، وهي بدراية حول كل إيجابيات وسلبيات كل وسيلة من وسائل منع الحمل، وتمثل مصدرها الرئيسي في قراءة الكتب والمجلات، وصرحت أنه إذا صادفت أي مشكل صحي فتلجأ مباشرة إلى الطبيب المختص.

باية بدراية على علامات الحمل وكيفية التعرف عليه، حيث تعلم أن الحمل يبدأ دائما بالغثيان والقيء وبالخصوص في الأشهر الأولى، وكذا توقف الدورة الشهرية، التبول المتكرر، وطريقة اللجوء إلى تحليل الدم أو البول، وتعرفت على حملها الأخير بتقيئها المستمر خلال الشهر الأول من الحمل، وعلى إثرها أقبلت إلى طبيبها الخاص من أجل التأكد من أنها حامل.

وبدأت باية تسرد تجربتها الأخيرة، حيث ترى أن الحمل يغير حياة المرأة، وانتظار المولود الجديد يعد مغامرة شيقة للمرأة، ولكافة أفراد الأسرة، وبالخصوص عند قدوم المولود الأول، كما تنظر إلى الحمل أنه حدث عادي تمر به كل امرأة في حياتها الزوجية، وهي ضد فكرة من ينظر إلى الحمل بأنه "مرض" أنه "صعب" كما تظنه بعض النساء، وترى أن الحامل تكون دائما سريعة التأثر والانفعال وذلك لأتفه الأسباب، وهذا ما عاشته خلال حملها الأخير، ولكن صرحت أن زوجها ساعدها كثيرا على تجاوز تلك الفترة المقلقة حيث أحبطت - حسب تصريحاتها - بجو من الحنان، والتفهم، وحاولت الابتعاد عن الأسباب التي تؤديها إلى تأثرها وانفعالها. مر حمل باية بمراقبة روتينية مستمرة وذلك ابتداء من الشهر الأول من الحمل، ووصلت عدد الفحوصات إلى تسعة، وتمت المراقبة والمتابعة عند الطبيب الخاص، وأرجعت سبب تردها إلى الطبيب الخاص كون توفر كل الظروف الحسنة بما فيها الاستقبال الحسن، نظافة المكان، كما ترى أن الاهتمام بالمريض في المستشفى يتماشى والمحسوبة، وقالت: << إِذَا مَا كُنْتِشْ تُعْرَقِي وَاحِدْ يَخْدَمْ فِي الْمُسْتَشْفَى مَا كَلَاة تَرْوُحِي >>.

وأثناء لقائي مع باية، وجدتها بدراية حول كل الأمور المتعلقة بالعناية بالحمل وبعده، حيث تعرفت على كل الفحوصات التي أجرتها خلال زياراتها المنتظمة عند طبيبها المختص من تحاليل الدم، والبول، قياس الوزن، الطول، قياس البطن، وبالإضافة إلى ذلك

لقد تحصّلت على كل الإرشادات والتتقيف الصحي حول نظام الأكل، طريقة العناية بصحتها وصحة جنينها، فهي جد راضية على الخدمات الصحية التي قدمت لها، ولكنها غير راضية على مدة الإنتظار حيث تصل إلى ساعة، وفي المقابل نجدها راضية على المدة المستغرقة التي يقضيها الطبيب مع المريضة حيث قالت في هذا الشأن: << الطبيب يأخذ وقتو بزاف مع المريضة، وهذا كل ما نروخ نشوفوا، نصيب غاشي بزاف، ونسنى ساعة باش نجوز>>.

وكانت تذهب باية في كل زيارة مع أختها، وأول شخص أبلغته الخبر بأنها حامل هو الزوج، كانت ترغب أن يصحبها زوجها، لكنه مشغول.

لقد عانت باية خلال حملها الأخير بالقيء المتكرر والضعف، ودام المشكل لمدة 4 أشهر، لكنها كانت تحت مراقبة ورعاية طبية مستمرة.

يبدو أن باية صبورة، بالرغم من بعض المشاكل الصحية التي صادفتها أثناء فترة الحمل إلا أنها ترى ذلك أنه حدث طبيعي وعادي تمر به كل امرأة، وواصلت الحديث معها حول نظام الأكل، حيث أكدت علي وهي بدرية كاملة على ضرورة تناول الحامل الكالسيوم من حليب ومشتقاته، وكذا الخضر والفواكه، العدس، الكبد، الحوت، السلق، وتجنبت باية أثناء مرحلة الحمل كل المشروبات الغازية وكذا العجائن والحار.

وعقب ذلك، تحدثت على الولادة، التي تراها صعبة، إلا أن مولودها الأخير خرج من تلقاء نفسه، لم تصادف أي مشكل صحي أثناء فترة الولادة التي تمت في المستشفى، وكانت راضية بالخدمات الصحية التي قدمت لها، إلا جانب النظافة، ترى بأنه مازال يحتاج المستشفى إلى المزيد من الاهتمام من جانب النظافة، لأنه أهمل كثيرا.

فيما يخص دور الزوج، نجدها راضية بزوجها حيث عاش معها كل فترة من فترات حملها، حالة قلقها، وحالة تنقلاتها إلى الطبيب، بالرغم من عدم مصاحبتها، إلا أنه كان يسأل عنها وعلى جنينها. كما أحست باية بالاطمئنان أكثر حالة تواجد معها في المستشفى أثناء الولادة، حيث صرحت بأن مرافقة الزوج زوجته أثناء الظروف الصعبة وهي الولادة يخلق هناك الاطمئنان النفسي للحامل وهي قريبة من زوجها وهذا ما أحسته بالفعل باية.

نأتي إلى فترة النفاس، حيث نجد باية أعطت الفرحة لكل الأسرة وعلى رأسهم الزوج **بياتجبايتها** البنت، لأنه في السابق أنجبت طفلين، وهي أيضا كانت

مرتاحة وفرحانة أنها أكملت رغبتها في عمليّة الأبحاث وقالت في هذا الشأن: << الحمد لله، كنت حابة نجيب بنت، وأعطاهالي ربي، وقالي راجلي خلاص عندنا ثلاثة يكفي >>.

بعد 42 يوم من الولادة، ذهبت باية إلى طبيبها الخاص من أجل مراقبة صحتها، وهذا بعد أخذها قسطا كبيرا من الراحة.

فيما يخص احتياجات باية، وهي تأتي على كل لسان مبحوثة تم اللقاء معها والمتمثلة أساسا في:

- تحسين ظروف الإستقبال في المستشفى.

- الحرص على نظافة المستشفى.

ومن خلال الجلسة، لاحظت أن باية تحب اكتساب معرفة أكثر فيما يتعلق بالصحة الإنجابية بما فيها صحة الأم والطفل، وترغب ذلك إما مباشرة في المنشآت الصحية، أو عن طريق حصص تلفزيونية تثقيفية، وللإشارة إن هذا التعطش في اكتساب المعرفة والتثقيف الصحي نلتمسه من خلال اللقاءات المعمقة العشرة.

واتضح من خلال لقائي مع باية أن متغير التعليم يلعب دورا كبيرا في مدى الوعي الصحي والإلمام بكافة المشكلات ومخاطر الحمل وما بعده، فهو يعمق الوعي بالحمل وما بعده وبأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وما بعدها، وهنا نلاحظ أن المرأة المتحصلة على أكبر قسط من التعليم تكون أكثر مشاركة في اجتيازها بمرحلة الحمل بأمان، كما يزداد في وجود متغير الحالة التعليمية، أثر المتغيرات الأخرى على رعاية صحة الأمومة وعلى رأسها الحالة العملية للمرأة، فالمرأة العاملة تكون أكثر استقلالية في التنقل والإقبال على الخدمات الصحية أثناء الحمل والولادة وهذا ما لاحظناه مع باية، وكذا سمية، وغيرها من الحالات التي سوف نكشف عليها الستار لاحقا.

2-6- الحالة السادسة "ياسمينة": الأربعاء 12 مايو 2004. من الساعة 11 سا 00- 13 سا 30 د.

تسكن ياسمينة في عين النعجة في بيت به ثلاثة غرف، وأربعة أفراد، من الزوج والزوجة والحماة ولها طفل واحد، وهي عاملة كمساعدة طبية، وتوقفت عند المستوى التعليمي المتوسط، عمرها سبعة وثلاثين (37) سنة، تزوجت منذ سنتين من رجل يبلغ الخامسة والأربعين من العمر، مستواه جامعي، وهو صحفي.

منزل ياسمينة مجهز بكل السلع المعمرة من جهاز ثلغزة؁ سخان؁ غسالة؁ غاز طبيعى؁ برابول؁ هاتف؁ وتملك الأسرة سيارة.

لقد حملت ياسمينة ثلاثة مرات؁ ولم يبقى على قيد الحياة إلا طفل واحد وهو ولد عمره ستة أشهر؁ حيث تعرضت مرتين إلى عملية الإجهاض؁ وكانت فترة جد صعبة عاشتها ياسمينة بدرجة أنها افكرت التجربتين بحزن وتعصب ولم ترد مواصلة الحديث عن الإجهاض وبهذا فضلت تغيير مجال النقاش لأنني شعرت بأنها لم ترغب التحدث على ذلك؁ وحتى تتسم الجلسة بالتلقائية وبالطابع المرن غير الموجه؁ انتقلت إلى موضوع الزواج والإنجاب؁ حيث ترى أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة هو 27 سنة وذلك من أجل الإنجاب؁ أما العمر المثالي عند الزواج للرجل هو 30 سنة؁ لأنها ترى أن هذا السن يكون الرجل فيه ناضج ومتعقل؁ أما العمر المثالي لإنجاب الطفل الأول فتراه 27 سنة؁ وإنجاب الطفل الأخير في عمر 35 سنة؁ وفي هذا الصدد تنظر إلى الزواج والإنجاب أنهما أمل كل فتاة؁ وترى أن الإنجاب بالنسبة للمرأة هو اكتمال أنوثتها؁ وأحست ياسمينة بغريزة الأمومة إلا في حملها الثالث الذي انتهى بمولود حي؁ كما شعرت بأنها غير دونية عن النساء.

فيما يخص الدور الوظيفي لياسمينة من خلال السلطة المتمثلة في عملية اتخاذ القرار اتجاه عدد الأطفال المنجبين؁ والقرار في تنظيم الأسرة؁ يبدو أنه متواجد وهناك تواصل بينهما في هذا المجال؁ وآخر اتفاق تمثل في عدم استعمال وسيلة لمنع الحمل لأنها بكل بساطة ترغب في إنجاب طفل آخر.

واتضح أنه هناك تواصل بين الزوج والزوجة في مجال النقاش حول الأمور المتعلقة بالحياة الجنسية؁ والصحة الإنجابية؁ وحتى كل الفترات التي مرت بها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل الأخير. كانت ياسمينة جد حريصة على هذا الحمل؁ أن يمر بسلام؁ حيث بدأت المتابعة منذ الشهر الأول للحمل عند الطبيب الخاص؁ وكان ذلك في البداية من أجل التأكد أنها حامل؁ ثم توالت بعد ذلك حوالي 7 مرات من الفحوصات عند نفس الطبيب الخاص؁ وعندما سألتها عن سبب المتابعة عند هذا الأخير؁ أجابت ياسمينة أن ظروف الإستقبال والتكفل بالحامل في المنشأة الصحية الخاصة أفضل بكثير من المنشأة الصحية العامة؁ وقالت في هذا الشأن: <بئر اهلك تروحي وبين تحبي؁ برفي غالي؁ يصح مايج؁ ترتاحي مع الطبيب وتاخذ وقت طويل معاك>.

تتذكر ياسمينة كل تفاصيل فترات الحمل، حيث صرحت أنها كملت في بداية الشهر الأول من الحمل تحاليل الدم، ثم الإيكو جرافيا، كما كان يقوم الطبيب الخاص في كل زيارة بقياس ضغط الدم والوزن، كما أنها تلقت معلومات حول نظام الأكل، وكذا كل أعراض الحمل الخطير وكيفية اجتنابه، إلى غاية الشهر التاسع من الحمل، تحدثت مطولا مع طبيبها حول العناية بالمولود وكذا الرضاعة الطبيعية ومزاياها، كما نجد ياسمينة على دراية بكل المواد الواجب أخذها من لحم، وسمك، وكبد، والعدس، السلق، الحليب ومشتقاته، الفواكه... الخ، وابتعدت أثناء حملها الأخير عن أكل العجائن والحار، والسوائل الغازية، كما أنها لم تكثر في شرب القهوة.

وبهذا يبدو أن ياسمينة كانت جد راضية على الخدمات الصحية التي قدمت إليها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل الأخير، لكنها ترى نقص في عملية التنقيف الصحي في مجال مواجهة الحمل وما بعده، حيث ترى أن حدوث الحمل يعتبر من الأحداث البالغة الأهمية والقيمة التي تستحق العناية والاهتمام أكثر.

بفضل التجربة القاسية التي مرت بها ياسمينة خلال فترة الحمل الأول والثاني الذي انتهى بإجهاض، نجد ياسمينة حريصة على صحتها، وعلى حملها، والتمسنا ذلك من خلال سردها لتجربتها الأخيرة حيث كانت جد حائقة لأنها عانت بمشكل الإرتفاع في ضغط الدم، ودامت المشكلة خلال مدة 15 يوم، وكانت على إثرها تحت رقابة طبية طوال فترة الحمل وعقبه.

نجد معارف ياسمينة منفرقة وواسعة في مجال نظام الأكل، وفي مجال مواجهة بعض المشاكل الصحية التي قد تواجهها المرأة الحامل كالأنيميا، مثلا حيث ترى أن أكل التمر والعدس يخفف من حدة المرض، كما ذكرت أكل الطحال وقالت أنه: «ح ما كاش كيفو».

وواصلت الحديث مع ياسمينة، وسألتها حول نظرتها اتجاه الولادة، فهي الأخرى تراها "صعبة جدا" مقارنة مع الحمل الذي تراه حدث عظيم وتجربة حسنة في حياة المرأة، فتري الولادة صعبة لأن تمت هذه الأخيرة بعملية قيصرية، ووضعت المولود في المستشفى، وبدت جد راضية حول الخدمات التي قدمت إليها أثناء عملية الوضع، إلا أنه هناك مشكل النظافة، وهذا ما صرحت به كل الحالات.

وبهذا إن نجاح الولادة أنسى ياسمينة تجاربها الماضية، حيث عمت الفرحة بإنجابها الذكر، وهذا الأخير غير حياة ياسمينة، حيث حسب تصريحاتها اطمأنت لأنها

لكنتملت أنوثتها ووصلت إلى أن تحقق إلى نفسها غريزة الأمومة، وهذا الإحساس لم تعشه لوحدها، وحتى الزوج حيث وجد نفسه أخيرا أبا بقدم المولود الجديد.

عاشت فترة النفاس بالراحة والأكل الجيد، والعناية بالمولود حيث أرضعته في

أول يوم وما زالت تواصل في إرضاعه من ثديها.

وخلال هذه الفترة ذهبت إلى طبيبها الخاص الذي فرح هو الآخر بنجاح الولادة،

وهذا من أجل الكشف على صحتها والتأكد من سلامتها.

وفي كل زيارة عند الطبيب كانت تصطحب أمها وكانت ترغب في مشاركة الزوج

ولكنه مشغول، وختمت الجلسة مع ياسمينه بسؤال حول احتياجاتها غير المليئة، والتي

نراها ضرورية لاجتياز المرأة الحمل بأمان، ابتسمت وقالت لي أهم شيء هو إعطاء

المعلومات وتنوير النساء حول القضايا الجنسية والصحة الإنجابية، بما فيها طريقة

مواجهة الحمل والولادة وما بعدها، وكذا الاستقبال الحسن والمعاملة الحسنة.

إن أهم نقطة يمكن استنتاجها في ضوء اللقاء المعمق مع ياسمينه يتمثل أساسا في

تكرار كلمة "الخوف"، وهذا نتيجة لمعايشتها عملية الإجهاض عند الحمل الأول والثاني.

تعلم ياسمينه جيدا أن المجتمع الذي تعيش فيه يعطي قيمة كبيرة للإنجاب، وينظر للمرأة

التي لا تتجرب على أنها غير قادرة وناقصة، كما ترى أن عدم الإنجاب هو مأساة لها

ولكافة أفراد أسرتها وأسرته زوجها، وهي عاشت إحساس التهميش من طرف أسرة زوجها

في تجربتها الأولى والثانية للحمل.

وإن هذا القلق والخوف هو حدث عادي مقابل القيمة الاجتماعية للإنجاب من جهة،

والخوف على زوجها في التفكير في إعادة الزواج من جهة ثانية.

وبهذا مرت تجربة حمل ياسمينه بمرحلة خوف، وخلق هذا الأخير آثار دائمة، وهذا ما

تم الإشارة إليه في حالة نادية.

2-7- الحالة السابعة " فتحة ": الثلاثاء 24 ماي 2004 الساعة 9 سا 00 - 12 سا 00.

تبلغ فتحة أربعين عاما من العمر، تقطن في القولف، وهي متزوجة مع

سائق سيارة كلاهما ذو مستوى تعليمي ثانوي، ويبلغ من العمر ثلاثة وأربعين

سنة، وتعيش هي وأسرته المتكونة من الزوج والزوجة و 4 أطفال، ذكرين

وأثنين، في شقة بها 4 غرف، تقوم فتحة بخدمة ورعاية كل هؤلاء الأطفال

الأربع، وهي لا تعمل ماكثة في البيت، يحتوي هذا الأخير على كل السلع المعمرة من جهاز تلفزيون غسالة، ثلاجة، سخان، برابول، كما تملك الأسرة سيارة، يتراوح دخل الأسرة ما بين 20000 إلى 30000 دج، وقد تزوجت فتية وهي في الخامسة والعشرين من عمرها، تعرفت على زوجها عن طريق الأصدقاء، وفارق السن بينهما هو ثلاثة سنوات.

تنظر فتية إلى ظاهرة الزواج أنه حدث طبيعي وضروري لا بد من حدوثه، فهو - حسبها - مسألة حتمية، وقالت في هذا الشأن: << كُلُّ بِنْتٍ لِأَزْمٍ تَتَزَوَّجُ، بِصَخٍ فِي وَقْتِنَا رَجَعُ الزَّوْجُ صَعْبٌ >>.

وأرجعت صعوبة ذلك إلى المصاريف والتكاليف الباهضة التي تكلف كل من الرجل والمرأة، بالخصوص في وقتنا الراهن كما تقول فتية: << كَلَّشْ عَلَيَّ >> << اللِّي يُحِبُّ يَتَزَوَّجُ لِأَزْمٍ بِصَرَفِ دَمِ فُؤَادُو >>.

ثم سألتها حول نظرتها في الإنجاب، اعتبرت هذا الأخير ذو قيمة بالغة الأهمية في حياة كل امرأة واعتبرت نتيجة طبيعية وحتمية للزواج وقالت وهي مصممة على ذلك وبحماس: << الْمَرْ لِيَتَزَوَّجُ لِأَزْمٍ تَوَلَّدْ، وَلَا رَاجِلَهَا يَتَزَوَّجُ عَلَيْهَا >>، وبهذه النظرة تعلم فتية وهي متأكدة أن المجتمع لا يرحم، إذ يهشم المرأة الغير منجبة، وينظر إليها أنها ناقصة، فعدم الإنجاب يعد مأساة للمرأة، فهي مسكينة، وكررت كلمة مسكينة مرتين وقالت: << أَنَا الْحَمْدُ لِّلَّهِ جِيْتُ رُبْعَةَ، وَدُورَكَةَ رَافِي دَائِرَهُ اللَّوْلَبُ >>، وللإشارة قبل استعمال اللولب، كانت تأخذ فتية الحبوب من أجل منع الحمل، ونظمت بين كل من الولادات الأربعة بحوالي سنتين، وآخر مولود عمره سنتين.

وفي هذا الصدد ترى فتية أن العمر المثالي للزواج عند الفتاة هو 22 سنة، وعند الرجل هو 30 سنة لأنها ترى في المرأة إمكانية الإنجاب، وكذا القدرة في تربية الأطفال، وفي الرجل قدرته على تحمل المسؤولية، وترى أن الإنجاب في الصغر يعتبر كميزة جيدة للأطفال والأولياء في نفس الوقت حيث قالت: << يَكْبُرُو دُرَارِي مَعَ مَالِيَهُمْ >>.

في ضوء الجلسة الطويلة مع فتية والتي دامت قرابة ثلاثة ساعات، إتضح أنها تمكنت من إبراز مكانتها في الأسرة، وإسرارها على أن الأزواج هم الذين يأخذون القرار المشترك في أي موضوع بما فيه الشؤون المنزلية، الحياة الجنسية، الحياة الإنجابية بما فيها اتخاذ القرار في تحديد عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، في تنظيم النسل، ولكن تصرح أن اختيار نوع الوسيلة لمنع الحمل اتخذته بمفردها، لأنها ترى أن الأزواج غير

مثقفين في هذا الجانب، فهم - حسبها- لا يعرفون كل الوسائل الحديثة ما عدا الحبوب، وهذا عكس النساء، ووجدت فتيحة بدارية حول كل أنواع وسائل منع الحمل بما فيها اللولب، الحبوب، الحقن.... إلخ، وتمثل مصدر معرفتها هو التحدث مع الجيران، والصدقات، وكذا قراعتها لبعض المجلات، وواصلت الحديث مع فتيحة، و لو أنها كانت في بعض الأحيان تخرج تماما عن نطاق الموضوع، وفي كل مرة أحاول أن أتدخل في وقت الحاجة وأطرح لها الأسئلة التي تتماشى وأهداف دراستي، وبهذا طرحت عليها السؤال التالي وهو مفتوح وكان مع هذه المبحوثة باللغة الدارجة وهو: "كَيْفَاشْ عَشْتِ تَجْرِبَةُ الْحَمْلِ؟"، مَن فَضَّلَكَ احْكِي لِي بِالتَّفَصِيلِ".

وتجدر الإشارة هنا أن طريقة طرح الأسئلة تختلف من مبحوثة إلى أخرى، وكانت تطرح إما باللغة العربية، أو باللغة الدارجة، أو باللغة الفرنسية، وذلك حسب المبحوثة وارتياحها في التحدث معي، وبهذا تمت كل اللقاءات المعمقة سواء مع فتيحة أو غيرها بطريقة مرنة وغير موجهة، كما كان شكل المحادثة وسرد تجاربهن اتجاه الحمل والولادة وما بعدها بطريقة تلقائية و غير رسمية وبهذا بدأت تحكي فتيحة تجربتها لحملها الأخير، حيث تراه حدث سار، لكنه شاق ومتعب وبالخصوص وأنها حملت 4 مرات، تمت متابعتها للحمل الأخير عند الطبيب الخاص، وأرجعت سبب اختيارها إلى ذلك هو الاعتناء والاهتمام بالحامل وقالت: << البريفي يتلها بيك >>، أما المستشفى فحسب فتيحة ظروف الاستقبال فيه ضعيف جدا، سيء للغاية، وكذلك النظافة فهي تراها معدومة.

خلال فترة حملها، أجرت كل الفحوصات اللازمة من تحاليل الدم والبول، وهي بدارية حول كيفية إجراء الفحص بما فيه قياس الضغط، الوزن، الطول، البطن، كما عملت الإيكوغرافيا، وبدأت الفحوصات من الشهر الثاني من الحمل، وتم ذلك من أجل التأكد من سلامة الحمل، كما قدرت فتيحة عدد الفحوصات طوال حملها الأخيرة بأربعة، وخلال زياراتها المنتظمة عند الطبيب من أجل المراقبة المنتظمة للحمل، تلقت فتيحة على إثرها أهم الإرشادات الطبية بما فيها السلوكات الصحية لمواجهة الحمل من نظام في الأكل، نظافة الجسم، الرضاعة الطبيعية، وفي هذا الصدد صرحت بأنها كانت راضية على الخدمات الصحية أثناء الحمل بما فيها التنقيف الصحي، مدة استغراق الكشف، طريقة الاستقبال، نظافة المكان، ولكن مدة الإنتظار تعد من أهم شكاوي المبحوثات، وقالت في هذا الصدد: " نَسْأَلُو بَرَأَفْ، بَصَاحْ نُجُوزُو، كُلُّ وَاحِدْ وَالْأُورْ تَاعْ " عِنْدَ الْبْرِيفِي تَسْرِي رَاحَتِكْ".

ومن أهم المشاكل الصحية التي صادفتها فتحة أثناء إجهازها مرحلة الحمل هي الألم عند التبول ودام هذا الأخير خلال مدة الأربعة أشهر الأولى من الحمل، ولكنها لم تبقى مكتوفة الأيدي وإنما سارعت إلى طبيبها الخاص منذ إصابتها بذلك المشكل الصحي. أما عن معاشة الولادة والنظرة إليها، صرحت فتحة بأنها صعبة، وكانت أصعب بكثير من الحملات الثلاثة الأولى، حيث تمت الولادة الأخيرة عن طريق العملية القيصرية ومرت حسبها بطريقة عسيرة، وتمت عملية الوضع في المستشفى، وكانت جد راضية بالخدمات الصحية التي قدمت إليها، كما أنها كانت مرتاحة نفسياً أثناء عملية الوضع، وأرجعت ذلك إلى وجود زوجها معها في المستشفى.

فيما يخص معاشة فترة النفاس، كانت تقريبا نفس المعاشة لكل المبحوثات، حيث هي الأخرى أخذت قسطاً كبيراً من الراحة، والأكل الجيد وذلك في وسط عائلي غمرته الفرحة بالمولود الجديد، وبعد عشرة أيام من الولادة ذهبت إلى الطبيب الخاص من أجل التأكد على سلامتها، أما عن طريقة الاحتفال بالمولود الجديد نسلط عليها الضوء في ثانيا هذا الفصل، فهو متشابه عند كل المبحوثات.

2-8- الحالة الثامنة " صورايا ": السبت 12 جوان 2004 14 سا 00 - 16 سا 30 .

تقطن صورايا في بئر مراد رايس، وهي في التاسعة والعشرين من عمرها ومتزوجة منذ أربعة عشرة سنة من رجل يبلغ حالياً السابعة والأربعين سنة، الفارق بينهما 18 سنة، يعمل حالياً كمستقبل الهاتف، وهي قاطنة في البيت بدون عمل، ولديها خمسة ذكور، وتسكن صورايا في منزل تقليدي به ثلاثة غرف وحوش، وتملك كل من جهاز تلفزة، وسخان، تلاجة، برابول، ولا تملك الأسرة سيارة.

تبدو صورايا امرأة نشطة على الرغم من مسؤوليتها المكثفة في البيت المتكون من تسعة أفراد أي الزوج والزوجة والحمى والحماة، وأمها والأبناء الخمسة، تزوجت وهي صغيرة في السن حيث كان عمرها آنذاك 15 سنة، تعرفت على زوجها عن طريق الأسرة، دامت مدة التعارف قبل الزواج ثلاثة أشهر.

إن نظرة صورايا إلى ظاهرة الزواج والإنجاب كغيرها من الحالات السالفة الذكر، واعتبرته في وقتنا الحالي، أحسن للبنات وكذا الرجل وتفكر في تلك الضرورة لأنه يعتبر نصف الدين، كما عبرت عن حبها الشديد لإنجاب الأطفال، حيث ترى أن العمر المثالي للزواج هو 18 سنة، وترجع ذلك إلى استطاعة البنت أخذ المسؤولية، وقالت أنها

<< قَادِرَةٌ تَبْرِيرُ دَارٍ >>، وللرجل 30 سنة وقالت: << بَاشُ تَطِيحُ مَعَاهُ سَوَاسُوا >>، وهي ضد فكرة أن يكون الأزواج ينتمون إلى نفس الأعمار، تفضل أن يكون الفارق بينهما خمسة سنوات فأكثر، وترى العمر المثالي لإنجاب الطفل الأول هو 20 سنة، والطفل الأخير هو 35 سنة من العمر وأرجعت السبب إلى كونها قادرة ومستعدة في تربية الأطفال ولفظت ذلك باللغة الدارجة العامية: << بَاشُ تَقْدَرُ تَرْبِي >> وللإشارة توقفت صوريا عن الدراسة وهي في المستوى المتوسط، وزوجها في المستوى الابتدائي، ويتراوح دخلهم الأسري ما بين 10000 - 16000 دج، ويبدو أن الأسرة محدودة الإمكانيات وهذا ما يؤثر سلبا على مدى الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده وهذا ما سنوضحه لاحقا.

إتضح من خلال اللقاء المتعمق أن هناك تواصل وتفاهم بين صوريا وزوجها، في مجال الاتفاق اتجاه الإنجاب، تحديد عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، كما صرحت أن لها سلطة في عملية اتخاذ القرار في الأسرة، وذلك في مجال الأمور المنزلية، في تربية الأولاد، ويبدو أنها بدراية حول مختلف وسائل منع الحمل، وتستهمل حاليا اللولب حيث تراه أحسن وسيلة، وقالت أيضا: << عَمَلْتُ اللَوْلِبُ بَاشُ مَا نَسَاشُ >> لأنه اتضح أن حملها الأخير كان غير مرغوبا.

وواصلت الحديث معها، بدت لي ديناميكية واجتماعية وتحب التحدث مع الأشخاص، ارتاحت معي، وحاولت إعطائي واستفادتي بكل المعلومات التي كنت أرغب في البحث عنها، ثم سألتها حول معاشيتها ونظرتها إلى الحمل، توقفت وتتهددت، وورد على لسانها العبارة التالية: << الحَمْلُ عَيَانِي بَرَأَفُ >>، تراه متعبا لأنها صادفت مشاكل صحية أثناء اجتيازها الحمل الأخير غير المرغوب، وأهمها إصابتها بالنزيف الدموي، وفتح العنق، وانتقلت على إثرها عدة مرات إلى المستشفى أين تم متابعة حملها، وبدأت في التنقل ابتداء من الشهر الرابع من الحمل، كما أن إقبال صوريا إلى المستشفى اتبعه مجموعة من الضغوطات اليومية مرتبطة أساسا بالإمكانيات المادية، مشكل وسائل النقل لعدم امتلاكها سيارة، وعند وصولها إلى المستشفى فإنها تنتظر وقتا طويلا. وللإشارة كان صاحبها دائما زوجها، وهو الشخص الأول الذي أخبرته عن حملها الأخير غير المرغوب، إلا أنه كان راضي بذلك الحمل، وبالخصوص أنه كان نكر.

صرحت صوريا أنها كانت تنقل إلى المستشفى باستمرار من أجل الكشف على حملها لأنها أصيبت يارتفاع في ضغط الدم وكذا الأنيميا، ووظف إلى ذلك، فهي مصابة

بمرض السكر، ودامت كل هذه المعاناة - حسب تصريحاتها - طوال فترة الحمل، وبهذا عاشت تجربة الحمل بقلق، وخوف دائم هذا من جهة، وإهمالها في أداء واجباتها المنزلية من جهة أخرى، ورعاية أطفالها الأربعة، وكذا زوجها، وبهذا أحست بأنها لم تقم بدورها كأم كما ينبغي لأنها لم تتمكن من تهيئة الجو العائلي لأسرتها من طبيخ وغسيل، ونظافة البيت، وكذا متابعة تدريس الطفل الأول وهو في الثالثة ابتدائي، والثاني سنة أولى، والثالث لديه أربعة سنوات، والرابع لديه سنتين والخامس لديه 9 أشهر من العمر، وتمت ولادة الطفل الخامس في المستشفى وبسهولة لأنه لم يصادفها أي مشكل صحي، وبهذا كانت جد راضية على الخدمات الصحية أثناء الولادة، ولكنها ترى أنه هناك كثير من المحسوبة، وصرحت أن أعوان الصحة المتواجدون في المستشفى لم يقدموا لها إرشادات طبية حول نظام الغذاء أثناء الحمل وبعده، حول الرضاعة الطبيعية، كما ترى أنه هناك غياب المحادثة والإتصال بين الطبيب والمرأة الحامل، وكذا نقص الإصغاء، وأرجعت سبب ذلك إلى العدد الهائل من إقبال الحوامل إلى المستشفى، وقالت: << الله غالب الطبيب ما عاندوش الوقت باش نسمع مشاكل الناس >>.

نلاحظ صوراً متفهمة للوضع، لكنها لو كان عندها الإمكانيات المادية لكانت تقبل إلى الطبيب الخاص لأنها قالت أثناء اللقاء أن << لما نروح للخاص، فهو غالي، لكن بذراهمك يتلهاو بك >>.

أما عن معاشة ونظرة صوراً فترة ما بعد الولادة، تراها أنها تمت بخير، حيث، أخذت قسطاً من الراحة لأن كانت عندها أختها وأما حيث تحملنا مسؤولية البيت، وكذا رعاية صوراً بعد الولادة، وبعد أسبوعين ذهبت صوراً إلى القابلة من أجل الفحص، كما استقبلت المولود الجديد بفرحة كبيرة لأنها مرت بأوقات صعبة خلال طول فترة الحمل، وجاءت ثمرة الإنتظار بمولود حي، وينعم بصحة جيدة، وفي بداية الحمل كان الطفل غير مرغوب، ولما وضعته تغيرت نظرتها، وقالت: << واش تحبي ندير، حاجت ربي، والحمد لله، إنشاء الله بهذا اللولب اللي عملت ما نزيدش أنجيب، بزاف علي، كيفاش نربي خمسة؟ >>، وبعدها قالت: << الله يبارك >>.

فيما يخص احتياجات صوراً في مجال صحة الأمومة فهي تطلب بالسعي إلى محاولة رفع عدد الأطباء والقابلات في المستشفى، لأنها تؤمن وهي متأكدة أنه بارتفاع العدد، وتوفر الإمكانيات سوف تتحسن خدمات صحة الأمومة على مستوى المستشفيات، وكذا المعاملة الحسنة مع المريض، والاهتمام به أكثر، واحترامه، كما تشير إلى نقطة

بالغة الأهمية، والتي أشرنا إليها سابقا والمتمثلة في تقديم المشورة والمعلومات الصحية في مجال صحة الأمومة ولكن بالأسلوب الذي يتكلم به الناس، بالكلمات التي تفهمها المستفيدات من الخدمات الصحية.

وفي نهاية اللقاء مع صورايا، وغيرها من المبحوثات توصلت إلى تحديد احتياجاتها غير الملباة اتجاه صحة الأمومة سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، حيث تردد كثيرا على لسان كل مبحوثة: غياب الاستماع، طول مدة الانتظار، غياب الاهتمام بالمرضى، نظافة المكان، نقص الإمكانيات، مشكل التنقل.

كما اتضح أن بعض المبحوثات بالخصوص ذوات مستوى تعليمي محدود، قاطنات في البيت بدون عمل، تتردد كثيرا في طلب إعادة التوجيه وطلب الاستفسار من الطبيب المعالج وهذا عكس المرأة المتعلمة والمتحصلة على الشهادة الجامعية، حيث نجدها فضولية، وتساءل الطبيب بدون خجل، وتهتم أكثر بكثير بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده، ونجدها واعية بكل ما يحيط بها.

كما تحدثت مع صوريا حول دور الزوج في اجتيازها تجربتها الأخيرة للحمل، صرحت بأنه لم يكن متفهم الأوضاع التي عاشتها، وقالت هذه العبارة: << راجلي ما كانش متفهمي، لازم الرجل يساعف المرا >>، كما ترى أنه من واجب الأزواج تحمل المسؤولية أكثر داخل الأسرة وبالخصوص تربية الأطفال وتعليمهم وتنشئتهم، فهي تنظر أن تربية الأطفال تعد مسؤولية مشتركة بين الأزواج، ولكنها لا تتفي أن الأم هي التي تقوم بالدور الرئيسي في رعاية الأطفال والعناية بهم، وتتساءل أين هو دور الأب؟.

وواصلت صوريا تشكي من زوجها لأنه لا يقوم بأدواره كما ينبغي، ترى أن التربية هي متابعة الطفل وتوجيهه وتعليمه وهي حسبها وظيفة يشترك فيها الإثنان، ولا يمكن أن تكون من طرف واحد، ويبدو أن زوجها يهتم بما هو خارج البيت، وهي التي تشرف على الأسرة، وبهذا بدأت صورايا تحس أكثر بتقل المسؤولية بما فيها أدوارها المختلفة في الأسرة، وقالت في هذا الشأن: << مشكّلتي ما نربيش طفل واحد برك، عندي خمسة الله يبارك، وزيد باباهم وشيخي وعجوزتي >>.

وتلك هي حالة صورايا ومعايشتها ونظرتها للحمل والولادة وما بعدها، وهي تبدو متفائلة وشجاعة وحيوية، في أداء دورها كأم وكزوجة، وتحملها مسؤولية البيت وهي أم لخمسة ذكور وعمرها تسعة وعشرون عاما.

2-9- الحالة التاسعة "حسينة": الإثنين 28 جوان 2004، من الساعة 13 سا 00-15 سا.

تبلغ حسينة من العمر سبعة وعشرين سنة، متزوجة مع رجل في سن الثلاثين، كلاهما مستوى تعليمي متوسط، تقطن في ميسوني (الجزائر) في منزل به ثلاثة غرف، يسكن فيها خمسة أفراد منها الزوج والزوجة والحمى والحماة والمولود الجديد "حنان" التي لا تتجاوز الحادية عشرة شهرا من عمرها، يعمل زوجها كتاجر، ويترأوح دخلهم الأسري ما بين 16000 إلى 20000 دج، تملك في بيتها كل السلع المعمرة ما عدا الغسالة، وهي لا تعمل، مأكثة في البيت وأرجعت سبب ذلك إلى أن مستواها التعليمي لم يسمح لها من إيجاد عمل، تزوجت وعمرها 25 سنة، وكان الحل الوحيد أمامها هو الزواج وتكوين أسرة، وهذا ما فعلته، تعرفت على زوجها عن طريق صديقة الأسرة، واستغرقت مدة التعرف سنة، يكبرها زوجها بحوالي ثلاثة سنوات.

تري حسينة أن مصير الفتاة هو الزواج والإنجاب وهذا مهما تعلمت، وأخذت مناصب عليا، حسينة من أسرة متوسطة، يعمل أبوها في المستشفى كمرض، مستواه التعليمي متوسط، وأما أمية، وهي الصغيرة في البنات وهما خمسة، ثلاثة إخوة وأختين، يبدو أن حسينة كانت ترغب في التعليم ولكن لم يسعها الحظ، في إكمال دراستها، وأرجعت ذلك إلى عدم تشجيعها على ذلك، لأن أخويها توقفوا هم أيضا في المستوى التعليمي المتوسط، الأول والثاني يعملان في التجارة والثالث ممرض في المستشفى، وأختها متزوجة، يبدو أن الجو العائلي لم يساعد حسينة أن تواصل دراستها، ولذا قررت الزواج، وبناء بيت أسري، وهي تفكر وتنوي تربية بنتها وتعليمها وأملها هو تكملة دراسة بنتها مستقبلا، وقالت في هذا الشأن: >> ما لأ زمسُ تعملُ كيما أنا، وتَحْبِسُ التعلِيم، كُلُ واحداً وظرُوفُ <<، وتبدو حسينة متحمسة ومصرة على مستقبل ابنتها الصغيرة، ويبدأ ذلك على وجهها وهي تدعو الله عز وجل أن يوفقها في ذلك.

واصلت الحديث مع حسينة حول مسألة عملية اتخاذ القرار في مجال حجم الأسرة وتنظيمها، والوسيلة المستخدمة وكذا الحياة الجنسية، واتضح أن اتخاذ القرار في إنجاب طفل آخر يكون من جانب الزوج وهي موافقة على ذلك، ولا ترى مانع في ذلك، أما اتخاذ القرار فيما يتعلق في اختيار وسيلة منع الحمل كان من جانبها ولكن بموافقة الزوج وهي تأخذ الآن الحبوب، ولكنها لا تعرف الوسائل الحديثة لمنع الحمل ما عدا الحبوب،

وترددت في ذكر بقية الوسائل الحديثة بما فيها اللولب، الحقن، كبسولات تحت الجلد... إلخ.

ولم أصر عليها، وواصلت الحديث معها حول معاشتها ونظرتها لتجربة الحمل، فاتضح أنها كانت تتردد كثيرا في المستشفى من أجل الكشف على حملها، حيث أقبلت لأول مرة وهي في الشهر الثاني من الحمل، وأرجعت سبب الزيارة الأولى هو التأكد من ضمان سلامة الحمل، وفي تلك الفترة تعرفت على حملها وذلك بانقطاع الدورة الشهرية، كما ظهر عليها بعض التعب كالقيء والغثيان، تلك هي العلامات التي أكدت لها أنها حامل، وتأكدت أكثر عندما أقبلت إلى المستشفى، وقدرت عدد الفحوصات طوال فترة الحمل، بحوالي سبعة، صرحت حسينة أنه كان لها تسهيلات في المستشفى لأن أبوها وأخوها يعملان هناك.

تنظر حسينة إلى الحمل أنه تجربة صعبة للغاية، ولكنها شيقة، حيث خلال تجربتها وهي الأولى بدأت تأخذ الوعي بجسمها، وهي تعي أن تطور والحفاظ على صحتها وصحة جنينها يأتي منها، حيث تعد الفاعل والعامل الرئيسي لذلك، وصرحت في هذا الشأن أن أفضل سن للحمل يقع بين العشرين والثلاثين وتزايد خطورته بعد الخامسة والثلاثين.

وتجربتها الأولى للحمل، جعلتها تكتشف أنوثتها وترى أن الإنجاب هو نتيجة طبيعية وحتمية تمر بها كل امرأة وترجع امرأة وترجع سبب ذلك بأن: << كُلُّ إِمْرَأٍ تُحِبُّ تَشُوقَ رَوْحِهَا إِمْرًا كَامِلَةً >>، وتعني حسينة بالمرأة الكاملة هي المرأة التي تبرز مكاملها عن طريق الإنجاب، وهذه الصورة مترسخة في ذهن كل امرأة، ويمكن إرجاع نظرة حسينة أساسا في الأصل إلى نظرة المجتمع - أين تعيش فيه - إلى الإنجاب ومدى بروز مكانة المرأة إلا بإكمال أنوثتها، وإذا حدث العكس فينظرون إليها أنها امرأة ناقصة.

أثناء فترة الحمل تعرضت حسينة للعديد من التعكرات الصحية حيث عانت من مشكل ارتفاع درجة الحرارة، وكذلك الارتفاع في ضغط الدم، وأصيبت بهذه المضاعفات في الأشهر الأخيرة من الحمل، وعلى إثرها ذهبت إلى المستشفى من أجل الكشف ومراقبة الحمل، ورافقتها أخت زوجها، بالرغم من أنها كانت ترغب المرافقة مع زوجها، بالإضافة إلى تلك المضاعفات، تغيرت سلوكياتها وتصرفاته في البيت حيث كانت قلقة وخائفة، وكانت حالتها النفسية مضطربة، وهذه المعاشة للحمل طبيعية وتدخل في إطار ما يسمى بمزاج الحامل أو شخصية الحامل.

كما اتضح من خلال الجلسة المتعمقة مع حسينة أنها كانت راضية على الخدمات الصحية التي قدمت إليها أثناء اجتيازها الحمل، حيث تلقت حسب تصريحاتها معلومات صحية حول نظام الأكل أثناء فترة الحمل وبعده، أعراض الحمل الخطر، كما حاولت تجنب كل السلوكيات التي تضرها أثناء فترة الحمل من رفع الأثقال، و الإرهاق، كما استفادت من عملية التقيف الصحي اتجاه مزايا الرضاعة الطبيعية و الإقبال عليها مباشرة بعد الولادة.

أما عن معاشتها ونظرنها إلى عملية الولادة، فهي تتشابه مع الحالات السالفة الذكر، حيث هي الأخرى عاشت الولادة بصعوبة وألم شديد، ولكنها في نهاية الوضع تأتي فرحة قدوم المولود الجديد الذي انتظرته مدة تسعة أشهر حيث وضعت المولود حسب تصريحاتها بطريقة تلقائية، و أخذت حسينة قبل الولادة مسحوق القرفة، وتمشت كثيرا وهذا من أجل تسهيل الولادة، ومصدر معرفتها تتمثل في إسرار أمها على ذلك.

وبهذا اتضح أنها كانت حريصة على حملها و الدليل هو ذهابها لأول مرة إلى الطبيب من أجل التأكيد من سلامة الجنين، وبعدها تلقت مشاكل صحية في الأشهر الأخيرة من الحمل.

واتضح أن حسينة هي الحالة الوحيدة التي أخذت جرعات التطعيم ضد التيتانوس، و بالرغم من المعلومات التي استفادت منها من طرف أعوان الصحة، إلا أنها تريد المزيد أكثر، ونجدها تقبل إلى الطبيب لأبسط الأمور للاستفسار عنها كما أنها واصلت المراقبة الطبية بعد الولادة، وهذا من أجل التأكيد من سلامتها.

بفضل قدوم المولود الجديد، عمت الفرحة في الأسرة وهي حريصة على صحتها وعلى احترامها لجدول التطعيمات.

وتطلب حسينة من باب الإحتياجات غير الملابة، هي السعي إلى المعاملة الجيدة مع المرضى، وكذا الاستقبال الجيد.

أما عن دور الزوج، فهي راضية بزوجها لأنه عاش معها تجربة الحمل وما بعده، وبالخصوص مع قدوم الابنة، وكما نجدها تطلب أن يكون هناك تفاهم وتشاور مستمر بين الأزواج.

2-10- الحالة العاشرة " نجاه " : الإثنتين 19 أوت 2004 من الساعة 14 سا - 17 سا
30 د .

تقطن نجاه في ديدوش مراد، وتبلغ من العمر 36 سنة، متحصلة على شهادة الماجستير، وهي حاليا أستاذة جامعية، تزوجت في سن الرابعة والعشرين، وزوجها في سن الخامسة والثلاثين، بفارق سن مقدر بحوالي 11 سنة، تعرفت على زوجها في الجامعة، وكان اختيار شخصي، دامت فترة الخطوبة 15 يوم، وهو أستاذ جامعي، يتراوح دخل كل واحد منهم ما بين 30000 إلى 40000 دج.

تعيش نجاه في أسرة تتكون من الزوج والزوجة وثلاثة أطفال، في بيت به 4 غرف، وهم 5 أفراد في المسكن، وتأتي الحماة كل ثلاثة أشهر إلى أربعة، ترى نجاه أن الزواج المثالي عند الفتاة هو 24 سنة، وعند الفتى هو 30 سنة، وهي تؤمن بأن الحمل الآمن لكل من الأم والطفل هو ذلك الحمل الذي يقع ما بين 24 و34 سنة من العمر. أنجبت نجاه ثلاثة أطفال، الأولى بنت عمرها 13 سنة وولدين، الأول عمره 9 سنوات، والثاني سنتين ونصف.

اتضح من خلال تحدثنا مع نجاه أن هناك تواصل ونقاش بينها وبين زوجها، حيث تصرح أن اتخاذ القرار فيما يتعلق بالإنجاب، وتنظيم النسل، وتحديد حجم الأسرة يكون من الطرفين وقالت في هذا الصدد: >> لكن في بعض الحالات أتخذ القرار لوحدي، ولكن بموافقتهم، وهذا لظروف صحية ومهنية>>، وسألته عن معاشيتها ونظرتها للحمل عامة، والحمل الأخير خاصة وقالت بالعبارات التالية >> الحمل هو تأكيد لأنوثة المرأة، والدخول في استقرار نفسي اجتماعي جديد>> وصرحت أيضا أنه عبارة عن >> استقبال ببيكولوجي واجتماعي للأم، بالإضافة إلى الزوج>>، تعرفت على حملها الأخير عندما أصيبت بغثيان ووجع في الرأس، بالإضافة إلى تأخر عاداتها الشهرية.

وواصلت الحديث معها حول كيفية معرفة جنس المولود، فأول طريقة صرحت بها هي الإقبال إلى استعمال الإيكوغرافيا، كما أن لنجاه ثقافة تقليدية وشعبية في هذا المجال وهو التعرف على جنس المولود عن طريق شكل البطن حيث لاحظت اختلاف شكل بطنها في الحمل الأول الذي كان بنتا مقارنة مع شكل بطنها في الحمل الثاني والثالث الذي كان ذكرا، حيث كان الشكل عندما أنجبت الأنثى مسطح، وكان كروي عندما أنجبت الذكر، وبالرغم من معرفتها لطريقة شكل البطن إلا أنها تقول أنها لا تؤمن ولا تثق بالملاحظة المجردة، وإنما تعتمد على الوسائل الحديثة، المتمثلة في الإيكوغرافيا.

فيما يخص معاشة نجاة الحمل الأخير، وصفته بأنه جاء حمل صعب، حيث تلقت مضاعفات صحية وقالت في هذا الشأن: >> كنت اذهب عند الطبيب الخاص المتواجد في "قاردي واحد" شهريا، لأن حملي كان خطيرا بسبب عملي المرهق، وتقلاتي الكثيرة خلال فترة الحمل، وهذا بسبب تحضيري الدكتوراه، حيث انتقلت إلى تمراس، الوادي، عناية، كنت جد مرهقة، وهذا ما استدعى مجيئي من عناية إلى الجزائر، وكنت آنذاك في الشهر الثاني من الحمل، حيث كان الحمل مهدد بالخطر بسبب انفتاح العنق، والام بطنية حادة، وعلى إثرها انتقلت إلى طبيب خاص، وهو في نفس الوقت يعمل في عيادة أيت بقاسم المتواجدة في الأبيار، أعطاني حوالي 50 حقنة، منها المقويات، وأخرى مضادة لفقر الدم وغيرها، ودام هذا العلاج حتى الشهر السادس من الحمل، ثم تناولت أدوية عن طريق الفم، وكنت أشنكي بالأنيميا وفقر الدم، وضعف، كما أصبت بمشكل آخر وهو آلام في الظهر (Hernie discale).<<

وبهذه المشاكل الصحية التي صادفتها نجاة طوال فترة الحمل، اضطرت إلى التوقف عن العمل، وطلب منها الراحة التامة، لكي لا تعرض جنينها إلى الخطر، لأنها كانت مهددة بالإجهاض، كما يتضح أنه عن طريق سردها لتجربتها للحمل الأخير تعذبت نجاة كثيرا صحيا، وكذلك نفسيا، كما أرهقت نفسها في عملها البحثي من جهة، ومسؤوليتها اتجاه تربية الأطفال، وتلبية احتياجات الزوج من جهة أخرى.

كما سبق وأن أشرنا أن نجاة تابعت حملها عند الطبيبة الخاصة وبعدها انتقلت إلى الطبيب الخاص، ويرجع سبب التغيير إلى رفض الأولى التنقل إلى بيتها حالة إصابتها بمضاعفات حادة.

واتضح عن طريق المشاكل الصحية التي صادفتها نجاة أثناء اجتيازها فترة الحمل، اكتسبت على إثرها معلومات صحية عديدة وكانت تتابع كل الإرشادات الطبية التي استفادت منها بما فيها نظام الأكل، حيث ترى أن الأكل الواجب إتباعه أثناء الحمل يتمثل أساسا في أكل العدس، السلق، الكبد، الحليب ومشتقاته، الفواكه، الخضر، وعن الممنوعات، لم تكثر في شرب القهوة، الشاي، الحار، المشروبات الغازية.

لقد تلقت نجاة واستفادت من الخدمات الصحية أثناء الحمل حيث تمكنت من كشف ومعالجة كل المشاكل الصحية الناتجة عن المراحل المختلفة التي مرت بها أثناء الحمل، كما تلقت عناية ورعاية صحية بما فيها الكشف المستمر والمعاينة أثناء فترة الحمل، وبهذا فزياراتها المنتظمة أتاحت لها المجال للمراقبة والمتابعة المستمرة لصحتها ولجنينها على

حد سواء، وكل ذلك ساعدها على تجنب خطورة الحمل التي كانت مهددة بها، و كانت جد راضية بالخدمات الصحية التي قدمت إليها من إرشادات طبية، فحص معمق، ولقاءات وكذا الإستقبال الممتاز و نظافة المكان.

تمت الولادة في المستشفى، وترجع سبب الإقبال إلى المنشأة العمومية إلى توفر فرص الإستجالات بما فيها الأجهزة، وكذا توفر الدم في وقت الحاجة، ووجود طبيب مختص بأمراض النساء، وكذا طبيب مختص بطب الأطفال حالة مصادفة مشكلة صحية للمولود الجديد.

تمت ولادة نجاة بطريقة عادية، لكنها تمت بصعوبة وتصفها "بعذاب شديد" لأنها حدث لها مشكلا أثناء عملية الوضع وتقول في هذا الشأن: << تركوني فوق الطاولة، حيث ارتكبت القابلة خطأ أثناء توليدي، وجاءت قابلة أخرى وكان كلام بينهما، ثم جاءت القابلة الثالثة وأقذنتني، والمشكلة الثانية، لم يجدوا الخيط، حيث لم يقوموا بتخضيره في السابق>>، وبالرغم من تقتها في الولادة في المستشفى إلا أنها غير راضية من جانب سوء معاملة القابلات للمرضى، وقالت: << صراحة لا توجد إنسانية عند بعض القابلات>>، وواصلت نجاة الحديث معي بعدما كنت جالسة وأنا اشرب الشاي معها، وفي بعض الأحيان كان يقلقها الطفل الصغير، ولم تتمكن من التحدث معي، إلا أنها كانت جلسة غير متوقفة، حيث واصلت سرد تجربتها في مرحلة ما بعد الولادة أو ما تسمى بمرحلة النفاس، فهي واعية أن الرعاية بعد الولادة تنعكس إيجابيا على صحة الطفل، بالإضافة إلى مراقبتها المستمرة بما فيها مراقبة عودة الرحم إلى وضعه الصحيح ثم التعرف على ذلك من خلال إقبالها على طبييها الخاص، واستفادت نجاة خلال هذه الفترة من المعلومات الصحية المتعلقة أساسا بالإرشادات حول الرضاعة الطبيعية الطبيعية وأهميتها، وكذا أهمية الإقبال على وسائل منع الحمل، كما تابعت الرعاية بعد الولادة للأم، الرعاية للطفل وهذه موجودة عند كل المبحوثات، حيث تشمل رعاية الطفل كل من تحصينه ضد أمراض الطفولة الستة القاتلة من خلال استكمال جرعات التطعيم من أول شهر لولادته وذلك احتراماً لبرنامج التطعيم وتشمل رعاية الطفل أيضا إرضاعه منذ الساعة الأولى من ولادته، وهذا ما أقيمت عليه نجاة ومثيلاتها من المبحوثات الأخريات.

وبالصعوبات الصحية التي صادفتها نجاة أثناء الحمل والولادة، ترى أن المصدر المثالي لإعطاء المعلومات اتجاه صحة الأمومة هي الحصص التلفزيونية من معرفة الحمل والولادة وكيفية المواجهة، مع نزع الحواجز الدينية والإيديولوجية، وفي هذا

الصدد، ترى نجاه أنه هناك غياب تام للإعلام الصحي خاصة بالنسبة للمواضيع المتعلقة بالصحة الإنجابية.

فيما يخص دور الزوج في مواجهة المرأة تجربة الحمل والولادة وما بعدها، تحدثت كثيرا في هذا المجال على محاسن وأخلاق زوجها وتفهمه لها، حيث قالت أنه كان لها سند في كل ما صادفته خلال حياتها الزوجية والإنجابية.

وختمت اللقاء مع نجاه بمحاولة معرفة الاحتياجات الغير ملبأة في مجال الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة، وصرحت أنه يجب تخصيص حصص << إعلامية، تحسيسية لتوعية المرأة الجزائرية وتنقيفها في كل مراحل الحياة الزوجية بما فيها الحمل. كما للزوج دور كبير في ذلك، يجب أن تكون له ثقافة في التغيرات الفيزيولوجية للمرأة أثناء الحمل>>.

وترى نجاه من واجب الأزواج مراعاة وتفهم المرحلة التي تمر بها المرأة أثناء الحمل والولادة وما بعدها، وقالت في هذا الشأن: << أنا الحمد لله، زوجي ساعدني في تجاوزي كل الصعوبات الصحية وذلك بخنانه، وعطفه وتفهمه>>.

وعقب الاستعراض المفصل للحالات العشرة، سنجاول تسليط الضوء حول الرؤية الشاملة حول معاشة ونظرة المبحوثات تجربة الحمل والولادة والنفاس، وهذا من خلال جمع الإجابات لعينة البحث الميداني.

3- رؤية شاملة لمعاشة ونظرة المبحوثات تجربة الحمل والولادة والنفاس:

في ظل المعلومات التي جمعناها عن حالة كل من "نادية"، و"سمية"، و"آمال"، و"زهرة"، و"باية"، و"ياسمين"، و"فتيحة"، و"صورايا"، و"حسينة"، و"نجاه" والتي تمثل المادة الأساسية في هذا الفصل، حيث تحصلنا من خلال اللقاءات المعمقة بانوراما على تجربة تعكس الحالات العشرة اتجاه الحمل والولادة والنفاس بما فيها كيفية معاشتهن ونظرتهم إلى تلك التجربة، وارتباط ذلك بالجوانب الاجتماعية والثقافية والصحية الخاصة بكل حالة.

وفيما يلي سنوضح أهم ما تم جمعه من خلال نتائج دراسة الحالة حول معاشة الحمل والنظرة إليه ونحاول قدر الإمكان ربط تلك النتائج مع مختلف الدراسات التي تناولت هذا الموضوع.

3-1- معايشة الحمل والنظرة إليه:

قبل إبراز الرؤية الشاملة حول معايشة المبحوثات تجربة الحمل، تحدثنا معهن حول عملية اتخاذ القرار في مجال الزواج، اتضح أنه عملية صعبة، واختيار القرين أصعب، إذ يعد من أهم القضايا التي تواجهها المرأة في مرحلة ما قبل الزواج، وتشير نتائج الدراسة أنهن تزوجن عن طريق إما الأسرة أو الصديقات، وهناك حالة واحدة وهي نجاة، تعرفت على زوجها في الجامعة، واتضح أن أصغر مبحوثة تزوجت وعمرها 15 سنة وهي صورايا، وأكبرها كانت نادية وقد تزوجت وعمرها 35 سنة وحسب رأي كل المبحوثات فإن العمر المثالي للزواج بالنسبة للفتاة يجب أن يكون بين 24 و 30 سنة، وما بين 26 و 35 سنة من العمر بالنسبة للرجل، وأرجعت ذلك إلى قدرة المرأة على الإنجاب، وقدرة الرجل على تحمل المسؤولية وهو ما عبرن عنه بكلمة ناضج "Mure".

واتضح من خلال اللقاءات المعمقة تفاهم كبير بين الزوج والزوجة بشأن حجم الأسرة وتنظيمها، والملفت للانتباه أن النظرة في تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم تغيرت، حيث كانت تسعى المرأة في الماضي إلى إنجاب عدد كبير من الأطفال، لأنها كانت ترى في ذلك الوسيلة لاكتساب مكانة رفيعة داخل الأسرة والمجتمع، وكذا المحافظة على الزوج، وغيرها من القيم التي كانت سائدة، أما حالياً فقد تغيرت هذه النظرة، إذ أصبحت النساء تسعين إلى التقليل من الإنجاب، وتحقيق حجم أسرة صغيرة ما بين اثنين إلى ثلاثة أطفال، ملبية في ذلك غريزتها في أن تكون أما.

كما لا يخفى علينا أن هناك بعض القيم ما زالت راسخة في أذهان بعض النساء والمتمثلة في الرغبة في إنجاب الذكر، فبالرغم من رغبتهم في إنجاب عدد قليل من الأطفال إلا أن الرغبة موجودة في إنجاب الطفل الذكر، لأن هذا الأخير مرغوب اجتماعياً أكثر من الأنثى.

من جهة أخرى، اتضح أنه نادراً ما تتبادل النساء الحديث مع أزواجهن فيما يخص القضايا الصحية المتعلقة أساساً بالحياة الجنسية، وكذا الأمراض المنقولة جنسياً، في حين نلاحظ نقص وعي الأزواج وإدراكهم ضرورة المشاركة في ترقية الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة، و سيتم توضيح هذه النقطة في ثنايا هذا الفصل.

فيما يخص معايشة المبحوثات تجربة الحمل والنظرة إليها اتضح أنه رغم انتشار مفهوم صحة الأمومة بمختلف أبعادها ومستوياتها، إلا أن الكثير من الدراسات والأبحاث لم تنطرق إلى جانب أساسي في هذا الموضوع، وهو سرد تجارب النساء في مجال الحمل

والولادة وما بعدها وكل من السلوكيات والمعارف والاتجاهات المرتبطة بذلك، فكل امرأة حامل تتفرد عن غيرها بتجربة خاصة مرت بها، كما اتضح النقص الكبير في التطرق إلى الثقافة الصحية للأمهات وكل مضامينه وكذلك دورها الوظيفي في مواجهة الحمل والولادة والنفاس، وللإشارة لقد تطرق إلى هذا الجانب فرويد (Freud) على سبيل المثال لا الحصر، بحيث تناول موضوع الحمل في الجزء الذي خصصه لنمو الطفل، حيث التطرق حول هذا الأخير برز أكثر من الأول، وأشار إلى ذلك في رغبة الأمومة في مرحلة الأوديبيية.

(Massimo, Ammanti, et al, 1999, p.7)

وقبل إبراز الرؤية الشاملة حول الحمل التي تم جمعها من نتائج دراسة الحالة، نتوقف عند موضوع الفحص قبل الزواج، فبالرغم من الأهمية القصوى التي يكتسيها هذا الفحص، والمتمثلة أساسا في عملية تحديد مدى لياقة الزوجين للزواج من جهة، والتأكد من عدم وجود أمراض وراثية التي قد تؤدي إلى تشوه الجنين، أو مواجهة مشكل صحي من جهة أخرى، إلا أنه لم يتم إجراء هذا الفحص إلا من قبل حالة واحدة وهي الحالة السابعة "فتيحة"، في حين صرحت بقية المبحوثات عن عدم درايتهن بذلك الفحص، وتردد على ألسنتهن عبارة "ما كنتش علا بالي".

إن المرأة تواجه بعد الزواج حياة جديدة، وأهم ما يميز هذه الحياة هو الحمل والإنجاب، فكل امرأة تتمنى أن تكون أما، وتسعى إلى تحقيق غريزتها، حتى تكتمل أنوثتها، ويقول في هذا الشأن عباس محمود العقاد: << أسعد ساعات المرأة.. هي الساعة التي تتحقق فيها أنوثتها الخالدة وأمومتها المشتهاة.. وتلك ساعة الولادة >>. (عبد الفتاح مرجع سابق، ص. 301).

وهو ما أكدته تصريحات كل المبحوثات اللواتي رأين في الإنجاب أمرا أساسيا بالغ الأهمية، في الوقت الذي يعد عدم الإنجاب حسب إحدى المبحوثات "ياسمينه" مأساة اجتماعية.

إن هذه النظرة وليدة مجتمع يعطي للإنجاب قيمة كبيرة، و ينظر للمرأة التي لا تتجيب على أنها "ناقصة"، و بفضل الوظيفة الإنجابية، تحقق المرأة مكانتها و تستطيع تأدية دورها الاجتماعي و التربوي.

وتتكامل الأدوار من محيط أسرتها إلى المجتمع الأكبر وذلك بمشاركة في قوة العمل، وفي العملية الاقتصادية والتنمية⁽¹⁾.

وبالإضافة إلى ذلك، تنظر المبحوثات إلى الإنجاب على أنه النتيجة الطبيعية والحتمية للزواج، و هو في الوقت نفسه يعد مرحلة صعبة.

من خلال جمع كل نتائج الحالات، اتضح اختلاف معاشية ونظرة النساء تجربة الحمل، فهي تختلف باختلاف الثقافات، فلكل واحدة رصيد ثقافي و معرفي مكتسب من تنشئتها الاجتماعية. كما تبين من خلال التجارب العشرة للحمل أن ثقافة النساء تعد العامل الرئيسي المحدد لشخصيتها وسلوكاتها ونظرتها إلى الحمل وبعده، ويستلزم فهم أعماق لهذا الأخير من جانب التحليل الأنثروبولوجي- الثقافي، حيث يطرح بدوره مفهوم الحمل، فهناك من تراه حدث طبيعي جسماني تمر به كل امرأة، وهناك من تراه تجربة صعبة، وهناك من تعتبره مرضاً، وكلهن تجمعن على أنه في حقيقة الأمر حالة انقلاب تام في حياة المرأة مع كل ما تعيشه من إيجابيات وسلبيات، حيث تتمثل الإيجابيات في الفرحة بالحمل وقدم المولود الجديد، وبالخصوص إذا كان في الرتبة الأولى، حيث معاشية الحمل لأول مرة حسب "نادية" و "زهرة" و "ياسمينه" و "وحسينه" يجلب الفرحة لكل أفراد الأسرة، وكان أول مستقبل الخبر هو الزوج، ويمكن إرجاع تلك الفرحة بقدوم المولود الجديد إلى عنصر عامل التأمين، حيث برهنت المرأة في قدرتها على الإنجاب، وقدرتها أيضاً في البقاء والاستقرار في الحياة الزوجية، وهذا ما لم "كحس به" ياسمينه " بتعرضها للحمل الأول والثاني اللذين انتهيا بإجهاض، ويبرز الجانب السلبي من معاشية النساء تجربة الحمل في المضاعفات الصحية التي تلاحقها خلال فترة الحمل بما فيها الارتفاع في ضغط الدم، النزيف الدموي، انفتاح العنق.

لقد اتضح أيضاً أن الفروق في مستويات النظرة اتجاه الحمل مرتبطة بالحالة التعليمية والمهنية، ودرجة تحمل ومواجهة المشكلة الصحية، فالنساء ذوات مستوى تعليمي جامعي وعاملات تنظرن إلى تجربة الحمل أنها "صعبة" لكنها حدث طبيعي، ومغامرة تمر بها كل امرأة وتعيشها بحلاوتها ومرارتها. لكن مفهوم كلمة "صعبة" يختلف

(1) - إن هذا المنظور لا ينفي وجود المرأة غير الأم ودورها في عملية التنسية، لأن مهما كانت الحالة الزوجية للمرأة، فإنها تعد عضو من أفراد المجتمع، وكانت ولا تزال - رغم ما قيل عنها- نصف المجتمع.

والأمهات ذوات مستويات تعليمية منخفضة، والقاطنات في البيت بدون عمل، وتختلف درجة تقبلهن وتحملهن تلك المضاعفات الصحية.

وبهذا تكون في البداية الفرحة لكل حالات الدراسة، وبعدها بمرور شهور الحمل تختلف المعايضة حسب الظروف المعاشية للحمل إن كانت صعبة أو سهلة أو طبيعية وهذا ما سنفسره لاحقاً.

كما اتضح أن المرأة الماكثة في البيت تعطي لتجربة الحمل و الأمومة، الدور الأساسي في حياتها، في حين أن المرأة العاملة اهتمت بدورها كأم لكنها اعتبرته ضمن الأدوار العديدة التي تقوم بها، و ما يؤكد هذه الفكرة النتائج التي توصلت إليها الباحثة " نيلة علي أبو زيد " في دراستها تحت عنوان: " مفهوم الأمومة لدى شرائح من المجتمع المصري وعلاقته بعمل المرأة وتوافقها الزواجي " حيث توصلت هي الأخرى أن المرأة المتعلمة والعاملة لا يكون دور الأمومة عندها في بؤرة الإهتمام في حين اعتبرته المرأة غير العاملة دوراً أساسياً تدور حوله حياتها، وقالت في هذا الصدد: >> فهو يحتل في نفسها مكانة تفوق الأدوار الأخرى بالنسبة لها<<. (علي أبو زيد، 1985، ص.373).

كقائمتين حيناً حاولت الغوص أكثر في مجال معاشية الحمل أن كل المبحوثات قد تعرفن على علامات الحمل، حيث اتضح من هي بدراسة علي أن توقف الحيض أثناء الحياة التناسلية للمرأة يعد من أول علامات الحمل، وبالتالي نجد كل واحدة منهن تعلم جيداً أن الحيض يرتبط ارتباطاً كبيراً بالحمل والإنجاب، كما عرفت جل المبحوثات خلال الأشهر الأولى من الحمل حالة الغثيان والقيء، وكان دليل آخر على تعرفهن بأنهن حوامل في تلك الفترة، وهناك من لجأت إلى الطب التكنولوجي الحديث والمتمثل في الإيكوغرافيا.

فيما يخص معاشية الوحم، الذي يبدأ عادة من الشهر الثاني حتى أواخر الشهر الثالث، عاشت كل حالة هذه الفترة بطريقة متشابهة من ناحية الإحساس بالدوخة، القيء، قلة النوم، الرغبة في أكل مأكولات من فواكه كالموز، والسمك، واللحوم... إلخ، وهنا يظهر دور الزوج والأهل في محاولة تلبية طلبات النساء الحوامل - وبالخصوص إذا كان الحمل الأول- خشية حدوث شيء مكروه للطفل، حيث يعتقدن أنه في شهور الوحم لا بد من تلبية رغبات الحامل خشية على المولود، حيث تظهر علامة على مكان ما من جسمه تمثل الشيء المرغوب فيه و قد حرمت منه وتسمى الوحمة، فهذا الاعتقاد الراسخ تواجد بكثرة في أوساط النساء ذوات مستوى تعليمي متوسط، قاطنات في البيت بدون عمل مقارنة بالجامعيات - العاملات.

هذه المعتقدات موجودة في أوساط العديد من المجتمعات وعلى سبيل المثال لا الحصر، أوضحت نتائج دراسة أقيمت في أوساط النساء القاطنات في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة تحت عنوان << طقوس الحمل والولادة >> أن كل نساء مجتمع الدراسة عشن فترة الوحم بالرغبة في أكل المأكولات، وهناك من عشن تلك الفترة في كره رائحة الزوج، كما صرحت البعض منها أن جارتها قد توحمت على كبد، ولم تأكلها فظهرت على وجه إبنها، وبهذا تم تلبية كل رغباتهن خشية حدوث شيء مكروه للطفل. (د. سعد الله، العدد 1، ربيع، 2001، ص.93).

أما عن معايشة الحمل ذاته، هناك من عاشت التجربة بقلق وخوف نتيجة الظروف الصحية والاجتماعية، فكل حالة طبع دورها الوظيفي الإيجابي بطابع منفرد عن الحالة الأخرى، وتبين في ضوء اللقاءات المعمقة أن هناك ضعف أو انعدام الوعي بمخاطر الحمل، وبالخصوص عند النساء اللواتي أنجبن طفلا واحدا كالحالة الأولى نادية، والحالة الرابعة "زهرة"، والحالة السادسة "ياسمين"، والحالة التاسعة "حسينة"، ولكن يأتي الوعي بعدما تكون هذه المرأة قد مرت بتجربة قاسية ومعايشتها تجربة حمل عالية الخطورة، كالحالة الثانية سمية، والحالة العاشرة "نجاه"، إلا أنهن كن جد حريصات على الإقبال على الطبيب الخاص والمتابعة المستمرة أثناء الحمل من أجل الكشف، كما كن حريصات على تفهم كل المضاعفات الصحية وبكل تفاصيلها.

ولا يفوتنا ونحن بصدد عرض المقابلات المتعمقة أن هناك بعدا مهما عكسته هذه النتائج والمتمثل في العلاقة بين الزوجة والحماة ومعايشة الحمل، حيث كانت هذه الأخيرة قاسية وصعبة من الناحية النفسية لحالة نادية، كانت الحماة تنحكم في الأمور المنزلية وفي حياتها الزوجية، وعلى إثرها كانت نادية سريعة التأثر والانفعال لأنفه الأسباب، وكانت في تلك الفترة بحاجة إلى رعاية نفسية، وراحة تامة، وأن تحاط بجو من الحنان والابتعاد عن كل المشاكل والانفعالات التي تؤثر عليها وعلى جنينها، وهذا ما لم تجده نادية خلال معايشتها فترة الحمل.

لقد شدت انتباهنا حالة نادية لأن كان سردها لتجربة الحمل وبعده أكثر تشاؤما من غيرها من المبحوثات، وكانت ترى أن الحمل هو "Stress" و "Angoisse" وأرجعت ذلك الخوف الشديد في إنجاب طفل غير سليم، وعاشت طوال فترة الحمل بما سمته نادية << شك و توسويس >>، واعتبرت هذه الحالة أن الحمل هو مرض، وهو في حقيقة الأمر ليس بذلك، وفي هذا الصدد يعطى لتعريف الحمل أنه << ليس مرضا، ومهما كانت ألامه

فهو حالة فسيولوجية غير مريحة أكثر منها مرضية، إنه ثورة في جسم المرأة وحالة جديدة يجب ألا تسبب قلقا متزايدا>>. (د. الإبرش، مرجع سابق، ص. 241).

وتعريف آخر يؤكد ذلك وهو أن >> الحمل ليس بمرض، ومحدداته متعددة العوامل وتتبعها تخصصات عديدة منها (التوليد، الإبيدميولوجيا، الصحة العمومية، الديموغرافيا، العلوم الإجتماعية)>>⁽¹⁾

(Prual, 1999, Vol 11, 102, p.169).

وبهذا تتماشى نتائج الدراسة الكيفية مع الدراسات التي تناولت نظرة النساء إلى تجربة الحمل، حيث تؤكد هي الأخرى أن الحمل ليس بمرض ولكنه تجربة صعبة، وبالخصوص في أوساط النساء اللواتي تقعن في ولادة مزيفة، أو تصادفن مشاكل صحية أثناء فترة الحمل.

(De Koninck, 2001, p.37).

وبهذا يعد حدوث الحمل من الأحداث بالغة الأهمية التي تستحق العناية والاهتمام بتجارب النساء لذلك الحدث، وعلاوة على ذلك، اتضح أنه بالرغم من كثافة التغيرات المرتبطة بالتقدم الطبي التكنولوجي في مجال الحمل والولادة، والخدمات الصحية المقدمة إلى الحوامل بما فيها ظهور "الإيكوغرافيا"، إلا أن هناك اعتقادات راسخة لدى شريحة من مجتمع الدراسة والمتمثلة في معرفة جنس المولود بمجرد الرؤية إلى شكل البطن، حيث نجد من اكتسبت تلك المعرفة من الوسط الاجتماعي التي عاشت فيه، وعن طريق تعدد مرات الحمل، حيث ترى المبحوثات أنه إذا كان المولود ذكر يكون شكل البطن طوليا وهناك من تقول كرويا، وتكون الحامل خاسة، وتظهر بوجه متعب و متعبئة باستمرار، أما إذا كان المولود أنثى، يكون شكل البطن بالعرض، وهناك من تقول أنه مسطح، ويزداد جمال الحامل، وتردد على ألسنتهن كلمة "مزيانة".

وتمركزت هذه المعرفة في أوساط النساء ذوات المستوى التعليمي المتوسط والثانوي، عاملات وغير العاملات، أما الجامعيات العاملات تعلمن ذلك لكنهن لا تؤمن به وصرحن بأنهن أقبلن مباشرة إلى استعمال الإيكوغرافيا للكشف عن جنس المولود.

⁽¹⁾ >> La grossesse n'est pas une maladie, ses déterminants sont multifactoriels et relèvent de disciplines très diverses (obstétrique, épidémiologie, santé publique, démographie, sciences sociales)>>.

ولالإشارة، إن هذا الاعتقاد يتواجد في المجتمعات العربية، إلا أنه يختلف من مجتمع إلى آخر، لو تأخذ المجتمع التونسي على سبيل المثال لا الحصر، فالاعتقاد السائد حول علامات التعرف على جنس المولود، يكمن إذا كان ذكرا، في جلوس المرأة الحامل دائما مطوية الأرجل، ويقع الطفل في الجهة اليمنى لثدي المرأة الحامل، كما تصاب بتشنجات في الجسم .

(Claus,opcit,p.185) .

وإذا كان جنس المولود أنثى، فإن المرأة الحامل تفتح رجليها عند الجلوس، كما أن الطفل يقع في الجهة اليسرى للثدي، ويظهر الوجع في البطن وبالخصوص في الجهة العليا للجسم، وتحس المرأة الحامل بعد ثلاثة أشهر من حملها بتحركات بسيطة ولا يكون الحمل ثخينا، ويكون وجه الحامل مصفر. (Ibid, p.186)

هناك اعتقادات أخرى تتواجد في أوساط المجتمع المصري، حيث يتم التعرف على جنس الطفل من خلال شكل البطن أو موضع حركة الطفل في البطن، حيث إذا تواجد الجنين مرتفعا إلى الأعلى وكان شكل البطن صغير ومدبب مع انخفاض في وزن الأم فيعني أن المولود ذكر، أما التعرف على جنس المولود أنثى، يكون عن طريق ازدياد جمال المرأة ونظارة بشرتها، مع ازدياد وزنها، ويكون شكل البطن مربع كبير، وتسود هذه الاعتقادات في أوساط النساء وذلك حسب مستواهن التعليمي. (د. إبراهيم، 2002، ص.302).

كما يعتقد أيضا أن الذكر يتحرك قبل البنت، الحقيقة التي تجهلها هؤلاء النساء هي أن تحديد جنس المولود هو الرجل، كما أن الارتفاع والانخفاض يتمشى في كل مرحلة تمر بها الحامل وليس له علاقة بجنس المولود إذا كان ذكرا أو أنثى.

وعلاوة على ذلك، من المعتقدات المتواجدة في الثقافة الإماراتية، بما فيها التنبؤ بجنس المولود من خلال العديد من المؤشرات ، نذكر أهمها، بالإضافة إلى التنبؤ من خلال الشكل الخارجي للبطن الذي سلف الإشارة إليه نجد : >> البعض يتنبأ بنوع الجنين طبقا لنوع الأكل الذي تتناوله السيدة في شهور حملها، فالوجبات الحمضية والمالحة تدل على أن الجنين أنثى، أما أكل اللحوم والأكلات الغنية بالبروتين تدل على أن المولود ذكر .

- والبعض يعتقد أنه إذا تغير لون أسفل القدم (بطن الرجل) وظهرت به العروق الخضراء هذا مؤشر على أن الجنين ذكر، أما إذا ظل بطن القدم أبيض صافي فإن الجنين أنثى.

كذلك إذا تغير لون لحمة الثدي إلى اللون الأسود فإن هذا يوحي بأن الجنين أنثى.

- والبعض يعتقد أن وجع البطن وراءه بنت، ووجع الظهر وراءه ولد.

- والبعض يعتقد في حركة الجنين، فلو كان الجنين يضرب أو يتحرك على الجهة اليسرى فإن الجنين ذكر، أما إذا كانت الحركة جهة اليمين فإن المولود أنثى.

أما إذا تحرك الجنين في الشهر الثالث فهذا يعني أن الجنين ذكر، أما إذا تأخرت الحركة إلى الشهر الخامس مؤشراً فالجنين أنثى.

- البعض يعتقد بأن حمل البنت يحل ويحمل من وجه الأم طوال شهور الحمل، والعكس بالنسبة لحمل الولد، حيث يؤدي إلى بهتان واصفرار لون وجه الأم بل وتظهر الظلال السوداء تحت عينيها.>> (د. سعد الله، مرجع سابق، ص.97).

أما فيما يخص العادات الغذائية، والإقبال على خدمات صحة الأمومة من أجل المراقبة الطبية للحمل التي تعد من أهم السلوكيات المسؤولة عن تكوين البناء الإدراكي للمرأة الحامل ونظرتها إلى الأمومة الآمنة، توصلت نتائج الدراسة الكيفية إلى أن كل مبحوثة على علم أن الغذاء الجيد أثناء فترة الحمل وبعده يعد من العادات والسلوكيات البالغة الأهمية، والافتقار إليه يترك أثراً عكسياً على صحة المرأة ووجنينها على حد سواء. وأن هذا الغذاء الجيد لا بد أن يتكون من مواد تزيد من نسبة الدم والحديد في الجسم مثل اللحم، السمك، الكبد، الخضر والفواكه، الحليب ومشتقاته، السلق، العدس، وكانت كل مبحوثة تراقب نفسها في عدم الإكثار أو الامتناع عن أكل العجين والحار، وقهوة، والمشروبات الغازية.

ولو نبحث عن عادات الغذاء أثناء فترة الحمل عند المرأة التونسية، نجد في

منطقة الصحراء التونسية يمنعون المرأة الحامل تناول كل من⁽¹⁾:

- << Gabbâr (caparis spinosa L) des capres.
- Zâter (Thymus bleicherianus pom) du Thym.
- Fijel(Ruta mantana L) de la rue.
- Klil (Rosmarinus officinalis) du romarin. (Claus, opcit, p.183).

(1) - من أجل تفاصيل أكثر إرجع إلى الملحق رقم 10 الذي يبرز أهم النباتات بتعاريفها وأشكالها .

وإذا تجاوزت المرأة الحامل الثلاثة أشهر الأولى، فإنه يسمح لها أن تأكل كل شيء، ونجد كل أفراد الأسرة يعتنون بالحامل وبصحتها بما فيها المأكل والمشرب، والراحة، والرعاية الصحية لها ولجنينها، إذ يعلمون خطورة الحمل في حالة عدم الرعاية والمراقبة المستمرة.

في هذا الصدد يقول مثل تونسي:

<< L'mrà h'amel sag l'brra w asag fi l – gbar>>.

<< une femme enceinte à un pied dans le monde des vivants et un autre dans la tombe>>. (Ibid, p.184).

وهو ما يساوي المثل الجزائري القائل: << المر الحامل، رَجُلٌ فِي الدُّنْيَا، وَرَجُلٌ فِي لآخر >>.

من جهة أخرى نجد أن نظام الأكل عند المرأة الحامل في المجتمع السنغالي، يأخذ شكلا آخر حيث يمنعون عن المرأة الأعشاب كونها تسبب الإجهاض و العقم خاصة منها التي تتميز بمرارة الذوق، فالإعتقاد السائد أن كل ما هو مر هو سام، و تناول هذه الأعشاب بكميات كبيرة قد يسبب موت الجنين، وبالمقابل كل الأراض المرة يعتبرونها خطيرة للمرأة الحامل. (Diop, 1989, p.57)

وعلاوة على ذلك، يعتقدون أيضا أن أكل البيض يعد هو الآخر من الموانع للمرأة الحامل في أوساط مجتمع Togo السنغال باعتباره يسبب Dystocies⁽¹⁾. حيث ينظرون إلى البيض أنه أصل الحياة أو ما تسمى بنطفة الحياة، فتدميرها يجلب النحس، ويقال في هذا الصدد أن:

<<L' Oeuf étant le germe de la vie, le détruire porte malheur>>

(Ibid, p.57).

وهناك اعتقاد سائد فيما يتعلق بأكل الحمام، و هو ممنوع عن النساء عامة، والحوامل خاصة، باعتباره مخفض للخصوبة وكذا الرضاعة الطبيعية، ولا ينصح أيضا للمرأة الحامل أن تأخذ السكر بكميات كبيرة لأنه يتسبب في ارتفاع وزن الجنين الذي يؤدي بدوره إلى ولادة عسيرة.

⁽¹⁾ - Dystocies : " anomalie d'origine maternelle ou foetale, conduisant à un accouchement difficile l'opposant à Eutocie accouchement normal ". (Domart et Bourneuf, opcit, p,272) .

وينظر البعض منهم إلى تلك الموانع من الجانب السحري - الديني و لا علاقة له
بالمشاكل الصحية أثناء الحمل، و اعتقادات عديدة ما زالت سائدة و متداولة بين الناس،
فمثلا يمنعون خروج المرأة الحامل في الليل باعتقادهم أن الساحر يتواجد في نشاط
(Ibid, p.57)

و هناك اعتقاد يأخذ شكلا آخر في المجتمع المصري، و يتمثل في أن المرأة الحامل
تعد إنسانة طاهرة، نتيجة لما تعانيه من ضعف و تعب أثناء اجتيازها مرحلة الحمل، و في
لحظة الولادة تحيط بها الملائكة من كل الجوانب و يكون دعاؤها مستجاب (د. إبراهيم،
مرجع سابق، ص.307).

و تلك الاعتقادات سائدة و متداولة في مختلف المجتمعات و هي راسخة بالخصوص
عند الجماعات المحافظة، كما أنها ما زالت إلى حد الساعة تشكل عائق كبيرة أمام
الإقبال على خدمات صحة الأمومة الحديثة.

و بالإضافة إلى المعتقدات السالفة الذكر، هناك بعض العادات و الممارسات تأخذ
شكلا آخر في طريقة العناية بالمرأة الحامل، و المتمثلة أساسا في " زيارة الوالي"، و تعد
هذه الأخيرة من الأساليب التي تعكس معاشية المرأة الحامل، فعلى سبيل المثال تذهب
المرأة في تونس إلى زيارة الوالي حالة تلقيها مشكلا صحيا أثناء الحمل، أو الولادة
المبكرة أو ولادة ميتة و على إثرها تتقرب إليه و تردد الكلمات التالية:

<< Ya sidi h'mid jibli ulid, jitek nijri, ammer h'ejri >>.

<< Oh Sidi h'mid, donne moi un enfant, je me suis précipitée vers toi,
fais que je sois enceinte ! >>. (Claus, opcit, p.184).

و عقب عملية الولادة، تحضر الوعدة، و تقبل إلى الوالي من أجل الزيارة و تردد الكلمات
الآتية:

<< Jinà zayrin inchallah inrawah' u nàyrin, bjâh 'allah wa ç-
çalhi'in >>

<< Nous avons rendu visite et nous espérons revenir rayonnantes de
bonheur, par dieu et par les saints >>. (Ibid, p.184).

هذه الممارسات ظهرت من خلال نتائج دراسة الحالة بحيث كانت إحدى
المبحوثات و هي " صورايا" قد ذهبت لزيارة الوالي المدعو سيدي عبد الرحمن، أثناء
حملها الأخير، بصحبة والدتها التي شجعتها - حسب تصريحاتها - على ذلك، لأنها كانت

قلقة وخائفة أن تكون ولادتها غير سليمة، وأثناء هذه الزيارة صلت ركعتين ودعت الوالي أن تكون ولادتها بدون خطر، و أن تتوقف عن الإنجاب بعدها اعتقادا منها أن هذا الوالي سيحقق رغبتها في عدم الإنجاب وكررت صورايا أثناء الجلسة عدة مرات العبارة التالية: << مَا لَا زَمْتْسُ نَزِيدُ نَوْلُدْ، بَرَّافُ عَلَيَّ >>.

في نفس الوقت كانت "صورايا" حريصة على صحتها أثناء اجتيازها مرحلة الحمل، حيث ترددت على المستشفى منذ الشهر الرابع من الحمل نتيجة تعرضها إلى مشكل صحي والمتمثل في ارتفاع ضغط الدم، وكذا الأنيميا.

وهو ما لوحظ بالنسبة لبقية الحالات حيث كانت متابعتهن للحمل في المستشفى، وتمثل السبب في ذلك، هو الإمكانيات المحدودة للنساء خاصة منهن القاطنات في البيت بدون عمل، وهذا ما يبرز وضع المرأة الاقتصادي المحدود الذي يعد عاملا بالغ الأهمية في اجتيازها تجربة الحمل وما بعده، وأيضا يعد عاملا أساسيا في عملية أخذ القرار، في نوع القطاع، ولهذا تبين لنا أن التمثيل الاجتماعي حول مدى المتابعة في القطاع العام أو الخاص يرتبط مع القدرة المادية للزوجين، حيث تبين أن المرأة العاملة لها القدرة في اتخاذ القرار اتجاه اختيار نوع القطاع لمتابعة الحمل وبعده، حيث تابعن كلهن الحمل في القطاع الخاص لأنهن مستقلات ماديا.

أما عن نظرة المبحوثات إلى صحة الأمومة، تبين أن اللواتي تابعن الحمل في المستشفى لم تكن راضيات بتلك الخدمات الصحية بما فيها مدة الانتظار الطويل، سوء الاستقبال، قلة النظافة، في حين اللواتي تابعن الحمل عند الطبيب الخاص كن جد راضيات في مجال الاستقبال، ونظافة المكان وكذا المدة المستغرقة من طرف المعالج، وهذا عكس ما عاشته المرأة التي تابعت حملها في المستشفى حيث لم تكن راضية على الوقت المستغرق في عملية الكشف وبعد "متغير مدة استغراق الكشف" من أهم المقاييس التي يحكم بها المريض عن طبيبه المعالج، وفي هذا الصدد قام الباحث الأنثروبولوجي الجزائري الدكتور "محمد مبول" بدراسة حول النظرة إلى الطبيب الجيد، فاتضح من خلال الإجابات، أن الطبيب الجيد هو الطبيب الذي يفهم المريض، يستغرق وقتا طويلا معه، يشرح له، يسمع له، يكون صبورا معه قبل إعطائه العلاج والدواء.

(Mebtoul, 1993, Vol x1 و n° 2, p.47).

وتوصل إلى أن المريضة التي تقبل على الطبيب الخاص تكون مرتاحة نتيجة الاستقبال الجيد، والنظافة الجيدة. (Ibid, p.47).

إن فكرة مدة استغراق وقت الكشف التي اشتكت منها النساء اللواتي تابعن في المستشفى تجرنا إلى فكرة تطرق إليها الباحث "محمد مبتول" والمتمثلة في مفهوم الصمت **Le silence** ⁽¹⁾ الموجود بين الطبيب والمريض حيث لم تصرحن المبحوثات بهذا المفهوم، إلا أنه يبرز جليا في عدم رضاهن عن مدة الكشف.

ومن خلال شكاوي المبحوثات، تبين نقص كبير في عملية الاستماع والشرح، كما لا يخفى علينا أن المحادثة بين المعالج والمعالج تعد هي الأخرى من العناصر الأساسية في عملية العلاج ⁽²⁾.

وبهذا اتضح أن اختيار النساء الحوامل الإقبال على الطبيب الخاص مرتبط بتلك العلاقة التي تنتج بين الطبيب والمرأة الحامل طيلة فترة المتابعة، ولارتياحهن بالوقت المستغرق من أجل الفحص، وكذا إحساسهن بأنه الطبيب النفساني والناصح والمعالج في الوقت نفسه (أنظر حالة نادية) وهذا ما لا تجده النساء اللواتي تابعن حملهن في المستشفى.

وعلاوة على ذلك، لقد تبين من خلال اللقاءات المعمقة أن العوامل الرئيسية لكفاءة وجودة خدمات صحة الأمومة هو الالتفاتة إلى تحسين الخدمات المقدمة وتمثل أساسا حسب تصريحات المبحوثات إلى نظافة المكان، وطول مدة الانتظار، تحسين طريقة الاستقبال، مدة استغراق الكشف، العناية الصحية للحامل، وتكررت كثيرا عبارة العناية الصحية للحامل والتي تتمثل أساسا في عملية التثقيف الصحي للمترددات على هذه المراكز الصحية مع مراعاة العادات الصحية أثناء اجتيازهن فترة الحمل وبعده بما فيها

⁽¹⁾ - لقد تطرق الباحث إلى مفهوم الصمت في مقالة تحت عنوان:

<< La Santé au quotidien: le dispensaire du quotidien d' El - hamri(Oran)>>.

وهذا هو نصه:

"Au cours des consultations, nous étions aussi conduits à noter fréquemment ceci:

" Le médecin remplit et remet en silence l'ordonnance à l'usager". le terme " Silence" reviendra souvent dans nos notes d'observation.

Silence de la part du médecin ou il s'agit surtout de prescrire les médicaments à l'usager.

Silence de la part de la majorité des femmes ou l'expression est plus gestuelle quand il s'agit d'indiquer la partie du corps ou elles souffrent>>.

<< Quand la parole n'a pas été reconnue, quand la parole de reconnaissance a fait défaut et que le langage n'arrive plus à dire ce défaut, c'est le corps qui tente de le dire>>.

(Mebtoul, 1993, Vol X I, n°2, juin, p.45).

- (Mebtoul et al , Vol 26, n° 2, 1998, p.15).

⁽²⁾ - إرجع إلى:

و (رشوان، 1999، ص ص 136 - 147).

التغذية الجيدة، وتجنب الأمراض من أنيميا، نزيف دموي من خلال العناية الطبية قبل الحمل وقبل الولادة وبعدها، والفحص الطبي الروتيني.

تلك هي النتائج المتعلقة بنظرة المبحوثات اتجاه خدمات صحة الأمومة، وهي تحتاج بالفعل الغوص فيها أكثر من خلال البحوث الميدانية والدراسات الكيفية بهدف جمع معلومات كافية ووافرة تستغل لغرض الرفع من كفاءة البرامج.

وما ظهر جليا خلال الدراسة الكيفية هو افتقار النساء إلى المعلومات الصحية المتعلقة بالمشاكل الصحية التي قد تواجهها أثناء الحمل بما فيها النزيف الدموي، تورم الوجه أو الأرجل، الأنيميا، ارتفاع ضغط الدم، وإن وجدت فهي معرفة سطحية، حيث وجدتهن بعلم أن أكل العدس أو السلق⁽¹⁾، والتمر يخفف من الأنيميا، وأن أخذ " البراسيتامول " يخفف من وجع الرأس، وأن النقص من الملح يخفف من تورم الوجه أو الرجلين، مع استعمال ماء ساخن لذلك، وأن الراحة والنوم يخفف من ارتفاع الضغط الدموي، وترين كلهن ضرورة التردد على الطبيب في حالة المضاعفات الصحية.

تلك هي النتائج المتعلقة بمعايشة النساء تجربة الحمل والنظرة إليه، وفي العنصر الموالي سيتم التركيز على أهم حدث تنتظره كل امرأة بعد مرورها بحوالي 266 يوما أي 36 أسبوع من وقت التبويض، ألا وهي الولادة، وسنحاول تسليط الضوء على معايشة ونظرة النساء ذلك الحدث.

3-2- معايشة الولادة والنظرة إليها:

نأتي إلى مفهوم الولادة، ومعايشة المرأة لهذا الحدث الذي يعد " جد صعب" حيث تجد المرأة الحامل نفسها وحيدة في مواجهته و في معايشة تلك الآلام و ذلك الشعور بالخوف على مصير المولود الجديد أن يكون مولودا ميتا، أو مشوها أو مريضا.

إن الاقتراب الوصفي لمفهوم الولادة، يبدو بالغ الأهمية من حيث فهم وتحليل العبارات والكلمات المعبرة عنه والتي تأتي في قالب اجتماعي- ثقافي معين، حيث تكررت، على لسان كل مبحوثة، عبارة " حدث صعب"، " ألم"، " صراخ"، " تقلصات

⁽¹⁾ - وللإشارة لقد أكدت كل المبحوثات على أكل السلق باعتباره يجلب الحديد، وهو بالفعل، يعرف السلق كما يلي: >> السلق بقلة لها ورق طوال وأصلها في الأرض، وورقها غصن طري يؤكل مطبوخا، وغني بالحديد ولذلك يوصف للمصابين بفقر الدم والحوامل، وهو مادة ملينة يمنع الغازات، وقد استعمل قديما كضاد للجروح البسيطة>>. (الغزالي، 1989، ص.98).

عسيرة"، وقد كانت خلال هذه الفترة لكل امرأة حامل تجربة خاصة، فمنها من احتاجت إلى تدخل جراحي أين تمت الولادة بالعملية القيصرية (نجاه وغيرها) ومنها من وضعت مولودها بطريقة طبيعية (حالة نادية و صورايا... وغيرها)، وبالرغم من اختلاف طريقة الولادة إلا أن نظرة ومعايشة الولادة مشتركة بين كل الحالات المستجوبة، فكلهن صرحن بأنهن عشن مرحلة خوف و قلق على حياتهن و حياة مولودهن و بالتالي معايشة حدث الولادة هي معايشة لفعل عنيف "Action violente"، وهذا ما أكدته الدراسات⁽¹⁾.

ففي هذا الصدد يعرف الأدب الأنتولوجي الولادة كأن >> أكثريتها يعد حدثا صحيا الذي يمر بدون مضاعفات طبية- جراحية أو توليدية، إلا أنه غالبا ما يصبح هذا الحدث محزنا ويشغل كل المجال الاجتماعي في حالة صعوبة إخلاء الجنين أو وفاة الأم<<.

(2). (Thierry, 1998, p.119)

كما يشكل هذا الحدث " لحظة قوية " في حياة النساء، ولادة طفل يستلزم الحنان والألم، القلق والفرحة الوحدة وأيضا المقاسمة.

(Die Vilaine et al, 1986, p.156).

وكل هذه الأحاسيس والمعايشة مرت بها كل حالة من حالات الدراسة الكيفية التي

نحن بصدد تحليل نتائجها.

بالإضافة إلى أن هذا الحدث يعتبر عملية بيولوجية إلا أن ثقافة المجتمع أعطته صبغة معينة متمثلة في مجموعة من الأنماط السلوكية المرتبطة بعملية تسهيل الولادة، حيث اتضح من خلال نتائج الدراسة الكيفية أن هناك من اتبعت سلوكا صحيا متمثلا في الإكثار من المشي، وهناك من أقبلت على شرب مغلى الزعتر⁽³⁾ القرفة. إذا ما قارنا هذه السلوكيات بما هو منتشر في تونس نجد أن وضع "الحنة" في اليمين و الرجلين أثناء الشهر التاسع من الحمل من الأمور التي يعتقد أنها تسهل عملية الولادة، ويقال في هذا الشأن:

⁽¹⁾ - >> L'accouchement est souvent vécu comme une action violente dans laquelle apparaissent des peurs de destructions du corps de l'enfant>>. (Massimo, Ammanti et al, opcit, p.13

⁽²⁾ - >> La grossesse et l'accouchement sont très majoritairement des événements sanitaires qui se déroulent sans complications médico- chirurgicales ou obstétricales. Toutefois peu souvent mais très rapidement (une journée suffit), l'accouchement peut devenir dramatique et occuper tout le champ social si l'enfant n'est pas évacué et / ou si la maman meurt>>. (Thierry, 1998, p.119).

⁽³⁾ - انظر إلى الملحق رقم 10 الذي يبرز أهم النباتات بتعاريفها وأشكالها.

<< Khalli n'henni b'ach y'h'enn aliya rabbi>>.

<< qu'il me soit permis de m'enduire de henné afin que mon seigneur ait pitié de moi>>. (Claus, opcit, p.184).

وبالإضافة إلى ذلك، يعطى للمرأة الحامل بيض مسلوق وأيضا غبرة زعتر (Poudre de thym) باعتبارها نبات يسهل الولادة، ولتعجيل عملية الولادة يستعمل ريشة عصفور متعددة الألوان يسمى طبيب "Tbib"، وتقوم القابلة بخلط هذه الريشة مع بخور قلفونية (Résine de benjoin)، وعلى إثرها تقوم بتبخير الحامل على مستوى الأعضاء الجنسية. (Ibid, p.184).

أما في المجتمع المصري، فيعتقد أنه لا بد أن تأكل الحامل خمسة بيضات مسلوقة أثناء أيام الوضع كما يبخرونها " بالردة " و " الشيخ " وذلك من أجل تسهيل الولادة، وما زالت هذه المعتقدات سائدة في الأوساط الشعبية. (د. إبراهيم، مرجع سابق، ص.307).
أما فيما يخص اتخاذ القرار أثناء فترة الولادة، فقد تبين أن كل المبحوثات فضلن الولادة في المستشفى على الرغم من الإقبال الكبير على الطبيب الخاص أثناء المتابعة ، فحسب تصريحاتهن هو المكان الأكثر أمانا للأم ولوليدها، أين تتوفر الكفاءات و الخدمات الطبية العالية مقارنة بما هو موجود في القطاع الخاص، و ترى " نجاة " على سبيل المثال أنه لا يمكن للقطاع الخاص أن يقدم علاج كاف حالة إصابة المرأة الحامل بالنزيف الدموي، أو تسممات للحمل أو التهابات، كما لا يمكنه أيضا تقديم الخدمات حالة إصابة المولود الجديد بمضاعفات صحية.

وحسب المبحوثات من الممكن أن تتحول إلى ولادة خطيرة بسبب مضاعفات غير متوقعة، فالمستشفى - حسب تصريحاتهن - هو القطاع الوحيد الذي تتوفر فيه تجهيزات التوليد والجراحة والإنعاش، وأخصائيين في طب النساء والتوليد وفي طب الأطفال، وبهذه التجهيزات يمكن مواجهة الولادة مهما كان نوعها، عادية أو ذات خطورة عالية، حيث نجد كل حالة تقبل إلى المستشفى وهي مطمئنة من حيث ظروف الولادة.

إنهن مطمئنات بالفعل من حيث ظروف الولادة في المستشفى إلا أنهن تشتكين من سوء معاملة القابلات وذهبت "نجاة" أبعد من ذلك حين وصفت القابلة بـ"مسمومة"، كونها تركتها فوق طاولة التوليد لمدة طويلة لنقلها إلى الغرفة الثانية. وهناك من صرحت بأنها لم تجد سريرا لمولودها كحالة "سمية" أو أنها انتظرت وقتا طويلا من أجل تلبية

احتياجاتها، و ذلك نظرا لقلة المستخدمين المؤهلين ومنهن من اضطرت لأخذ لوازم الفراش، وحتى الأكل.

وفي هذا الصدد إن العناية في وقتنا الحاضر بالمريض عموما على مستوى المستشفيات العمومية تبقى ناقصة حيث يضطر المرضى أو أسرهم لأخذ معهم الملايا، والغطاء، والأكل، وحتى الدواء في حالة عدم توفره في المستشفى، وهذا ما تبين أيضا من خلال دراسة الباحث محمد مبتول في وسط المرضى المصابين بداء السكري، والضغط الدموي، من جانب درجة افتقار المصالح الإستشفائية من أبسط إمكانيات الراحة، وغالبا ما تضطر عائلات المرضى السهر إلى جانب المريض للعناية به.

(Mebtoul, 1999, p.12)

وهذه النتائج المستخلصة من البحوث الميدانية تجرنا إلى التفكير والاهتمام أكثر بتوفير الخدمات الصحية عامة، وخدمات صحة الأمومة في المنشأة الصحية العمومية بما فيها المستشفى، فالإلتفاتة إلى هذا النوع من المواضيع يعتبر بالغ الأهمية من جانب الخدمات الطبية التي تقدمها تلك المنشأة الصحية العمومية، وعلى إثرها نقوم برفع مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة وما بعدها، والذي يعد عاملا مشجعا على إحداث التغيير الاقتصادي والاجتماعي وبالتالي على تحقيق التنمية المستدامة التي تحدد بدورها نوعية حياة أفضل للمرأة الحامل ولوليدها.

وهنا يبرز دور الأنثروبولوجيون، الاجتماعيون، في تسليط الضوء والإلتفاتة إلى هذا النوع من المواضيع.

وعقب الولادة، تخادر الوالدة المستشفى مع وليدها، وتعيش مرحلة الرعاية بعد الولادة أو ما يسمى بالنفاس وهذا ما سنبرزه في العنصر التالي:

3-3- معايشة النفاس والنظرة إليه:

تعد فترة النفاس، وهي الأربعين يوما التي تلي الولادة خطرة على الأم وعلى طفلها في حالة عدم المتابعة والرعاية الصحية التامة بما فيها المراقبة الطبية، إذ من الممكن أن تصادف المرأة بعد الولادة مضاعفات تحتاج إثرها رعاية مستعجلة، وتتمثل هذه المضاعفات عموما في الارتفاع في درجة الحرارة، أو حدوث نزيف مهلي، أو نزول إفرازات مهبلية غير طبيعية، ولتفادي تلك المضاعفات تقبل المرأة على الرعاية بعد الولادة.

حيث تحتاج المرأة في تلك الفترة - أي بعد الولادة- إلى توعية صحية في مجال تنظيم الأسرة للمباعدة بين فترات الحمل وذلك من أجل الحفاظ على صحتها، ورعاية أفضل للمولود الجديد.

كما تحتاج أيضا إلى توعية صحية في مجال الإقبال على الرضاعة الطبيعية، والتطعيم والتغذية والرعاية الكاملة للمولود الجديد. ونظرا لدرجة خطورة معايشة المرأة فترة النفاس يعبر التراث الشعبي التونسي عن ذلك في المثل القائل:

<< Gbar nafsa yibqà arb'in youm mah'loul>>.

<< La tombe d'une femme en couches reste ouverte durant quarante jours !>>. (Clausen op.cit, p. 195).

وللإشارة إن هذا المثل منتشر ومتداول أيضا في الثقافة الشعبية الجزائرية، حيث تعتبر مرحلة النفاس مرحلة حرجة من المحتمل أن تلقى المرأة حتفها نتيجة عدم الرعاية الصحية و في هذا الصدد يقول المثل الشعبي : << قَبْرُ النَّفْسَا بِيَقَى مَفْتُوحٌ رَّبْعِينَ يَوْمًا >>. ولقد أكدت نتائج الدراسة الكيفية اهتمام المبحوثات بالرعاية الصحية بعد الولادة، لكن الملفت للانتباه إقبال النساء بعد الولادة بدافع علاجي أكثر مما هو وقائي.

كما صرحت المبحوثات أنهن خضعن للراحة التامة و اتبعن نظام غذائي، يكون عادة غني ومتكون أساسا من زيت الزيتون، العسل، بالإضافة إلى اللحوم والحليب ومشتقاته، مع اجتناب أخذ العجين.

في المقابل نجد أن المرأة النفساء في تونس تأخذ الحلبة (Fenugrec)⁽¹⁾، والفاصوليا (Haricot)، الحوت، الحمص، والحلبة، والحليب، ومشتقاته، الزيت، البيض. (Ibid, p. 192).

أما في الأوساط الشعبية المصرية، تمنع المرأة النفساء من أكل اللحم إلا بعد مرور أسبوع من الولادة، ويعطى لها في اليوم الثالث بعد الولادة سمكا مشويا كونه يكثر ويزفر في اللبن. (د. إبراهيم، مرجع سابق، ص. 307).

وعلاوة على ذلك، تنتظر النفساء الزيارات من طرف الأسرة والأصدقاء، وكذا زملاء العمل، حيث معايشة الفرحة بقدوم المولود الجديد تعم البيت، وكذا قدوم الزوار

(1) - من أجل تفاصيل أكثر، إرجع إلى الملحق رقم 10 الذي يبرز نبتة الحلبة بتعريفها وشكلها.

بهديا، وكل واحدة تدخل عليها بقولها: << مَبْرُوكٌ عَلَيْكَ عَلَى الْمَرْبُودِ، يَتْرَبِي فِي حَضْنِكَ >> وترد الأم: << اللهُ يَبَارِكُ فِيكَ >>.

وإذا كانت الزائرة في سن الحمل، تقول لها: << لَعْقُوبَةٌ لِيكَ >>، كما يحضر للنساء ما يسمى بالطمينة⁽¹⁾ مع مشروبات متنوعة .

وهناك من يحتفل بما نسميه بالسبوع، وهو الاحتفال باليوم السابع للمولود الجديد، وكان يحتفل به كثيرا في الماضي، وما زال إلى حد الساعة، وهو احتفال يعبر عن الفرحة بنجاة المولود الجديد من الوفاة في أسبوعه الأول بعد الولادة (Des forts, 1997, p.15) ونسميه بلغة الديمغرافيين وفيات المواليد الجدد المبكرة " Mortalité néonatale précoce".

للإشارة فإن الحالات العشرة عاشت تقريبا نفس أجواء الفرح، وطريقة استقبال المولود الجديد، وترددت على ألسنة الزوار العبارة التالية: << الْحَمْدُ لِلَّهِ إِلَيَّ سَلَّكَ >>.

<< Louange à Dieu de l'avoir sauvée >>. (Ibid p.54).

وهو دليل آخر على أن الخوف من الولادة وما بعدها يؤدي إلى التفكير مباشرة في

الموت وهذا ما سبق الإشارة إليه.

وللعلم يكون الاحتفال بالمولود الجديد في تونس تقريبا متشابهها، حيث يقبل

الزائرون على بيت النساء أخذين معهم الشاي والسكر، ومع أطيب التهاني المعبر عنها بالكلمات التالية:

<< مَبْرُوكٌ مَعَ زِيَادِكَ >>. << Mabrouk ma ziadek >>.

<< Soyez félicité (bénie) par ce qui s'est ajouté à vous >>.

وتجيب: << يبارك فيك ولعقوبة ليك >>

<< Ibarek fik wa l'gba lik >>.

<< Qu' allah vous bénisse et que le prochain accouchement soit le votre! >>.

وتجيبها الزائرة:

<< لك الحمد على خير خلاص راصك >>

<< Lik l- h'med àl – khir khlace ràsek >>.

<< Soyez laiéé pour la bonne issue de votre accouchement >>.

⁽¹⁾ - وللإشارة تحضر الطمينة عن طريق سميد محمص محضر بالزبدة والعسل، ثم تزين بالقرفة مع تزيينها بـ (Dragée).

<< Qu'allah fasse que vos souhaits se réalisent pleinement ! >>. (Clausen opcit, p. 192).

3-4- رعاية المولود الجديد:

تبدأ رعاية الرضيع وهو داخل الرحم، إلى نهاية فترة ما قبل المدرسة، وبعدها تأتي مسؤولية الصحة المدرسية، تحتاج الأم إلى تنقيف صحي يتمثل في أخذ الأساليب الأساسية للوقاية والحفاظ على المولود الجديد، حيث تكتسب على إثرها سلوكيات صحية سليمة حول أهمية الرضاعة من الثدي، كيفية العناية بالمولود من حيث المأكل والمشرب والنظافة، تنقيفها حول التطعيمات حسب العمر المناسب ضد الأمراض، والوقاية من المخاطر والأمراض المعدية وذلك وفقا لجدول التطعيم.

ولالإشارة لقد حضني موضوع تربية الطفل والعناية به، من فترة تواجدته داخل الرحم إلى غاية بلوغه سن الرشد، اهتماما كبيرا ومن أبرز إنجازات العلماء العرب المسلمين ومساهماتهم في إثراء موضوع العناية بالطفل هو العلامة ابن سينا الذي خصص كتابا حول القانون والطب تناول فيه فصلا كاملا حول تربية الأطفال وأمراضهم وقد سماه التعليم الأول في التربية، كما تناول مواضيع أخرى بما فيها طريقة العناية بالمولود في عملية التقييط والرضاعة من الثدي، أمراض الطفولة والوقاية منها، تحدث عن موضوع القطام، وغيرها من المواضيع⁽¹⁾، كما نجد من أبرز علماء العرب المسلمين الذين ساهموا في إثراء موضوع الطفولة، هو الرازي، فهو أول من فصل بين طب الأطفال والأمراض النسائية وهذا في رسالته تحت عنوان "تدبير الصبيان" (د. محمد محمود، عدد 34، 2001، ص. 141).

كما نجد ابن الجزار القيرواني في كتابه سياسة الصبيان وتدبيرهم. (نفس المرجع، ص. 141).

ولقد أكدت الدراسة الكيفية اهتمام الوالدة بالمولود الجديد أكثر بكثير من العناية بنفسها وبصحتها، حيث اتضح أن المبحوثات لا تفكرن في أنفسهن إلا في حالة مصادفتهن مشكلا صحيا خطيرا يتطلب العناية وضرورة الإقبال على الطبيب، وتمنحن كل اهتمامهن للأطفال والعناية بهم و هنا يبرز مفهوم حتمية الأمومة، هذا إلى جانب تأديتهن لدورهن كزوجات والعناية بالزوج والبيت إذ يمثل ذلك جوهر وجودهن.

⁽¹⁾ - ارجع إلى: (د. كعدان، 2000، العدد 81، ص ص 125-131).

وتعرف النساء خلال هذه المرحلة نوع آخر من القلق، يختلف عن ما عايشته خلال مرحلة الحمل والولادة، حيث يكون عبارة عن خوف من ذلك المجهول أي المولود الجديد، فهناك من كانت قلقة لأنها تعيش تجربة الأمومة لأول مرة حالة نادية، زهرة، وياسمين، وحسينة، ويتمثل هذا القلق في كيفية العناية بالمولود الجديد، مدى قدرتها على تحمل المسؤولية ودورها كأم، أما إذا كان المولود في المرتبة الخامسة يختلف نوع القلق وهي حالة صورايا، حيث كان سبب قلقها هو الخوف من المستقبل، والخوف من تحمل المسؤولية، وبالخصوص أن الإمكانيات المادية للأسرة محدودة، تعتمد على دخل الزوج، وبالتالي فهي مشاعر طبيعية تعرفها كل امرأة، سواء التي أنجبت طفلا واحداً أو اثنتين أو خمسة، المهم يبرز دورها داخل البيت، بالإضافة إلى دورها خارج نطاق الأسرة وهي مشاركتها في التنمية ووضعها جنباً بجنب مع الرجل، حيث تمثل الأم كل شيء في حياة الطفل، فهي المربية والمعلمة، بالإضافة إلى دور الأب في مسؤوليته في العناية بالطفل، فتمو هذا الأخير جسمانيا وتربيته وتنشئته يتوقف على الأم والأب على حد سواء، ولو أن أعطي العباء الأكبر إلى الأم، فالطفل مرآة لأسرته وصورة من والديه.

وفي ضوء اللقاءات المعمقة، حاولت التركيز على موضوع بالغ الأهمية، لم نتناوله كثيراً من الأبحاث والدراسات الميدانية، ويتمثل أساساً في دور الزوج في اجتياز المرأة تجربة الحمل وما بعده.

4- دور الزوج في مشاركة الزوجة تجربة الحمل وما بعده:

اتضح من خلال اللقاءات المعمقة أن المرأة هي الفاعلة الرئيسية والفعالة في مواجهة تجربة الحمل والولادة وما بعدها، فبالرغم من قدرتها على تحمل عبء المسؤولية إلا أنهم ترغبن - حسب تصريحاتهن - في أن تكون المسؤولية مشتركة بين الزوج والزوجة في المسائل المتصلة بالسلوك الإيجابي والجنسي، ويعتبرن ذلك أمراً ضرورياً من أجل اجتياز حمل سليم وآمن، في حين تبين أن مشاركة الزوج في تجربة الحمل تقتصر فقط على تدعيمه المادي وذلك بدفع تكاليف الكشف وبالنسبة للنساء القاطنات في البيت بدون عمل، في الوقت الذي تبقى المبحوثات ترى أن مشاركة الزوج لا بد أن تكون خلال كل مراحل الحمل من بدايته إلى غاية الولادة. وأن يكون على علم بكل التغيرات المصاحبة للحمل، وعلى المشاكل الصحية التي قد تواجه الزوجة أثناء اجتيازها مرحلة الحمل وبعده، إذ لمساندة الزوج خلال هذه المراحل قيمة اجتماعية إيجابية، حيث يرفع كثيراً من معنوياتهن، مما يسهل عملية الولادة، وللعلم مشاركة الزوج لا تعني عدم قدرة المرأة على القيام بمفردها بدور الأمومة ومواجهتها تجربة الحمل والولادة وما بعدها، وإنما يعتبر ذلك سند معنوي حيث تعتبر المبحوثات حضور الزوج وإقباله معهن إلى الكشف أثناء الحمل والولادة وما بعدها مساعداً لهن ولجنينهن، وهناك من ترى أن دخول الزوج معها حجرة التوليد يعد مشاركة فعالة في الأمها ومناعبها أثناء عملية الولادة، كما لا تجد المبحوثات وبالخصوص العاملات، أي مانع في مشاركة الزوج في العناية بالمولود الجديد من غسل، وأكل، وهنا تبرز عملية تغيير النظرة من جانب قبول النساء المتعلمات والعاملات على قيام الزوج ببعض الأدوار الأنثوية، والتي نراها نحن أنثوية بسبب التنشئة الاجتماعية، حيث ترسخت الأدوار الأنثوية من مراحل مبكرة من حياة الأنثى، فكانت التنشئة الاجتماعية للأنثى كأنثى، وللذكر كذكر، وعلى إثرها تتعلم الفتاة منذ ولادتها كيفية القيام بأداء الأعمال المنزلية، والعناية بالزوج والأولاد باعتبار ذلك الدور الأساسي المهيأ للقيام به مستقبلاً، كما يلقن الذكر منذ ولادته أن دوره يكون خارج البيت وهو العمل، في الوقت الذي ترسخت في أذهان الرجال أنهم إذا قاموا بالأدوار الأنثوية من طبخ وغسل، ورعاية المولود الجديد فإن ذلك سينقص من رجولتهم، وهذا ما صرحت به بالفعل " صورايا " و " فتيحة " و " باية "، فهن ضد فكرة مشاركة الزوج في الأعمال المنزلية لأن ذلك يعني عدم قدرتهن على تحمل تلك المسؤولية، ولكنهن لسن ضد فكرة مشاركة الزوج ومعايشته كل مراحل الحمل وبعده، وصرحت المبحوثات أيضاً

رغبتهم في مشاركة الأزواج والمساهمة في رعاية الأطفال، وبهذا اتضح من خلال نتائج الدراسة الميدانية أنه بالرغم من كل المزايا التي تتمتع بها المرأة في أسرتها وذلك من جانب طبيعة الوظائف والأدوار التي تؤديها في أسرتها، وخارج أسرتها إلا أنها بحاجة ماسة لدعم الزوج خلال حياتها الإنجابية والجنسية، إذ يعد ذلك ضرورة إنسانية واجتماعية.

ولا يفوتنا ونحن بصدد التحدث عن دور الأزواج أثناء اجتياز المرأة تجربة الأمومة، أن نشير إلى الدراسات بالرغم من قلتها، التي تناولت دور الرجال في أخذ القرارات المتعلقة بالخصوبة وتنظيم الأسرة، وتوصلت - نتائجها - إلى أن إدماج الرجال في برامج واستراتيجيات الصحة الإنجابية يعد عامل مهم في تحسين صحة المرأة، كما أكدت دورهم في مواجهة قضايا الصحة الإنجابية بما فيها الأمراض المنقولة جنسياً، والعقم، والحمل، والولادة، ومتابعة الحمل والرعاية بعد الولادة، وبعد الإجهاض، وكذلك فترة ما بعد الإنجاب. (المجلس القومي للسكان، المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، 2004، ص. 21).

من بين هذه الدراسات، تلك التي أجريت بمصر بهدف دعم سياسة الحكومة المصرية في زيادة وعي الرجال بدورهم ومسؤولياتهم نحو الأبوة المسؤولة وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، كما حاولت دعم إدماج الرجال في الوصول إلى تحقيق صحة إنجابية جيدة، كما حاولت تسليط الضوء على طبيعة عملية اتخاذ القرار بالنسبة للأزواج اتجاه عدد الأطفال المرغوب إنجابهم، واتخاذ القرار في عملية استخدام وسائل منع الحمل. (نفس المرجع، ص. 22).

وانتهت هذه الدراسة إلى أن أغلب المبحوثين صرحوا بضرورة أن تكون القرارات الخاصة بالإنجاب والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة مشتركة بين الزوجين، والبعض منهن و هم أقلية، رأى إمكانية أن تكون فردية في بعض الأحيان. (نفس المرجع، ص. 30).

وعلاوة على ذلك، أهم نقطة أشارت إليها هذه الدراسة هي رغبة شديدة لمشاركة الرجال في متابعة الحمل الأول مقارنة مع متابعتهم الحمل الثاني والثالث، وهذا بالفعل ما أكدته **المعلمة تجويدية "نادية"**.

كما اتضح من خلال نتائج الدراسة أن تصريح النساء الصغيرات في السن كان ينصب حول إصرار الأزواج على متابعة الحمل، حيث قالت البعض منهن في هذا الصدد:

>> • المشاركة الأولى: << هو اللي أصر أني أروح للدكتور >>

• المشاركة الثانية: << هم بيهتمو بالطفل >>.

• المشاركة الثالثة: << الحمل الأول مهم جدا للرجالة علشان بيثبت رجولتهم وأنهم

يقدرُوا يجيبوا عيال >>. << (نفس المرجع، ص.49).

و الملاحظ أن هناك تقارب بين النتائج التي توصلت إليها من خلال التحليل المعمق للدراسة الكيفية ونتائج الدراسة التي قام بها الدكتور محمد مبتول، حيث توصل هو الآخر، إلى أن مشاركة الزوج تظهر إلا في الحث على الذهاب إلى الطبيب حالة المضاعفات الصحية، حيث يقول: << دور الزوج في المسار العلاجي يظهر في المواقف التي يفرض فيها سلطته وذلك بأخذ القرار للجوء لجهة معينة بهدف استشارة الطبيب >> (Mebtoul, 1996, p.48).

وهو ماتبين بالفعل مع ما جاء في تصريحات كل من صورايا، وفتيحة ومثيلاتهما، في حين المرأة المتعلمة ذات مستوى تعليمي عالي، وعاملة تأخذ القرار بنفسها متى استدعى الأمر الذهاب إلى الطبيب أثناء اجتيازها تجربة الحمل وما بعده، وهذا ما حدث بالفعل مع حالة "سمية" و "نجاه".

وبهذا أصبحت المرأة المتعلمة والعاملة تنفرد في اتخاذ القرار اتجاه صحتها فلم تعد تعمل من أجل فقط تحضير جهاز الزواج "Trousseau"، وإنما بالدرجة الأولى لتلبية احتياجاتها كأمراة أولاً، ثم امرأة في دورها أم⁽¹⁾. لقد سعينا في آخر لقاءاتنا مع المبحوثات لمعرفة أهم احتياجاتهن اتجاه صحة الأمومة، الإنجاب، الحمل والولادة وما بعدها وهو ما سنبرزه من خلال العنصر التالي:

5- الاحتياجات في مجال صحة الأمومة:

تتمثل أهم الاحتياجات غير الملابة المستخلصة من دراسة الحالات العشرة، في الرغبة الملحة لهؤلاء لتلبية مجموعة من المتطلبات التي تم حوصلتها في النقاط التالية:

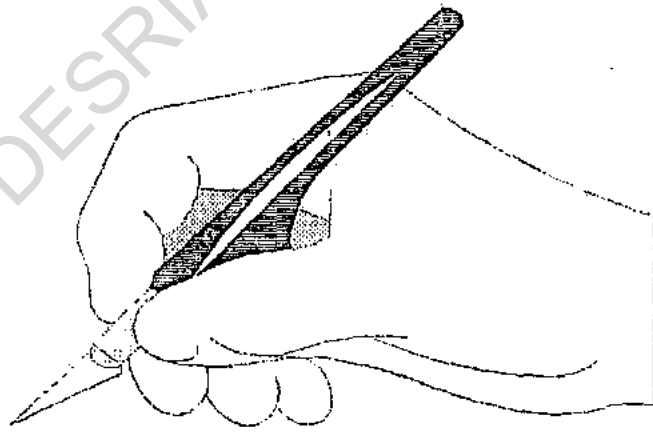
1- الاقتراب الأكثر من الطبيب المعالج أثناء اجتياز المرأة مرحلة الحمل والولادة وما بعدها، وضرورة الإطلاع على كل ما يحدث من تغيرات خلال اجتياز تجربة الأمومة، وبهذا تدعوا إلى تكثيف التنقيف الصحي للمترددة.

⁽¹⁾ - وللإشارة لقد تطرقت إلى هذه الفكرة الدكتورة كلودين شولي إرجع إلى:

(Chalet, 1988, p p .105-109)

- 2- إعادة النظر في مشكلة الانتظار التي غالبا ما تكون طويلة سواء في المنشأة الصحية العمومية أو الخاصة، وفي الوقت المستغرق الذي يخصصه الطبيب، وهذا بالخصوص في المنشأة الصحية العمومية.
 - 3- المعاملة الحسنة للحوامل أثناء الحمل والولادة وما بعدها، وينطبق ذلك بالخصوص في المنشأة الصحية العمومية.
 - 4- تسهيلات الرعاية أثناء الحمل من جانب توفير أجهزة الإيكوغرافيا في المنشأة الصحية العمومية، كونها تكلف الكثير عند الطبيب الخاص.
 - 5- الاهتمام بنظافة المستشفيات.
 - 6- التأكيد على دور مقدمي الخدمات الصحية في نشر المعلومات والسلوكات الصحية السليمة أثناء الحمل والولادة والنفاس.
 - 7- توفير حصص إعلامية تحسيسية من أجل توعية المرأة وتنقيتها صحيا في قضايا الصحة الإنجابية والجنسية.
- وكل هذه الاحتياجات غير الملباة والتي تردت على لسان المبحوثات تهدف - من دون شك - إلى الوصول إلى الإنجاب بدون خطر، والحصول على قدر كاف من خدمات صحة الأمومة وهذا من أجل ولادة آمنة للأم وللمولود على حد السواء.

الاستتاج



الإستنتاج :

في ضوء أبرز النتائج التي توصلنا إليها من واقع الدراسة الكمية والكيفية، لاتزال رعاية الأمومة أثناء الحمل وبعده بحاجة إلى المزيد من التحسن وتنمية الوعي الصحي، وذلك على الرغم من أن 4/5 من النساء قد تابعن بانتظام حملهن، أكثر من نصفهن تابعن في القطاع الخاص، وكان سبب ذلك - حسب دراسة الحالة - إلى توفر خدمات صحة الأمومة بما فيها تواجد الأطباء المختصين في أمراض النساء، الإستقبال الجيد والنظافة الجيدة، كما توصلنا من خلال نتائج اللقاءات المعمقة أن مدة إستغراق الكشف، تعد من أهم مقاييس تحديد الطبيب الكفاء، وأن النقص في عملية الإستماع والشرح كانت من أهم إنشغالات المبحوثات، إنها إنفاثة تستحق الإهتمام والغوص فيها أكثر في أبحاث مستقبلية.

وبالإضافة إلى ذلك، تبين من خلال المقابلات المعمقة قلة الوعي بمخاطر الحمل، وبالخصوص عند النساء المنجبات لطفل واحد، حيث يأتي الوعي بعد مرورهن بحمل عالي الخطورة على إثره تكن حرصات على صحتهن وصحة جنينهن.

كما إستنتجنا أنه بالرغم من الأهمية القصوى التي يكتسبها التطعيم ضد التيتانوس إلا أنه تبين قلة الإقبال عليه وذلك بنسبة 44,21%.

في حين إتضح إقبالا مكثفا في القطاع العام وبالأخص في المستشفى أثناء الولادة وذلك بنسبة 80,95%.

كما أكدت الدراسة الكيفية على أن كل المبحوثات فضلن الولادة في المستشفى، وهذا بالرغم من إقبالهن إلى الطبيب الخاص أثناء مرحلة الحمل، وحسب تصريحاتهن أكدن أنه المكان الأكثر أمانا للأم ولوليدها كونه تتواجد فيه كل تجهيزات التوليد والجراحة والإنعاش، وكذا أخصائيين في طب النساء والتوليد، وفي طب الأطفال.

أما عن الرعاية بعد الولادة (النفاس)، إتضح أن أكثر من نصفهن أي 70,44% لم تتلقين تلك الرعاية، ومن كل هذه النتائج وغيرها، تبين لنا أن مفهوم الرعاية أثناء الحمل ومابعده مرتبط ارتباطا وثيقا بالمشاكل الصحية التي قد تتعرض لها المرأة فوفاة الجنين في بطن أمه، أو تعرض الحامل إلى إجهاض أو وفاة الجنين يدفعها إلى المراقبة المنتظمة، وبهذا لم تكن الرعاية الصحية بدافع وقائي أو روتيني، وإنما بدافع علاجي، وتبرز صحة الفرضية الأولى التي مفادها:

>> إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل ومابعده يرتبط غالبا بسوابق توليدية

أو طبية أكثر منها وقائية <<

كما أبرزت نتائج الدراستين تأثير كل من التعليم والحالة العملية والعمر ورتبة المولود على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، ووجدنا متغير التعليم هو الأكثر ارتباطا بالرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، حيث تبين أن النساء المتحصلات على قسط من التعليم هن الأكثر حرصا على صحتهن وصحة جنينهن، والأكثر إقبالا على التحصين ضد التيتانوس أثناء

الحمل، والأكثر ميلا على الحصول على المعلومات التثقيفية المرتبطة بنظام الأكل، وبتنظيم الأسرة، وبالرضاعة الطبيعية، ومنه نستنتج أن التعليم لايعزز وعي المرأة بأهمية رعاية الأمومة فحسب، وإنما يمكنها أيضا من الإستقلالية في إتخاذ القرار في مجال صحتها.

ومن ناحية أخرى، ظهر لنا تأثير الحالة العملية على الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة ومابعدھا، حيث وجدنا أن النساء العاملات هن أكثر إستقلالية في إتخاذ القرار إتجاه رعاية الأمومة. وبهذا لقد تحققت الفرضية الثانية ألا وهي :

>> يتأثر إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وبعده تبعاً لمستواهن التعليمي

وحالتهم العملية <<

وبالإضافة إلى ذلك، تبين لنا الدور الفعال لكل من العمر ورتبة المولود في مواجهة الأمومة أثناء الحمل والولادة ومابعدھا، حيث ظهر أن النساء دون الـ 30 سنة من العمر هن أكثر حرصا على الرعاية المنتظمة أثناء الحمل ومابعدھ من النساء ما بين 30-49 سنة، من العمر، كما ظهر أن إرتفاع رتبة المولود يجعل المرأة تتعاطل عن تلك الرعاية، فالنساء ذوات رتبة المولود الأول وما بين الثاني والثالث هن أكثر حرصا على الرعاية أثناء الحمل ومابعدھ من النساء ذوات رتبة المولود الرابع فأكثر، وبهذا تبرز صحة الفرضية الثالثة ألا وهي :

>> كلما إرتفع سن النساء ورتبة المولود، كلما قل الإقبال على الرعاية الصحية أثناء

الحمل والولادة والنفاس <<.

و وجدنا أيضا تأثير مكان الإقامة على الرعاية أثناء الحمل ومابعدھ، حيث برزت نسبة إرتفاع رعاية الأمومة في المناطق الحضرية عنها المناطق الريفية وبنسب متفاوتة حسب خلفية المبحوثة.

وعلاوة على ذلك، تبين من خلال نتائج اللقاءات المعمقة رغبة النساء المبحوثات في مشاركة الزوج تجربة الأمومة، إذ يعتبرن ذلك ضرورة إنسانية وإجتماعية، ومن خلال تحليل حالات الدراسة توصلنا إلى تحقيق الفرضية الرابعة وهي :

>> يؤدي دعم الزوج لزوجته في متابعة الحمل والولادة ومابعدھا دورا إيجابيا في إجتياز

أمومة آمنة <<.

وفي الختام، تبقى هذه النتائج في مجهر التحليل حيث تشكل إنطلاقة في أبحاث مستقبلية، إذ يكون التركيز والإهتمام في إعداد الفتاة للأمومة عن طريق عملية التثقيف الصحي في المسائل المتعلقة بالحياة الجنسية والإجابية، ويكون ذلك في مختلف الأطوار التعليمية، فإذا ما أعدناها بالتربية الصحية السليمة وغرسنا فيها العادات الصحية، نكون بذلك قد أعدنا مجتمعا بكامله، وصدق شيخنا عبد الحميد ابن باديس (1889-1940) في قوله :

>> علم شيئا لولد لتكون فردا، علم الفتاة لتشكل أمة بكاملها <<

قائمة الجدول

الجانب النظري

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
19	نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين كشفا طبيا ونوزعيهن حسب الغرض من المتابعة طبقا لخلفية المبحوثة.	01
21	توزيع النساء الحوامل حسب عدد جرعات التطعيم ضد التيتانوس وخلفية المبحوثة.	02
23	توزيع الولادات خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية الصحية بعد الإنجاب وخلفية المبحوثة.	03
28	أهم مؤشرات تحقيق 1992 و 2000	04
69	نسبة إنتشار الأمراض المزمنة وأمراض الجهاز التناسلي عند النساء من واقع نتائج المسح لصحة الأسرة لكل من الجزائر (2002)، وتونس (2001)، وسوريا (2001).	05
100	مواد الميثاق العربي التي تشير إلى النساء والأطفال.	06
143	التوقيت الزمني للمسح الجزائري لصحة الأسرة.	07

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع النساء غير العازبات حسب العمر ومكان الإقامة	170
02	توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة وخلفية المبحوثة	172
03	توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة والعمر عند الزواج الأول	174
04	توزيع النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة ورتبة المولود	176
05	المستوى التعليمي للزوج ومكان الإقامة	178
06	التوزيع النسبي لنوع الوحدة السكنية التي تقيم بها المبحوثات حسب مكان الإقامة	180
07	التوزيع النسبي للمصدر الرئيسي لمياه الشرب لأفراد الأسرة حسب مكان الإقامة	171
08	التوزيع النسبي لإمتلاك السلع المعمرة حسب نوع السلعة ومكان الإقامة.	182
09	توزيع النساء حسب مدى المتابعة الصحية أثناء الحمل وخلفية المبحوثة.	184
10	مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء وحالتهم العملية.	187

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
189	مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء وعمرهن	11
191	مدى متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي للنساء ورتبة المولود.	12
194	التوزيع النسبي للنساء اللاتي تابعن الحمل حسب عدد الكشوفات وخلفيتهن.	13
201	التوزيع النسبي للنساء الحوامل حسب الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة وخلفية المبحوثة.	14
207	توزيع النساء حسب مدى متابعتهن الحمل عند الطبيب وخلفيتهن	15
211	توزيع النساء الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب مكان آخر كشف وخلفية المبحوثة	16
214	توزيع النساء حسب مدى أخذهن حقنة ضد التيتانوس وخلفيتهن	17
216	توزيع النساء حسب تصريحاتهن حول مدى تلقيهن المعلومات التثقيفية أثناء الحمل.	18
225	توزيع النساء اللاتي صرحن حول مدى متابعتهن حالة إصابتهن بمشكل صحي أثناء الحمل حسب خلفيتهن.	19
235	توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب المستوى التعليمي للنساء ومكان الولادة.	20

237	توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب المستوى المهني ومكان الولادة	21
239	توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب العمر ومكان الولادة	22
241	توزيع آخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب رتبة المولود ومكان والولادة.	23
249	توزيع النساء حسب مدى تلقيهن الكشف بعد الولادة وخلفيتهن.	24
251	التوزيع النسبي للنساء حسب مدى متابعتهم بعد الولادة والمستوى التعليمي والحالة العملية	25
253	التوزيع النسبي للنساء حسب مدى متابعتهم بعد الولادة والمستوى التعليمي والعمر.	26
255	التوزيع النسبي للنساء حسب مدى متابعتهم بعد الولادة والمستوى التعليمي ورتبة المولود	27
259	توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب ومستواهن التعليمي	28
261	توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب ومستواهن المهني.	29
263	توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب وعمرهن.	30
264	توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الكشف بعد الولادة عند الطبيب ورتبة المولود	31
268	التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة وخلفية المبحوثة.	32
271	التوزيع النسبي للنساء حسب سبب عدم إقبالهن إلى الكشف بعد الولادة وخلفيتهن	33
273	التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحهن لعدم تلقيهن متاعب صحية بعد الولادة ومكان الإقامة.	34

274	التوزيع النسبي للنساء اللاتي وضعن مولودهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب إصابتهن من الأعراض بعد الولادة طبقا لمكان الإقامة.	35
278	توزيع النساء حسب مدى إقبالهن على الرضاعة من الثدي وخفيتهن.	36

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

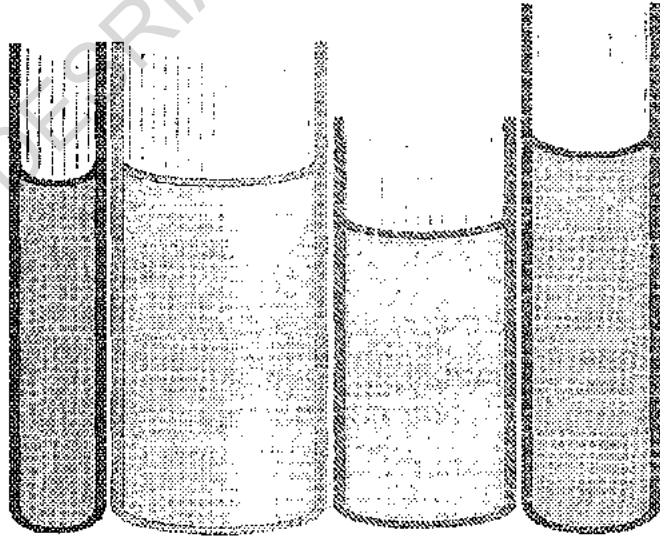
قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	التوزيع النسبي للنساء غير العازبات حسب العمر ومكان الإقامة	170
02	التوزيع النسبي للنساء غير العازبات حسب مكان الإقامة ورتبة المولود	176
03	التوزيع النسبي لعمر الأزواج	177
04	التوزيع النسبي للحالة المهنية للأزواج	179
05	التوزيع النسبي للنساء حسب الشهر الذي تم فيه الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل	199
06	التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحاتهن عن سبب الكشف أثناء الحمل لأول مرة	204
07	التوزيع النسبي للنساء اللواتي تابعن الحمل حسب مقدم الرعاية ومكان الإقامة	208
08	التوزيع النسبي للنساء الحوامل حسب مكان إجراء آخر الكشف أثناء الحمل	209
09	التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحاتهن حول مدى تطعيمهن ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة على المسح.	213
10	التوزيع النسبي للنساء اللاتي عانين من مشاكل صحية أثناء الحمل.	223
11	التوزيع النسبي حول سبب عدم متابعة الحمل حسب مكان الإقامة	227
12	التوزيع النسبي للولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة.	232

233	التوزيع النسبي للولادات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب مكان الولادة طبقا لمكان الإقامة	13
256	التوزيع النسبي للمواليد خلال الخمس سنوات انسابقة للمسح حسب الشخص الذي قام بتقديم الرعاية بعد الولادة.	14
265	التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة	15
266	التوزيع النسبي للنساء حسب مكان الكشف بعد الولادة ومكان الإقامة	16

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

قائمة المراجع



II المراجع باللغة العربية:

1- الكتب:

- الإبرش مها عبد الله عمر. (1996). الأمومة ومكانتها في الإسلام في ضوء الكتاب والسنة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى، معهد البحوث العلمية وإحياء التراث الإسلامي سلسلة الرسائل العلمية، الجزء الأول، ، 956 ص.
- الإبرش مها عبد الله عمر. (1996). الأمومة ومكانتها في الإسلام في ضوء الكتاب والسنة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى معهد البحوث العلمية وإحياء التراث الإسلامي، سلسلة الرسائل العلمية، الجزء الثاني، ص ص 956-1016.
- أدامسون بينترو ليسلي. (1993). حقائق للحياة تحد إعلامي، (ترجمة: جلال العزة) عمان مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 102 ص.
- د. أبو السرور جمال، د. رجب أحمد رجا عبد الحميد، د. محمود مرفت محمد. (2004). دور الزوج في القرارات الخاصة بتنظيم الأسرة و الصحة الانجابية داخل الأسرة، القاهرة، جامعة الأزهر، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية و المجلس القومي للسكان، 87 ص.
- د. إبراهيم محمد عباس. (2001)، الثقافات الفرعية. دراسة أنثروبولوجية للجماعات النوبية بمدينة الإسكندرية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 389 ص.
- د. إبراهيم محمد عباس. (2002). الأنثروبولوجيا التطبيقات الميدانية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 347 ص.
- د. إبراهيم محمد عباس. (2003). التنمية و العشوائيات الحضرية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 400 ص.
- د. أبو طاحون عدلي علي. (2000). حقوق المرأة دراسات دينية وسوسولوجية الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، جامعة المنوفية، 417 ص.

- الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، نقابة المهن التعليمية و التربوية بالأمانة. (2001).
وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، صنعاء، المرجحان للدعاية
و الإعلان، 14 - 16 مايو، 218 ص.
- أنجريس موريس. (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. تدريبات
عملية، (ترجمة: صحراوي بوزيد، بوشوف كمال وسبعون سعيد)، الجزائر، دار القصبه
للنشر، 477 ص.
- بوتارن قادة. (1987). الأمثال الشعبية الجزائرية، (ترجمة: د. حاج صالح عبد الرحمن)
الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 248 ص.
- د. البعلبكي روجي. (1999). موسوعة روائع الحكمة والأقوال الخالدة، بيروت، دار
العلم للملادين، الطبعة الثانية، 660 ص.
- البشر الرومي أحمد، صفوت كمال. (1980). الأمثال الكويتية المقارنة، الكويت، وزارة
الإعلام، إدارة الشؤون الفنية، مركز رعاية الفنون الشعبية، الجزء الثاني، 622 ص.
- جاد الله فوزي علي. (1975). الصحة العامة والرعاية الصحية، مصر، دار المعارف
الطبعة الثالثة، 537 ص.
- جامعة الأزهر، المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية. (1998). السكان
والصحة الإنتاجية في العالم الإسلامي، 21-24 فبراير، القاهرة، 807 ص.
- جامعة الدول العربية، الإدارة العامة للشؤون الإجتماعية والثقافية، وحدة البحوث
والدراسات السكانية. (2001). المؤتمر العربي لصحة الأم والطفل 7-10 يونيو 1999
المشروع العربي للنهوض بالطفولة الإنجازات والرؤية المستقبلية، القاهرة، 154 ص.
- جامعة الدول العربية، جمهورية جيبوتي. (2004). المسح الجبوتي لصحة الأسرة،
التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة، القاهرة، مطبعة جامعة الدول العربية،
160 ص.

- جامعة الدول العربية، الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة و السكان و إصلاح
المستشفيات. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي،
الجزائر، 230 ص.
- الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة، المركز الديمغرافي بالقاهرة، (1995). استقصاء مدى
إلمام الشباب في مصر بالصحة الإيجابية، القاهرة، ملخص، 12 ص.
- د. الجوهري محمد، ود. عبد الحافظ إبراهيم، ود. جاد مصطفى. (2001). الفولكلور العربي
بحوث ودراسات، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة
القاهرة، الطبعة الأولى، المجلد الثاني.
- الحسن إحسان محمد. (1986). الأسمى العلمية لمناهج البحث الإجتماعي، بيروت، دار
الطبعة، الطبعة الثانية.
- د. حسن مدحت عبد العزيز. (1988). المسح الأساسي. بعض الاتجاهات حول صحة
السيدات وأنماط متابعتهن أثناء الحمل والولادة وما بعدها. دراسة مقارنة في سبع محافظات
مصرية، القاهرة، معهد التخطيط القومي، الجزء الثالث، 60 ص.
- د. حنا نبيل صبحي. (1987). الطب والمجتمع، دراسات نظرية وبحوث ميدانية، القاهرة
مكتبة الأنجلو المصرية.
- الخشب محمد عثمان. (1989). فن كتابة البحوث العلمية وإعداد الرسائل الجامعية
الجزائر، دار الرحاب للطباعة و النشر والتوزيع، 160 ص.
- خطاب هند أبو السعود. (1992). المعاناة الصامتة. جوانب من الظروف الاجتماعية
المحيطة بصحة المرأة الإيجابية في ريف مصر، القاهرة: نور - الدار العربية للنشر، 65
ص.

- خليل غسان. (2000). حقوق الطفل، التطور التاريخي منذ بدايات القرن العشرين، بيروت - لبنان، 193 ص.
- د. دليو فضيل. (1997). أسس البحث وتقنياته في العلوم الاجتماعية، قسنطينة، ديوان المطبوعات الجامعية، المطبعة الجهوية قسنطينة - الجزائر، 127 ص.
- د. راضي عبد المنعم، د. أسعد جرجس أسعد، د. سعيد مديحة. (بدون سنة). التربية السكانية. كتاب مرجعي، القاهرة، المجلس القومي للسكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان 205 ص.
- رشوان حسين عبد الحميد أحمد. (1999). دور المتغيرات الاجتماعية في الطب و الأمراض. دراسة في علم الاجتماع الطبي، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 377 ص.
- الرومي أحمد البشر، كمالك صفوت. (1980). الأمثال الكويتية المقارنة، الكويت، وزارة الإعلام، إدارة الشؤون الفنية، مركز رعاية الفنون الشعبية، 622 ص.
- د. رمزي ناهد وآخرون. (1980). اتجاهات الرأي العام حول مكانة المرأة من خلال الأمثال الشعبية، القاهرة، 115 ص.
- د. الزعلوي محمد السيد محمد. (1998). الأمومة في القرآن الكريم والسنة النبوية بيروت، دار ابن حزم للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة السادسة، 281 ص.
- زيدان عبد الباقي. (1979-1980)، الأسرة والطفولة، القاهرة، دار الشباب للطباعة سلسلة الثقافة الاجتماعية الدينية للشباب، الكتاب الرابع، 415 ص.
- سيوك بنجامين. (1972). موسوعة العناية بالطفل، (ترجمة: كيالي عدنان ولا وندابلي) بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 607 ص.
- السعدي عبد الرحمن بن ناصر. (2000). تيسير الكريم الرحمن في تفسير كلام المنان، القاهرة، دار ابن الهيثم، الطبعة الأولى، 976 ص.

- شعباني زكي. (بدون سنة) **رعاية الأم** و العناية بالطفل في الصحة و المرض، القاهرة، دار المعرفة الجامعية.
- د. شكري عليا، د. الخولي حسن، د. زايد أحمد. (1998)، **المرأة في الريف والحضر** دراسة لحياتها في العمل والأسرة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- صالح أحمد زكي. (1972). **علم النفس التربوي**، القاهرة، مكتب النهضة المصرية، كلية التربية، جامعة عين الشمس، الطبعة العاشرة، 870 ص.
- د. الصلاحي أحمد عبد الله عبد القاهر و آخرون. (بدون سنة). **دليل العاملين الصحيين حول الصحة و السكان**، الجمهورية اليمنية، دار المجد للطباعة و النشر، 140 ص.
- عبد العزيز محمد كمال. (بدون سنة). **أنت و مشاكل طفلك**، الجزائر، مكتب حلب، 191 ص.
- عبد الفتاح سيد صديق. (1994). **موسوعة الأم في الدين و الأدب و التاريخ**، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، الطبعة الأولى، 391 ص.
- د. عليان، ربحي مصطفى، ود. غنيم عثمان محمد. (2000). **مناهج وأساليب البحث العلمي**، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 255 ص.
- د. فاخوري شبيرو. (1989). **طفلك من الحمل إلى الولادة**، بيروت - لبنان، دار العلم للملايين، مؤسسة ثقافية للتأليف و الترجمة و النشر، الطبعة الثانية، 480 ص.
- كحالة عمر رضا. (1979). **النسل - الجمال - جولة في ربوع التربية**، سلسلة بحوث اجتماعية 11، بيروت، مؤسسة الرسالة، الطبعة الثانية، الجزء الأول، 255 ص.
- الكندري عبد الرحمان رمضان. (1985). **مبادئ الإحصاء وأساليب التحليل الإحصائي** الكويت، منشورات ذات السلاسل، الطبعة الأولى، 319 ص.

- المجلس العربي للطفولة والتنمية. (2003). واقع الطفل العربي. التقرير الإحصائي السنوي 2002، القاهرة، دار نوبار للطباعة، 174 ص.
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاجتياحات الاجتماعية. (1997). مشروع تقرير صحة الأم والطفل، الجزائر، الدورة العاشرة، 79 ص.
- د.محمد عبد الجواد محمد. (1991). حماية الطفولة. بحوث في التشريعات الإسلامية والقانون في المواثيق الدولية والشريعة الإسلامية، الإسكندرية، منشأة المعارف، 315 ص.
- مختار محي الدين. (1982). محاضرات في علم النفس الاجتماعي، الجزائر، ديوان المطبوعات الجزائرية، 328 ص.
- مخلوف إقبال إبراهيم. (1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية. إتجاهات تطبيقية، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 293 ص.
- مركز التدريب والدراسات السكانية. (2001). أساسيات علم السكان. طرق وتطبيقاته. صنعاء، البرنس للطباعة والنشر، ديسمبر، 466 ص.
- مكاوي علي. (1994). الأنتروبولوجيا الطبية. دراسات نظرية و بحوث ميدانية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 349 ص.
- المركز الدولي الإسلامي للدراسات و البحوث السكانية. (1997). التريية السكانية، القاهرة، جامعة القاهرة، 316 ص.
- المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية. (2002). مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية، التقرير الأول، 282 ص.
- المنظمة الدولية لرعاية الأسرة. (1996). العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة والحقوق الإيجابية للجميع، نيويورك، 45 ص.

- هيكل عبد العزيز. (1974). مبادئ الأساليب الإحصائية، بيروت، دار النهضة العربية 525 ص.
- وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية. (1994). المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، التقرير الرئيسي، المشروع العربي بالطفولة، الجزائر، و القاهرة 402 ص.
- وزارة الصحة و السكان. (1998). السكان و التنمية في الجزائر، التقرير الوطني ن د س ت + 5، الجزائر، الوكالة الوطنية لوثائق الصحة، ديسمبر، 74 ص.
- وزارة الصحة و السكان، مديريةية السكان. (2000). الأسس القانونية، التنظيمية و التقنية للسياسة الوطنية للسكان في الجزائر، الجزائر، 57 ص.
- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات. (2001). السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، 83 ص.
- وزارة الصحة و السكان، المجلس القومي للسكان. (2001). المسح السكاني الصحي 2000 مصر، يناير 326 ص.
- وزارة الصحة العمومية، الديوان الوطني للأسرة و العمران البشري، جامعة الدول العربية. (2002). المسح التونسي لصحة الأسرة 2001، التقرير الرئيسي، 250 ص.
- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية. (2003). النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الجزائر، 77 ص.
- وزارة العدل. (1998). الدستور، إفتاء 28 نوفمبر 1996، الجزائر، الديوان الوطني للأشغال التربوية، 44 ص.

2- الأطروحات الجامعية:

- شاهين زينب محمد. (1982). "الأسس العامة لاتجاه الواقعية المنهجية مع دراسة لمفهوم الزواج و الأمومة عند المرأة القاهرية في ضوء هذا الإتجاه"، رسالة للحصول على درجة الدكتوراه في علم الاجتماع، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم الاجتماع.

- الشهبشي عزت فهيم محروس. (بدون سنة). "أثر العوامل السكانية و الاجتماعية على معرفة الشباب و اتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر"، رسالة دكتوراه الفلسفة في الإحصاء السكاني، جامعة القاهرة، معهد الدراسات و البحوث الإحصائية، قسم الإحصاء الحيوي و السكاني.

- علي أبو زيد نبيلة أمين. (1985). "مفهوم الأمومة لدى شرائح من المجتمع المصري و علاقته بعمل المرأة و توافقها الزواجي"، رسالة للحصول على درجة دكتوراه في الآداب علم النفس، القاهرة، جامعة عين الشمس، كلية البنات، قسم علم النفس.

- مصطفى محمد مصطفى حسن. (2001). "الصحة الإنجابية بين الإناث الصغيرات السن في مصر"، رسالة دكتوراه الفلسفة في الإحصاء الحيوي و السكاني، جامعة القاهرة، معهد الدراسات و البحوث الإحصائية، قسم الإحصاء الحيوي و السكاني.

3- المجلات:

- دعد موسى. (2004). "حقوق الإنسان للمرأة" مركز الدراسات أمان، المركز العربي للمصادر و المعلومات حول العنف ضد المرأة، الخميس، شباط. 12، سوريا.

- د. سعد الله نجوى عبد الحميد. (2001). "طقوس الحمل و الولادة. دراسة إثنوجرافية في مدينة العين بدولة الإمارات العربية المتحدة"، مجلة الطفولة و التنمية، القاهرة، المجلس العربي للطفولة و التنمية، العدد 1، ص ص 85 - 114.

- د. شهدة السيد علي، د. مطاوع ضياء الدين محمد. (2003). "ثقافة الأمومة في مناهج التعليم الثانوي للبنات في المملكة العربية السعودية" مجلة الطفولة العربية، العدد 13، ص ص 7-40.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2001). القضايا السكانية. نيويورك.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2003). " حالة سكان العالم 2003- الإستثمار في صحة المراهقين وحقوقهم"، نيويورك.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2003). " التقرير السنوي لصندوق الأمم المتحدة للسكان 2002"، نيويورك.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2004). " حالة سكان العالم 2004. توافق آراء القاهرة بعد عشر سنوات: السكان والصحة الإنجابية والجهود العالمية لوضع نهاية للفقر". نيويورك.

- د. كعدان عبد الناصر. (2000). "العناية بالطفل عند ابن سينا"، مجلة آفاق الثقافة و التراث، مجلة فصلية ثقافية تراثية تصدر عن دائرة البحث العلمي و الدراسات بمركز جمعة الماجد للثقافة و التراث، دولة الإمارات العربية المتحدة، عدد 81 ص ص 125 - 131.

- لمريني أمينة. (2003). " حقوق الأطفال والنساء في العالم العربي بين الالتزامات الدولية للحكومات و ضمانات الميثاق العربي لحقوق الإنسان" مجلة الطفولة و التنمية، القاهرة، العدد 10، مجلد 3، صيف 2003، ص ص 121-137.

- د. محمود الحاج قاسم. (2001). "رعاية المولود حديث الولادة و تطور نموه في التراث الإسلامي"، مجلة آفاق الثقافة و التراث، مجلة فصلية ثقافية تراثية، دائرة البحث العلمي و

الدراسات بمركز جمعة الماجد للثقافة و التراث، دولة الإمارات العربية المتحدة، العدد 34، ص ص 141 - 149.

- منظمة الأمم المتحدة للسكان.(بدون سنة). السكان والصحة الإيجابية والأهداف الإنمائية للألفية. نيويورك. 22 ص.

- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (1993). مسيرة الأمم، عمان - الأردن.

- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2001). وضع الأطفال في العالم، "الطفولة المبكرة"، عمان، الأردن.

- منظمة الصحة العالمية، (1998). يوم الصحة العالمية، الأمومة المأمونة.

4- القواميس:

- أمين أحمد. (1953). قاموس العادات و التقاليد و التعابير المصرية، القاهرة، مطبعة لجنة التأليف و الترجمة و النشر.

- بدون مؤلف. (1997). الأداء. القاموس العربي الشامل، بيروت، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية.

- بريسارولان. (1990). معجم مصطلحات الديموغرافيا، ترجمة : حلا نوفل رزق الله، القاهرة، المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع، الطبعة الأولى.

- د. الشافعي عبد المنعم، د. الباقي عبد الكريم.(1966). المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات المجلد العربي، القاهرة، دار الكتاب العربي للطباعة و النشر.

- غيث محمد عاطف.(1979). قاموس علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

- د. يعقوب راميل بديع.(1989). موسوعة الأمثال اللبنانية، لبنان، منشورات جروس برس، الطبعة الأولى، الجزء الثالث.

5- الوثائق والمنشورات:

- إدارة شؤون الإعلام.(10 / 12 / 1948). الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الأمم المتحدة.

- الأمم المتحدة.(1995). " المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة " ، جدول أعمال بيجين-الصين.

- الأمين العام لمنظمة الأمم المتحدة.(2004). رسالة اليوم العالمي للسكان، 11 جويلية نيويورك.

- د. جردانة شينة. (1999). " حقوق المرأة والصحة الإنجابية "، الندوة الإقليمية حول تفعيل دور الإعلاميين العرب في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية(ICPC+5) الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، صندوق الأمم المتحدة للسكان، دمشق، 19-21 يونيو.

- جامعة الدول العربية.(2001). المشروع العربي لصحة الأسرة، دليل إرشادات الباحثات وثيقة متية، رقم 7، القاهرة، 86 ص.

- جامعة الدول العربية، إدارة السياسات السكانية(2003). إضافات سكانية، القاهرة، رقم 3 مايو.

- الديوان الوطني للإحصائيات.(2002). رمز المهن، الجزائر، سبتمبر، 20ص.

- شريف آسيا. (2002). "واقع الصحة و الحقوق الإيجابية في الجزائر". القاهرة، المؤتمر السنوي الثاني و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية، المركز الديموغرافي بالقاهرة، 17 - 20 ديسمبر، 23 ص.

- شريف آسيا. (2003). " دور المرأة في عملية التنمية " القاهرة، المؤتمر السنوي الثالث و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية وتحديات القرن الحادي والعشرين، المركز الديموغرافي بالقاهرة، 16-18 ديسمبر، 17 ص.

- شريف آسيا، (2004). "رعاية صحة الأمومة في الجزائر من واقع نتائج المسح لصحة الأسرة لعام 2002"، القاهرة، المؤتمر السنوي الرابع و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية، المركز الديموغرافي بالقاهرة، 19 - 22 ديسمبر، 33 ص.

- صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2001). القضايا السكانية، مجموعة المواد الإعلامية الولايات المتحدة الأمريكية، 23 ص.

- صندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء، مديرية الدراسات الإحصائية والتنظيم. (1997). التأمين على الأمومة، قسنطينة، مطبعة الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية، 19 ص.

- د. عبد المنعم أحمد. (2004). "دور المشروع العربي لصحة الأسرة في دعم اتخاذ القرار و رسم السياسات الصحية و السكانية"، القاهرة، المؤتمر السنوي الرابع و الثلاثون لقضايا السكان و التنمية تحت رعاية الدكتور رئيس مجلس الوزراء، المركز الديموغرافي بالقاهرة، 19-22 ديسمبر، 19 ص.

- د. المعتز بالله محمد. (2001). " الصحة الإيجابية وأمراض النساء". ورشة عمل حول منهجية تنفيذ المسوح الصحية للمشروع العربي لصحة الأسرة، القاهرة، 3-8 نوفمبر.

- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط. (1993). تعزيز برامج صحة الأمومة و الطفولة من خلال الرعاية الصحية الأولية، المنشورة التقنية رقم 18 الإقليم شرق، البحر المتوسط.

- الوحيشي خالد،(بدون سنة). " تعزيز الأمومة عن طريق حقوق الإنسان " ، القاهرة.
- وزارة التضامن الوطني والعائلة.(1998). المرأة في التشريع الجزائري. الجزائر منشورات وزارة التضامن الوطني والعائلة، مطبعة الرهان الرياضي الجزائري، 18 ص.

II - المراجع باللغة الفرنسية:

1 - الكتب:

- Ammaniti Massino, et al. (1999). **Maternité et grossesse. Etude des représentations maternelles**, Paris, Presses universitaires de France, collection monographie de la psychiatrie de l'enfant, 1^{ère} édition, 180 p.
- Benamor Linda et Kleeman Françoise.(2001).**Sensibilisation mobilisation et action pour la maternité sans risque: Guide pratique, l'alliance du ruban blanc pour la maternité sans risque**, Washington, USA, Network for health, 54 p.
- Bertaux Daniel.(2001).**Les récits de vie**, France, édition Nathan, 128 p.
- Boukef, M.K. (1986) **Les plantes dans la médecine traditionnelle tunisienne**". Paris, agence de coopération culturelle et technique, 350 p.
- Boutefnouchet Mostefa. (1982). **Etudes culturelles. La culture en Algérie, Mythes et réalité**, Alger, SNED, 167 p.
- Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle, comité National préparative à la IVeme conférence mondiale sur les femmes, PNUD. (1995). **Femme et développement / 18-21 octobre 1994**, Actes de l'atelier, Oran, édition C.R.A.S.C, 358 p.
- Chaulet Claudine. « Stratégies familiales et Roles des femmes », in, Ministère de l'Enseignement Supérieur, unité de recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle, laboratoire sur la pratique algérienne du droit, **Femme, famille et société en Algérie**, Oran, journée d'étude 2-3 et 4 juin 1988, pp 105 – 109.
- Corin, E. « La matrice sociale et culturelle de la Santé et de la maladie », in Robert G et al. (1994). **Etre ou ne pas être en bonne Santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie**, Canada, Presses de l'Université de Montréal, pp 103 – 141.

- De Konink Maria, et al. (2001). **Maternité et Précarisation de l'Emploi**, Canada, Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS), 67 p.
- Desforts Jacqueline, « Fécondité et mortalité Maternelle. Tentative d'approche de la situation oranaise durant la dernière décennie », Ministère de l'Enseignement Supérieur, unité de recherche en Anthropologie sociale et culturelle, laboratoire sur la pratique algérienne du droit, femme, famille et société en Algérie, Oran, journée d'étude 2-3 et 4 juin 1988, pp 261 - 283.
- Desforts Jacqueline. (2003). **Violences et corps des femmes du tiers monde. Le droit de vivre pour celles qui donnent la vie**. Alger, éditions ANEP, 268 p.
- De vilainx Anne-Marie, Gavarini Larence, Le coadic Michele. (1986). **Maternité en mouvement**, les femmes, la reproduction et les hommes de science, France, Presses Universitaires de Grenoble. Edition Saint-Martin de Montréal, 244 p.
- Diop Bara Abdoulaye, « Croyances et attitudes relatives à la grossesse et à la maternité et Santé de la mère en Afrique », in Brouyer J et al. (1989). **Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement, pour un programme d'action**, Paris, centre International de l'Enfance, 3-7 octobre 1988.
- Fédération Internationale pour la Planification Familiale. (1996). **charte de l'IPPF, sur les droits en matière de sexualité et reproduction** Londres, 63 p.
- Fédération Internationale pour la Planification Familiale.(1996). **Après le Caire et Pékin: l'impulsion est donnée**, vision 2000, Londres, 63p.
- Fédération Internationale pour la Planification Familiale.(2000). **Santé sexuelle et reproductive** , une nouvelle démarche communicataire, Londres.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (2002). **Savoir pour Sauver**. Etats-unies, New York, 3^{ème} édition, 156p.
- Grawitz Madeleine. (1990). **Méthode des Sciences Sociales**, Paris, édition Dalloz, huitième éditions, 1140 p.
- Huberman A, Michael et Miles Matthew B. (1991). **Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes**, (traduit par De Backer Catherine et lamongie Vivian), Bruxelles, De Boeck- Wesmael ,480 p.
- Huez M Carlos et Carignan Charles S.(2000). **Planification familiale. Directives médicale et de présentation des services**. Londres, Fédération

Internationale pour la Planification Familiale, Organisation Mondiale de la Santé.

- Le Grain Gaston et al. (2001). **La Santé de la Reproduction, Pratique Opérationnelle**, Ministère de la Santé, Madagascar, FNUAP, 475 p.

- Manciaux Michel (1971). **Abrégé de la pédiatrie préventive et sociale**. Paris, Flammarion Médecine- sciences, 275 p.

- Manciaux Michel et Deschamps Jean Pierre. (1978). **Santé de la mère et de l'enfant : De la PMI à la Santé de la famille**, Paris, Flammarion médecine Sciences.

- Manciaux Michel, et Deschamps Jean Pierre, et Fritz Marie Thérèse. (1984). **Santé de la mère et de l'enfant. Nouveaux concepts en Pédiatrie Sociale**. Paris, Flammarion Médecine. Sciences ,498 p.

- Maurice Angers, (1996). **Initiation Pratique à la méthodologie des sciences humaines**, Alger, édition .Casbah, collection techniques de recherches, 381 p.

- Mebtoul Mohamed, « Femme, Santé et Société : Un territoire à préserver (Algérie). », in cibe Dominique, Phillippe Claudine, (1999), **Santé et médecine au féminin/ masculin**, à paraître, Antropos, pp 1 – 26.

- Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. (1992). **Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie (1985-1989)**, Alger.

- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique. (1997). **Séminaire atelier sur les programmes de Santé maternelle et infantile, Alger, édition**, Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS) ,223 P.

- Ministère de la Santé et de la Population, direction de la population. (1998). **Rapport annuel du comité National de Population**, Alger, édition Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS).

- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique. (1999). **Femme et Santé**, à la veille du 3ème millénaire, 10-11 mars, séminaire Atelier, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS) ,56 p.

- Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention et institut National de Santé Publique. (2000). **Santé maternelle et infantile**. Alger, agence Nationale de Documentation de la Santé, 223 p.
- Ministère de la Santé et de la Population, direction de la population.(2000). **Manuel de perfectionnement à l'usages des prestataires de la Santé de la reproduction et planification familiale**, Alger Agence Nationale de Documentation de la Santé, (ANDS),242 p.
- Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention, Institut National de Santé Publique. (2000). **Santé maternelle et infantile 2000-2004**, Alger, Agence National de Documentation de la Santé, 223p.
- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique. (2001). a, **Enquête nationale sur la mortalité maternelle**, 1999, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé, janvier, 183p.
- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique. (2001). b, **Enquête nationale sur les objectifs de la fin de décennie, Santé de la mère et de l'enfant**, EDG, Algerie 2000 Mics, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS), 188p.
- Ministère de la Santé et de la Population et de la réforme hospitalière (juillet 2002). **Politique nationale de la population à l'horizon 2010**, Rapport du comité National de population, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS), 101p.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, direction de la planification et de la normalisation. (2002).**Statistiques sanitaires année 2001**, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé. (ANDS).
- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, direction de la population. (2003).**Fondement législatifs, Réglementaires et techniques de la politique nationale de population**, Alger, Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS) ,53p.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière, direction de la population. (2003). **Population et développement en Algerie**, Rapport National CID +10, Alger, édition Agence Nationale de la Documentation de la Santé (ANDS).

- Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière office National des statistiques, Ligue des Etats Arabes. (2004). **Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002**, Alger, juillet ,374 p.
- Rae Ross Susan, (1998). **Promouvoir la qualité des soins maternels et néonataux: guide de référence pour les directeurs de programmes**, USA, coopérative pour l'assistance et secours partout.
- Rosenfield Allan, et FATHALLA Mahmoud F. (1994), **Manuel de reproduction humaine**. New York, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, center for population and family health, Columbia university, 551 p.
- Singly François de. (1992). **L'enquête et ses méthodes: le questionnaire**, Paris, édition Nathan, 126 p.
- Thierry Berche. (1998). **Anthropologie et Santé publique en pays DOGON**, Paris, éditions Karthala, 232 p.

2- الأطروحات الجامعية:

- Abrouk Samira. (juin 2001), << **incidence et facteurs de risque de la mortalité et de la morbidité périnatales dans la wilaya d'Alger** >>. Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur de l'université Montpellier, I, faculté de médecine.
- Beninguisse, Gervais. (février 2001). « **Entre Tradition et Modernité : Fondements Sociaux et Démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun** », thèse présentée en vue de l'obtention de grade de docteur en démographie, Université Catholique de Louvain, département des Sciences de la Population et du Développement, Institut de Démographie, Louvain-La-Neuve, Belgique.
- De Koninck Maria, et al.(Mars 2001). << **Maternité et précarisation de l'emploi** >>, Canada, bibliothèque nationale du Quebec, 67 p.
- Dujardin Bruno.(Février 1993). << **Une approche globale pour améliorer la Santé maternelle**>>, Thèse présentée à la faculté de médecine de l'université libre de Bruxelles en vue de l'obtention du grade d'agréé de l'enseignement supérieur, université libre de Bruxelles, faculté de médecine.

- Lemay Celine.(juin 1997). << **L'accouchement à la maison au quebec: Les voix du dedans** >>, Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maître en science en anthropologie, département d'anthropologie, Faculté des arts et des sciences, université de Montréal.
- Mebtoul Mohamed.(2002-2003).<< **Logiques d'acteurs et système de Santé (Algérie)** >>, Thèse d'Etat sur travaux en sociologie, université d'Oran, faculté des sciences sociales, département de sociologie, laboratoire de recherche en anthropologie de Santé,Tome II.
- Mebtoul Mohamed.(2002-2003).<< **Logiques d'acteurs et système de Santé (Algérie)** >>, Mémoire de synthèse en vue de l'obtention de la thèse d'Etat sur travaux en sociologie.
- Ministère de la Santé, et al. (1998). <<**Evaluation de la prise en charge de la maternité sans risque et de la survie de l'enfant au niveau communautaire du BAZEGA. Ouagadougou, Burkina Faso**>>, Population Council, Africa, série documentaire n° 20,24 p.

-3 المجلات:

- Attout Nadia, Benkhelil Rachida, et Saadi Rabah. (2001). << Education, Fécondité et Nuptialité>> Alger, **Revue CENEAP**, (Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Planification) ,88 p.
- Beau B et al . (1998). « Santé perçue et grossesses : étude de quelques déterminants comportementaux et environnementaux dans une population de femmes enceinte », **Revue santé publique**, vol 10, n° 1, pp 49 – 70.
- Bouchikhi Mohamed, et al. (1999). « **Eléments de réflexion pour une politique de population** », **Revue du CENEAP** (Centre National d'Etude et d'Analyse pour la Planification), Alger, n° 14. 127 p.
- Cantrelle Pierre et al.(1992).<< Mortalité maternelle, deux études communautaires en Guinée>>, **Les dossiers du CEPED** (centre Français sur la population et le développement), Paris, n° 20, Septembre, 43 p.
- Claus GJM. (1997). « Grossesse, Naissance et Enfance, US et coutumes chez les bédouins Ghib du Sahara Tunisien », Université d'Aix Marseille, les cahiers de l'IRE – MAM, aix-Provence (Institut de Recherche et d'Etude sur

le monde Arabe et Musulman). Conception, Naissance et petite enfance du Maghreb, pp 181 – 207.

- Desforts J. (1998). Indicateur de la Santé maternelle en Algérie : Evolution de 1962 à 1992>, **Revue population**, Paris, INED, n° 4, juillet- août, pp 859-874.

- Family Health International, (2001). << Ethique et Santé de la reproduction>>, **Network en Français**, Etats-Unis, Vol 21, n° 2.

- Family Health International, (2002). << Améliorer les services de Santé de la reproduction>>, **Network en Français**, Etats-Unis, Vol 21, n° 3.

- Family Health international, (2002). << Santé sexuelle>>, **Network en Français**, Etats-Unis, Vol 21, n° 4.

- Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF). (1998). « Maternité sans risques », **Revue Santé Sexuelle – Horizons**, 1998 / 1, Safe Motherhood, Londres, 29 p.

- FNUAP, OMS. (1999). << La prospérité pour la Santé>>, **Revue Entre nous**, le magazine européens de Santé reproductive et sexuelle, n° 43-44, Automne.

- FNUAP, OMS. (1999). << La Santé reproductive, une affaire d'hommes également>>, **Revue Entre nous**, le magazine européens de Santé reproductive et sexuelle, n° 45, Hiver.

- FNUAP, OMS. (2000). << Santé reproductive dans les situations d'urgence>>, **Revue Entre nous**, le magazine européens de Santé reproductive et sexuelle, n° 46, Printemps.

- Fonds des Nations Unies pour l'Enfant (UNICEF). (1999). **La situation des enfants dans le monde**, Genève.

- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). (2002). **La situation des enfants dans le monde**, New York, Etats-Unis.

- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).(2004). **La situation des enfants dans le monde 2004, << Les filles, l'éducation et le développement>>**, New York, Etat Unis.

-Mebtoul Mohamed. (1993). « La Santé au quotidien : le dispensaire du quartier d'El Hamri (Oran), » **Revue Sciences Sociales et Santé**, Alger, Vol xi, n° 2, juin, pp 41 – 62.

- Mebtoul Mohamed et al. (1998). « Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile », **Revue Sciences Sociales et Santé**, vol 16, n° 2, juin, pp 5 – 23.

- Mebtoul Mohamed et al. (1999). « Familles et enfants face à l'activité de soins en Algérie », **Revue Epidémiologie, Santé publique**, Alger, pp 1 – 31.

- Mokadem A et Bouisri A. (1998). << Objectifs démographiques et stratégie contraceptives >>, Alger, **CENEAP (centre national d'études et d'analyse pour la planification)**, avec le concours du FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la Population) ,104 p.

- Prual A. (1999). « Grossesses et accouchement en Afrique de l'Ouest, vers une maternité à moindre risque », **Revue santé publique**, vol 11, n° 2, pp 167. 185.

- UNFA, WHO. (1999). << Reproductive health: Men's Business too >>, **The European magazine for reproductive and sexual health**, n° 45, Winter.

- UNFA, WHO. (2001). << Ensuring sexual and Reproductive health, conventions and legislation are only the first step >>, **the European magazine for reproductive and sexual health**, n° 51.

-4 القواميس:

- Domart. André & Bourneuf Jacques. (1989). **Petit Larousse de la médecine**, Paris librairie Larousse.

- Mitri Elias. (Sans date). **Dictionnaire moderne, Français- Arabe**, Belfrout, Dar Al- Jil .

-5 الوثائق والمنشورات:

- Benabas s, Maougal I, « La représentation de la femme kabyle dans la littérature orale : les proverbes, les contes et la poésie », Alger, célébration de la journée internationale de la femme, « genre, population et développement », 11 mars 1998, INSP.

- Bouziani M, Mebtoul M, Mesli F, « Les concepts de la Santé : Etat des lieux », Acte séminaire National, Sciences Sociales et Santé, 22 – 23 décembre 197, Oran, Université d'Oran, groupe de recherche en Anthropologie de la Santé, (GRAS), Laboratoire de Bio statistique, pp 89 – 97.
- Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique. (avril 1998). Dossier de presse.
- Commission de la Population et du Développement. (1998). « Rapport succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale : Santé et mortalité », Nations Unies, 23 – 27 février, 19 p.
- Commission de la Population et du Développement. (2000). **Rapport Succinct sur le suivi des questions de population à l'échelle mondiale en 2000: Population, Parité et développement**, Nations Unies, 27-31 mars, 37 p.
- Des forts Jacqueline. « Les déterminants de l'accessibilité aux soins de Santé maternelle en Algérie », Acte Séminaire National, Sciences Sociales et Santé, 22 – 23 décembre 1997, Oran, Université d'Oran, groupe de recherche en Anthropologie de la santé (GRAS), Laboratoire de Bio statistique, pp 51 – 60.
- Equilibres et Populations. (1994). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 46, janvier.
- Equilibres et Populations. (1998). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 43, Octobre.
- Equilibres et Populations. (1998). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 45, Décembre.
- Equilibres et Populations. (1999). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 46, Janvier.
- Equilibres et Populations. (1999). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 52, Septembre.
- Equilibres et Populations. (1999). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 53, Octobre.
- Equilibres et Populations. (2000). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 56, Février - Mars.

- Equilibres et Populations. (2000). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 57, Avril.
- Equilibres et Populations. (2000). **Lettre mensuelle d'information**, Paris, n° 60, Août, Septembre.
- Family Care international. (1999). **Sur la Santé sexuelle et reproductive**, fiche d'information, New York, Nations Unies, juillet.
- Fédération Internationale pour la Planification Familiale. (1995). **Droits et Santé de la femme en matière de sexualité et de reproduction**, document d'orientation de l'PPF, n° 1.
- Fonds des Nations Unies pour la population, Bureau d'Alger. (2002-2006). **Coopération UNFPA / Algérie**.
- Fonds des Nations Unies pour la Population. (FNUAP). (2002-2006). **Document de sous programme en Santé reproductive**, 39 p.
- Institut National de Santé Publique. (1998). **<<Genre, population et développement >>**, Alger, célébration de la journée internationale de la femme, 11 Mai, 92 p.
- « Législation nationale, données fournies au BIT EN 1997 en réponse à une demande d'information et conditions of Work digest : Maternity and Work, vol 13, 1994 », par internet.
- Mebtoul Mohamed. (sans année), a. « **Les mots pour dire la santé en Algérie, aujourd'hui** », GRAS (Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé, Oran.
- Mebtoul Mohamed. (sans année), b. « **Entretien : Restituer l'expérience Sociale des acteurs** », Cours II, p p 12 – 17.
- Mebtoul Mohamed. (1996). « **Santé et société en Algérie : le travail de santé des femmes** », Rapport de recherche, Oran, groupe de recherche en Anthropologie de santé (GRAS).
- Mothers Cars Mothers. (1996). vol 5, n° 4, août, 15 p.
- Nations Unies. (1996). **Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes**, Beijing 4 -25 Septembre, 1995, New York.
- ONS (Office National des Statistiques). (1988). **Statistique**, Alger, n° 18.

- ONS (Office National des Statistiques). (1988). Données Statistiques, Alger, n° 90.
- ONS (Office National des Statistiques). (1992).Données Statistiques, Alger, n° 157.
- ONS (Office National des Statistiques). (1992).Données Statistiques, Alger, n° 210.
- ONS (Office National des Statistiques). (2000). Données Statistiques, Alger, n° 326.
- ONS (Office National des Statistiques). (2003).Données Statistiques, Alger, n° 398.
- Organisation Internationale du Travail. (1999). **La protection de la maternité au travail (révision de la convention n° 103, et de la recommandation n° 95, sur la protection de maternité 1952)**, Genève, bureau International du Travail, 62 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). **La fiche maternelle tenue à domicile**. Comment la mettre au point, l'adapter et l'évaluer, Genève, 85 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1996). **Le dossier mère – enfant: Guide pour une maternité sans risque**, Genève, 89 p.
- Organisation Mondiale de la Santé et division de la Santé et de la famille. (1996).Programme Santé maternelle et maternité sans risque, **le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque**, Genève, 89 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (1996). **Estimations Révisées pour 1990 de la mortalité maternelle**, nouvelle méthodologie, 16 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (1998). **La méthode appliquée à l'estimation de la mortalité maternelle: conseils au utilisateurs potentiels**, division de la Santé reproductive, Santé de la famille et Santé reproductive, 22 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1998).**Maternité sans risque**, journée mondiale e la Santé, information sur les activités dans le monde, Genève, n° 26.

- Organisation Mondiale de la Santé. (1999). **Réduire la mortalité maternelle**, déclaration commune OMS, FNUAP, UNICEF, banque mondiale, Genève, 45 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. (1999). Santé de la reproduction, Dossier d'information sanitaire de la région Africaine de l'OMS, Zimbabwe.
- Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Fonds des Nations Unies pour la Population. (1999). **Les services de Santé amis des femmes, Expériences de Santé maternelle**, Rapport sur un séminaire, Mexico, 26-28 Janvier, 98 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (1999). **Interpréter la Santé génésique**, Genève, Forum CIPD + 5, la 17 Haye, 8-12 Février, 31 p.
- Population Reports. (1997). << **Sauvez la vie des femmes**>>, Maryland-USA, n° 10, Septembre, 31 p.
- Population Reports. (1997). << **Soins des complications post avortement, Sauvez la vie des femmes**>>, Maryland- USA, vol xxv, n° 1, Septembre.

III - المواقع في الانترنت:

_ <http://www.IPPF.org>

➤ info@IPPF.Org

➤ Fédération Internationale pour la Planification Familiale.

- Maternal and child care

- رعاية الأمومة والطفولة

- [http://www.phcj-med-Sa/elements/Maternal health. Htm](http://www.phcj-med-Sa/elements/Maternal%20health.htm)

- [http://www.Feedo.net/encyclo/ency 26. htm](http://www.Feedo.net/encyclo/ency%20.htm)

- د. فؤاد الحفناوي. طب الأمومة في الإسلام / القاهرة.

- <http://Islam.set.com/arabic/ahip/islamic/hfnawe.html>

- <http://www.Fnuapalg.org>

- fnuap@fnuapalag.org

- <http://www.Unfpa.org>

- <http://www.Google.Com>

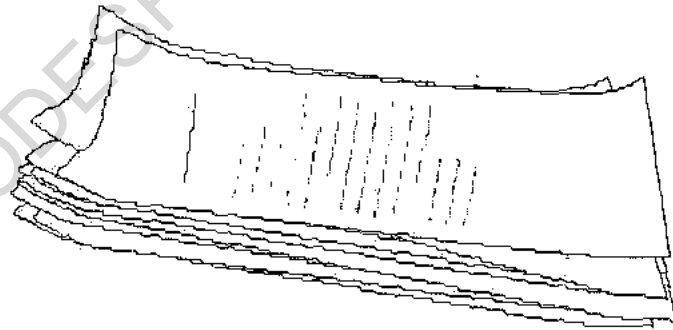
- [http://www.ping.be/planning - familial / maternal - html](http://www.ping.be/planning-familial/maternal.html)

- <http://www.ands.dz/dossiers/direction-population/pop.htm>

- <http://www.lamaternité.com/>

- <http://www.périnatalité.info>

الملاحق



ملحق رقم 1

جدول رقم (1): توزيع النساء الحوامل حسب عدد مرات المتابعة وخلفية المبحوثة.

متوسط عدد مرات المتابعة *	عدد الحوامل	عدد مرات المتابعة							خلفية المبحوثة
		إجمالي %	غير مبيّن	+4	3	2	1	0	
2.7	360	100.0	0.3	14.2	11.8	12.7	23.2	37.9	فئات العمر أقل من 30
2.5	245	100.0	0.0	9.7	9.5	11.6	20.1	49.2	30-49
2.9	271	100.0	0.0	17.9	14.6	13.8	23.6	30.1	محل الإقامة حضر
2.3	334	100.0	0.3	7.9	7.8	11.0	20.5	52.5	ريف
2.3	313	100.0	0.0	6.4	9.3	8.3	20.3	55.6	التعليم لم تلتحق بالمدرسة
3.1	133	100.0	0.8	21.8	12.0	14.0	20.3	31.2	لم تكمل الإبتدائي
3.0	60	100.0	0.0	24.6	10.5	8.6	31.1	25.1	إبتدائي
2.0	54	100.0	0.0	3.7	15.3	27.9	24.0	29.2	إعدادي
2.7	45	100.0	0.0	20.1	13.4	20.5	23.0	23.0	ثانوي أو أعلى
2.9	223	100.0	0.0	17.6	18.1	16.7	21.8	25.9	ع.أ. ب على قيد الحياة *
2.5	149	100.0	0.7	13.3	8.4	11.4	23.1	43.3	1-0
2.2	233	100.0	0.0	6.9	5.6	8.6	21.2	57.8	3-2
1.4	71	100.0	0.0	0.0	4.3	4.9	27.7	63.2	+4 مدة الحمل أقل من 3 شهور
2.2	233	100.0	0.4	6.9	2.6	11.5	26.7	51.9	5-3
3.0	282	100.0	0.0	19.7	19.7	15.5	17.3	27.8	9-6
4	7	100.0	0.0	44.0	0.0	0.0	0.0	56.0	لا تعرف
1.7	12	100.0	0.0	0.0	8.2	0.0	16.5	75.3	غير مبيّن
2.6	605	100.0	0.2	12.4	10.9	12.2	21.9	42.5	الإجمالي

* للنساء اللاتي تابعن الحمل فقط.

* عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة.

مصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جاسة الدول العربية 1994، ص. 160.

جدول رقم (2): نسبة النساء الحوامل اللاتي تعاني من أعراض معينة حسب خلفية المبحوثة.

الأعراض					خلفية المبحوثة
تشنجات	نزيف	ارتفاع ضغط الدم	صداع مستمر	تورم الأصابع/ الكواحل	
2.5	6.9	6.7	30.6	12.2	أقل من 30
4.9	3.2	11.5	31.2	17.7	30-49
					محل الإقامة
3.9	5.9	7.2	34.6	17.4	حضر
3.0	7.0	9.8	27.5	12.4	ريف
					التعلم
3.8	6.1	7.8	29.1	13.3	لم تلتحق بمدرسة
3.2	7.6	10.4	38.7	17.2	لم تكمل الابتدائي
5.7	11.2	11.2	27.5	14.4	إبتدائي
1.6	3.7	7.4	26.5	20.5	إعدادي
0.0	2.6	6.7	27.5	9.0	ثانوي و أعلى
					مدة الحمل
1.4	1.6	4.5	29.4	2.4	أقل من 3 شهور
2.2	4.6	8.3	29.1	10.0	3-5
5.1	9.3	9.8	31.1	21.0	6-9
0.0	14.0	14.0	86.0	14.0	لا تعرف
0.0	0.0	8.2	24.7	24.7	غير مبين
3.4	6.5	8.6	30.7	14.6	الإجمالي

مصدر: (نفس المرجع، ص.175).

جدول رقم (3): توزيع الولادات خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة وخلفية المبحوثة.

عدد الولادات	مكان الولادة						خلفية المبحوثة
	إجمالي	غير مبين	أخرى	في المنزل	مركز طبي خاص	مركز طبي حكومي	
2200	100.00	0.9	0.1	20.5	5.4	73.4	فئات العمر أقل من 30
2980	100.00	2.0	0.1	24.1	5.0	69.0	30-49
2282	100.00	1.4	0.0	12.4	7.8	78.3	محل الإقامة حضر
	100.00	1.6	0.1	30.4	3.1	64.9	ريف
2968	100.00	1.8	0.1	32.9	2.1	63.1	التعليم لم تلتحق بمدرسة
1179	100.00	0.7	0.1	12.4	6.9	79.9	لم تكمل الإبتدائي
1368	100.00	2.4	0.0	4.1	11.1	82.5	إبتدائي
394	100.00	1.6	0.0	5.0	9.4	84.0	إعدادي
276	100.00	0.0	0.4	3.4	16.3	80.0	ثانوي أو أعلى
5185	100.00	1.5	0.1	22.5	5.2	70.8	الإجمالي

مصدر: (نفس المرجع، ص. 178).

Tableau 4: Repartition par tranche d'age des décès maternels et taux de mortalité maternelle par tranche d'age.

Tranche d'age	Nombre de décès maternels	Fréquence relative(%)	Effectifs femmes ayant consulté
15-19	14	2.02	50.3
20-24	70	10.10	51.1
25-29	126	18.20	75.7
30-34	170	24.53	117.7
35-39	181	26.12	200.6
40-44	119	17.17	356.6
49-45	13	1.87	229.2
Total	693		

Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique (2001), Enquête Mortalité Maternelle 1999, rapport préliminaire, Alger, janvier, p47.

Tableau5: Répartition par profession des décès maternels.

Profession de la défunte	Nombre de décès maternels	Fréquence relative %
- Cadre supérieur et moyen	38	6.3
- Ouvrière	30	4.9
- Pensionnées	5	0.80
- Femme au foyer	534	88.0
Total	607	

(Ibid,p48).

Tableau 6: Proportion des femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de leur dernière grossesse, dès les cinq dernières années selon la structure consultée, l'âge, le milieu, la région et l'habitat en pourcentage, EDG, Algérie 2000.

		Structure consultée durant la dernière grossesse			Effectifs femmes ayant consulté
		Publique Para public	Privée	Les deux structures	
Age	15-29	41	56	3	962
	30-49	45	52	3	1599
Milieu	Urbain	46	52	2	1247
	Rural	40	56	4	1314
Région	Est	44	51	5	738
	Centre	40	59	1	814
	Ouest	31	68	2	488
	Sud	65	30	5	521
Habitat	Villa, appart	42	55	3	1604
	Autres	46	52	3	957
Algérie	/	43	54	3	2561

Source: Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique (2001) **Enquête Nationale sur les objectifs de la fin décennie, Santé de la mère et de l'enfant**, EDG, Algérie Mars 2000. Alger, p.48.

Tableau7: Population cible

	KOMSILGA		RAKAYE	
	Homes	Femmes	Homes	Femmes
GDD* adolescents de 15 à 19 ans	1	1	1	1
GDD personnes mariée de 20 à 29 ans ayant un enfant < 5ans	1	1	1	1
GDD avec personnes mariées de 30 à 49 ans ayant un enfant < 5 ans	1	1	1	1
GDD* avec personnes de 49 ans ou " Yaaba" (grand mère)		1	1	1
EIA * agents SBC	1	1	1	1
EIA agents de santé communautaire	1	1	1	1
EIA accoucheuses villageoises	1	1	1	1
EIA tradithérapeutes	1	1	1	1

Source: Ministère de la santé, direction de la santé de la famille,
" Evaluation de la prise en charge de la maternité sans risque de la survie
de l'enfant au niveau communautaire du BAZEGA", Ouagadougou,
Burkina Faso, Décembre 1998, série documentaire n°20, p6.

GDD: groupe discussion dirigée

EIA : Entretien individuel approfondi

SBC: Service à base communautaire.

Tableau 8: Distribution de l'échantillon (femmes ayant eu leur dernier accouchement au cours des cinq dernière années avant l'enquête) entre les variables d'analyse à l'ENFC (1978), l'EDSC (1991) et l'EDSC(1998).

Variables à expliquer	ENFC(1978) N= 3738		EDSC 1991 N= 2153		EDSC (1998) N= 2610 **	
- La prise en charge de la grossesse. A eu recours à la surveillance médicale de la grossesse?						
Oui	-	-	1688	78.4	1641	62.9
Non	-	-	465	21.6	969	17.3
Indice de la qualité de la surveillance médicale de la grossesse.						
- 0= Inadequate			478	22.2	925	35.4
- 1= plutot moyene			84	3.9	117	4.5
- 2= moyene			461	21.4	421	16.1
- 3= plutot adequate			609	28.3	651	24.9
- 4= adequate			521	24.2	496	19.0
2- La prise en charge de l'accouchement A eu recours à la surveillance médicale de l'accouchement?						
Oui	2131	57.0	1372	63.7	1195	45.8
Non	16.07	43.0	781	36.3	14.15	54.2
Lieu d'accouchement						
- Milieu hospitalier	2119	56.7	1343	62.4	12.1	46.0
- Autres	16.9	43.3	8.0	37.6	1409	54.0
** = Femmes ayant	Accouché au cours des trois dernières années avant l'enquête					

Source: Beninguisse, Gervais.2001 " Entre tradition et modernité: Fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun". Thèse de doctorat en démographie, institut de démographie. Louvain –La-Neuve, p.111.

ملحق رقم 2

جدول رقم (01) : تطور إستعمال وسائل منع الحمل حسب النوع.

نوع الوسيلة	1986	1992	1995	2002 ¹
الحبوب	74,4	76,2	77,7	74,6
اللولب	5,9	4,7	7,1	9,2
الواقعي	1,5	0,9	1,4	6,8
الحقن	/	0,3	0,1	2,4
الطرق الحديثة	5,8	2,5	0,5	3,1
الأخرى	/	8	7,8	10,1
الرضاعة	3,8	3,4	4,3	8,7
رزمة	8,7	3,4	1,1	7,0
العزل				

المصدر : (وزارة الصحة والسكان. 1998. السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني دس ت +5، ص 30).

¹ Source: Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques, ligue des Etats Arabes, 2004, b, Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Alger, p. 123.

Tableau 2: Répartition relative des femmes mariées âgées de 15-49 ans, selon la méthode contraceptive utilisée actuellement et les caractéristiques.

Variables	N'importe quelle méthode	Méthodes modernes			Méthodes traditionnelles				Non déclaré
		Pilule	Stérilet	Autres méthodes modernes	Allaitement prolongé	Méthodes du calendrier	Retrait	Autres	
Groupe d'âge									
15-19	26.2	24.1	0.0	0.0	0.0	0.9	1.2	0.0	0.0
20-24	41.1	37.5	0.4	0.0	0.5	0.8	0.9	0.0	0.2
25-29	56.7	49.3	1.6	1.1	1.2	1.5	1.8	0.1	0.2
30-34	61.3	52.0	3.1	1.1	1.5	1.7	1.6	0.1	0.2
35-39	66.4	54.4	4.5	1.8	1.4	2.4	1.6	0.1	0.1
40-44	59.8	48.1	3.8	2.8	0.3	2.7	1.6	0.2	0.2
45-49	45.1	31.9	3.2	3.2	0.3	3.4	2.3	0.2	0.5
Durée du 1 ^{er} mariage									
0-4	40.6	36.3	0.5	0.9	0.4	1.1	0.9	0.1	0.3
5-9	62.2	52.9	2.4	1.9	1.5	1.6	1.8	0.0	0.1
10-14	65.0	53.0	4.1	1.3	1.3	2.9	2.2	0.2	0.1
15-19	65.6	53.5	4.4	1.7	1.3	2.9	1.5	0.1	0.1
20 et +	54.0	42.3	3.5	2.7	0.6	2.4	1.8	0.2	0.4
Milieu de résidence									
Urbain	59.0	46.6	4.0	2.3	0.9	3.0	1.9	0.1	0.2
Rural	54.0	47.1	1.9	1.3	1.0	1.1	1.5	0.2	0.3
Niveau d'instruction									
Analphabète	52.9	45.5	2.0	1.4	1.0	1.2	1.3	0.2	0.3
Lire/écrire	59.3	47.8	3.8	1.5	1.1	2.5	2.3	0.0	0.2
primaire	59.8	48.2	3.7	1.8	1.0	2.9	1.9	0.1	0.2
Moyen	62.9	49.7	4.4	2.8	0.7	3.5	1.8	0.0	0.1
Second et +	58.3	37.9	5.6	5.8	0.3	5.7	2.3	0.5	0.2
Non déclaré	66.1	55.0	0.0	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1
Total	57.0	46.8	3.1	1.8	0.9	2.2	1.7	0.1	0.2

source: Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office National des Statistiques, Ligue des Etats Arabes, 2004, p. 125

جدول 3 : معدل وفيات الأمهات في البلدان العربية (لكل 100.000 ولادة حية) .

الدول	المعدل
- الصومال	685
- الجزائر	* 103
- مصر	84
- الجمهورية العربية الليبية	130
- المغرب	238
السودان	352
- تونس	68
- العراق	336
- الأردن	41
- الكويت	7
- لبنان	126
- عمان	99
- المملكة العربية السعودية	23
- سوريا	154
- الإمارات العربية	77
- اليمن	488

مصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. (2003) حالة السكان العالم 2003.

• ما يمكن ملاحظته من خلال إحصائيات الجزائر أن معدل وفيات الأمهات مقدر بـ 117 لكل 100 ألف ولادة حية وليس 103. وعليه كل هذه الإحصائيات يجب أن تؤخذ بتحفظ.

جدول 4: نسبة الولادات التي تمت في منشأة صحية (%).

م	الدولة	الإسناد الزمني	النسبة
1	الأردن	2001	93.5
2	الإمارات	2000	99
3	البحرين	2000	98
4	تونس	1999	89.7
5	الجزائر	2000	92
6	جيبوتي	-	-
7	السعودية	-	-
8	السودان	1999	13.6
9	سورية	2001	50.1
10	الصومال	-	-
11	العراق	-	-
12	عمان	2000	95.6
13	فلسطين	2000	94.8
14	قطر	2000	99.97
15	جزر القمر	-	-
16	الكويت	2001	99.9
17	لبنان	1996	82.9
18	ليبيا	-	-
19	مصر	2000	42.3
20	المغرب	-	-
21	موريتانيا	-	-
22	اليمن	1997	16

(-) لم يرد البيان

مصدر: المجلس العربي للطفولة والتنمية. (2003). واقع الطفل العربي، التقرير الإحصائي السنوي 2002، القاهرة، ص. 123.

Tableau 5: Causes initiales des décès.

Causes initiales des décès	Effectif	Fréquence relative(%)
- Causes obstétricales	454	
- Hémorragies génitales	106	16.6
- Complications liées à une HTA gravidique	92	14.4
- Septicémies puerpérales	90	14.1
- Dystocies	78	12.2
- Anomalies du placenta	32	5.0
- Autres anomalies du travail et de l'accouchement	30	4.7
- Complications liées au fœtus et / à la cavité amniotique	13	2.0
-Complications d'un avortement	7	1.1
- Autres causes obstétricales	6	1.0
- Causes non obstétricales	184	
- Cardiopathies	86	13.5
- Maladies infectieuses	32	5.0
-Affections de l'appareil digestif	15	2.4
- Maladies du sang	12	1.9
- Autres causes non obstétricales	39	6.1
Total	638	

Source: Ministère de la santé et de la population, institut National de santé publique, (2001), Enquête National de santé publique, Rapport de synthèse, Alger,p31.

جدول 6: معدل وفيات الأطفال الرضع أقل من شهر (مواليد الجدد).

م	الدولة	الإسناد الزمني	المعدل %
1	الأردن	1995	14.4
2	الإمارات	2000	5.6
3	البحرين	2000	5.2
4	تونس	-	-
5	الجزائر	1992	22.1
6	جيبوتي	-	-
7	السعودية	-	-
8	السودان	1999	31
9	سورية	-	-
10	الصومال	-	-
11	العراق	-	-
12	عمان	2001	11.5
13	فلسطين	2000	14.6
14	قطر	2000	5.1
15	جزر القمر	-	-
16	الكويت	2000	6.1
17	لبنان	1996	20.3
18	ليبيا	-	-
19	مصر	1999	10.5
20	المغرب	-	-
21	موريتانيا	-	-
22	اليمن	1997	34.7

مصدر: (المجلس العربي للطفولة والتنمية، مرجع سابق، ص 103).

جدول 7: مجالات ثقافة الأمومة مرتبة وفقا للنسب المئوية لأهميتها في ضوء استبيانات العينة.

الترتيب	النسبة المئوية للأهمية (%)	المجال
1	94.6	- المجال الديني
2	93.6	- المجال الأسري
3	93.2	- مجال التغذية
4	92.2	- مجال الثقافة الإقتصادية المنزلية
5	90.5	- مجال الثقافة الفنية
6	89.1	- مجال الثقافة التربوية والنفسية
7	88.1	- المجال الأدبي واللغوي
8	87.4	- المجال الصحي
9	86.8	- المجال العلمي والتقني

مصدر: (د. شهدة ود. مطاوع، مرجع سابق، ص 20).

ملحق 3

المادة 67:

تستفيد الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على سلامة صحة أفرادها وتوازنهم النفسي لعاطفي وترقية ذلك.

المادة 68:

تتمثل حماية الأمومة والطفولة في جميع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص ما يأتي:
- حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلالها وبعده.
- تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي - النفسي

المادة 69:

يجب أن تعمل المساعدة الطبية، المقدمة للمحافظة على الحمل واكتشاف الأمراض التي يصاب بها في "الرحم" وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة.

المادة 70:

يكون تباعد فترات الحمل موضوع برنامج وطني يرمي إلى ضمان توازن عائلي منسجم ويحفظ حياة الأم والطفل وصحتها.

المادة 71:

توضع وسائل ملائمة تحت تصرف السكان لضمان تنفيذ البرنامج الوطني في مجال تباعد فترات لحمل.

المادة 72:

يعد الإجهاض لغرض علاجي إجراء ضروريا لإنقاذ حياة الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهتد بخطر بالغ.
يتم الإجهاض في هيكل متخصص بعد فحص طبي يجري بمعية طبيب اختصاصي.

مصدر: وزارة الصحة والسكان، مديرية السكان. (2000). الأسس القانونية، التنظيمية والتقنية للسياسة الوطنية للسكان في الجزائر، جوان ص. 10.

نقلا عن: قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمعدل والمتمم بموجب القوانين رقم 90-17 المؤرخ في 17 جويلية 1990 والقانون رقم 98-09 الصادر في 19 أوت 1998.

ملحق رقم 4

Tableau1: Durée du congé de maternité.

Durée	Pays
Moins de 12 semaines	Tunisie(30 jours), Liban, Qatar(40 jours), Bahrein, Emirats Arabes Unis(45 jours), Egypte, Jamahiria arabe lybyenne(50jours), Nepal(52 jours), Bahamas, Auganda, Singapour, Soudan, Suisse(8semaines), Bolivie, Coreé, République de Erythrée, Iraq, Islande, Kenya, Malaisie, Mozambique, Philippines, Yémen(60 jours ou 2 mois), Arabie Saoudite, Jordanie, Koweït,(70 jours ou 10 semaines), République Arabe Syrienne(75 jours).
12 Semaines	Afrique du sud, Bangladesh, Colombie, El Salvador, Equateur, Etats- Unis, Fidji, Gambie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Maroc, Mexique, Namibie, Nigéria, Pakistan, Paraguay, Rwanda, Srilanka, Tanzanie, Turquie, Uruguay, Zambie
13 Semaine	Afghanistan, Angola, Argentine, Cambodge, Chine, Ethiopie, Indonésie, Iran, Pérou, Zimbabwe.
14 Semaines	Algérie, Allemagne, Benin, Burkina faso, Cameroun, Cote d'ivoire, Djibouti, Gabon, Guinée, Irlande, Japon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Nouvelle Zélande, Panama, Portugal, République démocratique du Congo, Royaume Uni, Sénégal, Somalie, Suède, Tchad, Togo.
15 Semaines	Mongolie(101 jours), Belgique, Congo, Finlande, Slovénie.
16 Semaines	Autriche, , Costa rica, Espagne, France, Grèce, Luxembourg, Pays bas, Pologne, Roumanie.
17 Semaines et plus	Brésil, Bulgarie, Canada(17 semaines), Vietnam(4 - 7semaines), Chili, Cuba, Danemark, Ukraine, Venezuela(18 semaines), Fédération de Russie(20semaines), Italie(5mois), Hongrie,(24 semaines) République Tchèque(28 semaines), Norvège(38-48 semaines), Australie (52semaines).

Source: Par internet

Législations Nationales, données fournies, au BIT en 1997 en réponse à une demande d'information et conditions of work digest: Maternity and work, Vol 13, 1994. pp 21.22.

ملحق رقم 5

- تتمثل الإجراءات الواجب اتخاذها سريع والتي جاءت في مؤتمر القاهرة الدولي 1994 ما يلي:

- >>1- إصلاح القوانين التي تؤدي إلى زيادة وفيات الأمومة (مثل القوانين التي تفرض على المرأة الحصول على إذن زوجها قبل أن تستطيع الاستفادة من الخدمات الصحية والقوانين التي تعيق الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية).
- 2- تنفيذ القوانين التي تحفظ مصالح النساء الصحية (مثل القوانين التي تحظر زواج الأطفال وتحظر الممارسات التقليدية التي تشوه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وقوانين تجريم الاغتصاب والاعتداء الجنسي).
- 3- تطبيق حقوق الإنسان التي تكفلها الدساتير الوطنية والمواثيق الدولية لتعزيز الأمومة المأمونة (مثل) مطالبة الدول باتخاذ إجراءات وقائية وعلاجية فعالة لخفض وفيات الأمومة ومعالجة النساء بشكل يحفظ لهن مكانتهن واحترامهن >>. (منظمة الصحة العالمية، 1998، الأمومة المأمونة ص 2-3).

وينص المبدأ (8) من برنامج عمل الندوة الدولية حول الحقوق والصحة في مجال الصحة الإنجابية ما يلي:

المبدأ 8:

>> كل شخص له الحق بالاستمتاع بأحسن حالة صحية جسدية وعقلانية، على الدول أن تأخذ الإجراءات اللازمة لضمان على أساس المساواة بين الرجل والمرأة وتقريب مصالح الصحة للجميع وكذا تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية المتضمنة التنظيم العائلي والصحة الجنسية.

إن برامج الصحة الإنجابية يجب أن توفر كل الأصناف الممكنة من المصالح دون إكراه، كل زوج وكل شخص لديه الحق الأساسي أن يقرر بكل حرية وبكل مسؤولية عدد الأطفال والتباعد بين الولادات، والحصول على المعلومات، التربية والوسائل اللازمة لذلك. (وزارة الصحة والسكان، مديرية السكان، (2000)، مرجع سابق، ص 39).

إن الاهتمام بتربية المرأة دار نقاشه على مستوى الندوة العالمية حول النساء المنعقدة في بيجين - الصين Beying-Chine من 4-5 سبتمبر 1995، والتي نادى هي بدورها على أن من أولويات ترقية المرأة هو التحكم في الخصوبة.

والحكومات التي شاركت في الندوة عازمت على ما يلي:

>>- ضمان المساواة بين النساء والرجال في ميدان التربية والعلاج الصحي وتحسين النظافة الجنسية والصحة الوراثية وكذا التربية عند النساء.

- ترقية التنمية الدائمة في خدمة الفرد، وبالخصوص نمو اقتصادي مدعم وذلك بتطوير تربية القاعدة، التربية الدائمة، محو الأمية، التكوين والعلاج الصحي الأولي لصالح النساء والبنات.

- ضمان خدمات العلاج الصحي الأولي ذات النوعية وجعله سهل المنال بعدد كبير وبأقل تكاليف، بالخصوص العلاج الصحي المرتبط بالإنجاب والجنس وكذا الإعلام وخدمات في ميدان التخطيط العائلي وذلك بإعطاء عناية خاصة لعلاجات التوليد المستعجل، وصحة الأمومة كما اتفق عليه في برنامج عمل في الندوة الدولية حول السكان والتنمية.

- تدعيم وإعادة توجيه المصالح الصحية وبالخصوص العلاجات الصحية الأولية من أجل ضمان لكل البنات والنساء إقبالا على المصالح الصحية ذات النوعية، تخفيض انعكاسات الأمراض والحالات المرضية المرتبطة بالأمومة وتحقيق في السلم العالمي الهدف المتفق عليه أي تخفيض على الأقل 50% من اليوم إلى سنة 2000 وأيضا بـ 50% من اليوم إلى غاية 2015 معدلات الوفيات المرتبطة بالأمومة المسجلة في سنة 1990، السهر على أن تكون المصالح الضرورية متوفرة على كل مستوى نظام الصحة وعن طريق نظام العلاج الصحي الأولي جعل العلاج الصحي الوراثي سهل المنال في أقل المواعيد ومن اليوم إلى غاية 2015 كأقصى مدة لكل الأفراد الذين ينتمون إلى فئات الأعمار المعينة.

- إعطاء عناية خاصة بحاجيات البنات، بتشجيعهن على اتخاذ نمط حياة سليم وبالخصوص نشاط الجسم، اتخاذ مقاييس ترمي خصيصا إلى تخفيض فروق معدلات الحالات المرضية والوفيات بين البنات والذكور، وذلك بتحقيق الأهداف المؤيدة على الصعيد الدولي الخاصة بتخفيض وفيات الطفولة والأطفال الذين نقل أعمارهم عن 5 سنوات بالثلث وبالنظر إلى مستوى 1990 أو من 50 إلى 70 بالألف من الولادات الحية حسب المعدل الذي يمثل أكبر انخفاض من اليوم إلى غاية 2015 جعل وفيات الطفولة أقل من 35 بالألف من الولادات الحية ومعدل وفيات الأطفال الذين نقل أعمارهم عن 5 سنوات إلى 45 بالألف.

- تحسيس البنات الصغيرات، الأولياء، المعلمين والمجتمع بالمسائل المتعلقة بالصحة والتغذية وتوعيتهم بأخطار الأمومة المبكرة على الصحة والمشاكل الأخرى الناجمة عن ذلك.

- تدعيم وإعادة توجيه التربية الصحية ومصالح الصحة، بالخصوص برامج العلاج الصحي الأولى، وكذا الصحة في ميدان الجنس والإنجاب بالإضافة إلى تصميم برامج الصحة ذات النوعية التي تسمح بتلبية الاحتياجات الجسمية والعقلية للبنات والتي تأخذ بعين الاعتبار حاجيات الأمهات الشابات، النساء الحوامل والأمهات المرضعات.

- ضمان تربية البنات ونشر المعلومات بوظائف أعضاء التكاثر، الصحة الإنجابية والتكاثر لدى المراهقين خاصة كما اتفق عليه في برنامج عمل الندوة العالمية حول السكان والتنمية، وكما هو متوقع في تقرير هذه الندوة، إن ممارسة التخطيط العائلي.....، الحياة الأسرية، الصحة الإنجابية، الأمراض المنقولة جنسياً والوقاية من العدوى عن طريق FIH والإيدز.....>>. (نصر المرجع، ص 45-47).

الفقرة 53 من برنامج مؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات نيويورك 1999.
مضمونها:

>>.... ينبغي للحكومات أن تسعى لكفالة أن تكون جميع مرافق رعاية الصحة الأساسية وتنظيم الأسرة قادرة بحلول عام 2015، على أن توفر بصورة مباشرة أو عن طريق الإحالة، أوسع طائفة ممكنة من الوسائل المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة ومنتج الحمل وخدمات التوليد الأساسية، والوقاية من أمراض الجهاز التناسلي وعلاجها، لما في ذلك الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وعلى أن توفر الوسائل العازلة مثل الواقيات الذكرية والأنثوية ومبيدات الميكروبات، إذا كانت متاحة للوقاية من العدوى.

وبحلول عام 2005 ينبغي أن يكون 60% من هذه المرافق قادراً على توفير هذه الطائفة من الخدمات وبحلول عام 2010 ينبغي أن يكون 80% منها قادراً على توفير تلك الخدمات.>>.

(صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون سنة، السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية ص 15).

مضمون الفقرة 64 من برنامج مؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات / نيويورك 1999.

>> بحلول عام 2005، ينبغي أن تبلغ نسبة الولادات التي تشرف عليها قابلات ماهرات 40% على الأقل في البلدان التي يبلغ فيها معدل وفيات الأمهات مستوى عالياً جداً، وينبغي أن تصل هذه النسبة بحلول عام 2010 إلى 50% على الأقل، وإلى 60% على الأقل في سنة 2015.

وينبغي أن تواصل جميع البلدان بذل جهودها من أجل أن تصل نسبة الولادات التي تشرف عليها قابلات ماهرات إلى 80% بحلول عام 2005 وإلى 85% بحلول عام 2010 وإلى 90% بحلول عام 2015.<< (نفس المرجع، 16).

قائمة المؤتمرات:

- 1- مؤتمر مكسيكو سيتي في 19 تموز - 2 آب 1975.
- 2- مؤتمر كوبنهاغن/ الدنمارك 14 تموز -30- 1980 تحت عنوان: >> عقد الأمم المتحدة للمرأة العالمية المساواة والتنمية والسلام <<.
- 3- مؤتمر نيروبي / كينيا عام 1985.
- 4- مؤتمر " صحة المرأة ودور القابلة منظور عالمي " في 21-22 أغسطس 1987، لاهاي/ هولندا.
- 5- المؤتمر الدولي حول السكان والصحة الإنجابية 21-24 فبراير 1998 - القاهرة.
- 6- المنظمة العالمية للصحة، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، منظمة الأمم المتحدة للسكان: " Systématisation des expériences de mise en place des services de santé amis des femmes" Mexico-26-28 janvier 1999.
- 7- مؤتمر عربي حول صحة الأم والطفل/ القاهرة 7- 10 جوان 1999 منظم من طرف جامعة الدول العربية، وحدة البحوث والدراسات السكانية.
- 8- مؤتمر: >> السكان والصحة الإنجابية وقضايا النوع الاجتماعي من منظور إسلامي << المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث الإسلامية بجامعة الأزهر بالتعاون مع المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة (الرباط - المغرب)، القاهرة 18-21 أكتوبر 2000.

9- المؤتمر الثاني لقمة المرأة العربية/ الأردن عمان 3-4 نوفمبر 2002 منظمة من طرف اللجنة التحضيرية الأردنية للقمة، جامعة الدول العربية، المجلس القومي للمرأة(مصر)، ومؤسسة الحريري بالجمهورية اللبنانية.

10- << المؤتمر العربي للسكان والتنمية/ تقييم عشرة سنوات من الإنجاز >>، من طرف جامعة الدول العربية، إدارة السياسات السكانية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الأسكوا)، بيروت - مارس 2004.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

رسالة بمناسبة اليوم العالمي للسكان
موجه من ثريا.أ عبيد المديرية التنفيذية
لصندوق الأمم المتحدة للسكان

11 Juillet 2004

إننا اليوم، ونحن نحتفل باليوم العالمي للسكان، نحتفل أيضا بالذكرى السنوية العاشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية التاريخية. فقبل عشر سنوات تعهدت 179 حكومة بتحسين نوعية حياة المرأة والأسرة وذلك بتوفير سبل حصولهما على الرعاية الصحية، والتعليم، والبيئة النظيفة، والحقوق الإنجابية.

وبعد انقضاء عشر سنوات، نستطيع القول إن قدرا كبيرا من التقدم قد تحقق فعلا. فالبنات التي تولد اليوم في العالم النامي تتاح لها آفاق أفضل من تلك التي ولدت من قبل عشر سنوات. وتترايد معدلات القيد في المدارس، ويتزايد متوسط العمر المتوقع. وباستطاعة أعداد متزايدة من النساء والأزواج اختيار عدد أطفالهم وتحديد فترات المباحدة بين إنجابهم، كما تتخذ بلدان كثيرة خطوات للتصدي لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

ولكن مازال هناك الكثير مما يجب عمله، ولا شيء يدل على الحاجة الماسة إلى المزيد من العمل أكثر من قضية الأمومة السالمة. فاليوم، تموت أم في كل دقيقة. فهي تقضي نحبها أثناء الولادة أو من جراء مضاعفات الحمل. ومما يزيد من المأساة هو أن جميع هذه الوفيات تقريبا، يمكن الحيلولة دون حدوثها.

وتمثل هذه المأساة مجتمعة 529000 حالة وفاة كل سنة، مما يترك فراغا مدمرا لدى الأسر والمجتمعات المحلية ومناطق بأكملها. ولتتخلوا الحياة بدون مظاهر حب ومساندة أمهاتكم، وهي مظاهر لا تعد ولا تحصى، ففي تلك الحالة ستكون العواقب العاطفية والاجتماعية والاقتصادية كارثية. وهي عواقب تفس كلامنا.

والأمومة السالمة تعني أيضا حماية المرأة من العنف والإيذاء ومن الإصابة بفيروس المناعة البشرية. ويجب أن نكفل حصول جميع النساء والفتيات المراهقات على ما يلزم من معرفة ووسائل للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وأن تكفل قيام الرجال بدور

الشركاء المساندين لهن. ويجب أن نقتل من ضعف المرأة والفتاة بزيادة احترام حقوقهما الإنسانية وبالتصدي للتمييز والعنف ضدهما. ويجب أن نعمل المزيد من أجل توفير الأدوية المنقذة للحياة بالنسبة للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. والمرأة لا تحتاج إلى العلاج كحق لها فحسب، بل أيضا لمنع انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية إلى أطفالها. وينبغي أن تتوفر خدمات الوقاية والعلاج من فيروس نقص المناعة البشرية في جميع مرافق الرعاية الصحية، وبخاصة في الأماكن التي تكون فيها الخدمات الطبية محدودة.

وهناك حل، وقد التزمت به 179 حكومة قبل عشر سنوات عندما وقعت على برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويصف ذلك البرنامج الخطوات التي لن تنقذ حياة الملايين من النساء فحسب بل تمكن أيضا الأفراد من تحقيق مستقبل أفضل. وتعميم إمكانية الحصول على التعليم وعلى الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية هما الغايتان الأساسيتان. وهاتان الغايتان تكملان وتعززان الغايات التي حددها زعماء العالم في مؤتمر قمة الألفية من أجل كفالة عالم أكثر إنصافا وقابلية للاستدامة في القرن الحادي والعشرين.

ملحق رقم 6

الحجم	السنة	المؤثرات الديمغرافية
32.10 مليون نسمة	2004/1 /1	- مجموع السكان
32.60 مليون نسمة	2005 /1 /1	
%1.58	2003	- نسبة النمو السكاني
%20.36	2003	- المعدل العام للولادات
%4.55	2003	- المعدل العام للوفيات
%32.5	2003	- معدل وفيات الأطفال الرضع
%34.6	/	- ذكور
%30.3	/	- إناث
117 لكل 100.000 ولادة حية	1999	معدل وفيات الأمهات
649000	2003	- عدد الولادات
145000	2003	- عدد الوفيات
240463	2003	- عدد الزواجات
73.9 سنة	2003	- توقع الحياة عند الولادة
72.9 سنة	2003	- ذكور
74.9 سنة	2003	- إناث
%83	1998 (تعداد)	- معدل تدرس الأطفال (6-14) سنة
%85.3	1998 (تعداد)	- ذكور
%80.7	1998 (تعداد)	- إناث
%31.90	1998 (تعداد)	- معدل الأمية
%23.65	1998 (تعداد)	- رجال
%40.27	1998 (تعداد)	- نساء
%7.55	2002	- معدل الزواجية
7502589	1998 (تعداد)	- النساء ما بين 15-49 سنة

74.44%	2000	- معدل العام للخصوبة
2.4 طفل / امرأة	2002	- المؤشر التركيبي للخصوبة
	2002	- متوسط سن الزواج الأول
33.0 سنة	2002	- رجال
29.6 سنة	2002	- نساء
	2002	نسبة استعمال وسائل منع الحمل
78%	2002	- كل الطرق
76%	2002	- الطريقة الحديثة

المصدر:

1- Ministère de la santé, de la population et de réforme hospitalière (2003). Population et Développement en Algérie. Rapport National CIPD + 10, Alger, agence Nationale de documentation en Santé (ANDS).

2- Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office Nationale des Statistiques, Ligue des Etats Arabes, (2004). Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002, Alger.

3- Office National des Statistiques. (2003). Démographique Algérienne, n° 398, Alger.

القسم الأول : خلفية المبحوثة ومواردها والزواج SECTION 1: CARACTERISTIQUES, RESSOURCES ET MARIAGE

No.	QUESTIONS	الأسئلة	CODIFICATION		فئات الترميز	PASSER A
101	ENQUETRICE: INSCRIRE L'HEURE		Heure	الساعة	[[]]	
	سجلي الوقت		Minutes	الدقائق	[[]]	
102	Ja voudrais tout d'abord vous poser quelques questions vous concernant. En quel mois et en quelle année êtes-vous née?		Mois	الشهر	[[]]	
			Ne sait pas le mois	لا تعرف الشهر	98	
	أود أن أسألك بـمضى الأسئلة عن نفسك. في أي شهر وسنة ولدت؟	Année	السنة	[[]]		
			Ne sait pas l'année	لا تعرف السنة	9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? Comparez et corrigez Q102 et/ou Q103 si incohérents كم عمرك الآن؟ قارني وصححي 102 و/أو 103 إذا اقتضى الأمر		Age en années révolues	العمر بالسنوات	[[]]	
104	Avez-vous été à l'école? هل ذهبت أو تذهبن حالياً إلى مدرسة أو أي مؤسسة تعليمية؟	Oui: actuellement		نعم: حالياً	1	108
		Oui: dans le passé		نعم: في الماضي	2	
		Non		لا	3	
105	Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez atteint? ما هو أعلى مستوى دراسي التحقت به؟	Primaire		ابتدائي	1	
		Moyen		متوسط	2	
		Secondaire		ثانوي	3	
		Supérieur		جامعي	4	
106	Dans ce niveau, quelle est la dernière classe dans laquelle vous avez réussi? ما هي لآخر سنة أكلتها بنجاح في هذا المستوى؟		Niveau d'instruction	فلسنة الدراسة	[[]]	
107	VERIFIEZ Q105 & Q106 : Si 'Primaire' dans Q105 et '6' dans Q106, Insistez : Avez-vous obtenu votre certificat primaire?		N'a pas achevé le cycle primaire	لم تكمل الإبتدائية	1	
	الظري إلى 105 و 106: إذا "ابتدائي" في 105 و "6" في 106 تلمسي: هل تحصلت على الشهادة الإبتدائية؟		A achevé au moins le cycle primaire	أكملت الإبتدائي أو أعلى	2	109
108	Pourriez-vous lire un journal ou une lettre par exemple ?		Oui	نعم	1	110
	هل بإمكانك قراءة رسالة أو جريدة مثلاً؟		Non	لا	2	
108 B	Pourriez-vous écrire une lettre par exemple ?		Oui	نعم	1	
	هل بإمكانك كتابة رسالة مثلاً؟		Non	لا	2	
109	Lisez-vous un journal ou une revue presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins qu'une fois par semaine, ou pas du tout ? هل تقرأين جريدة أو مجلة تقريباً يومياً، على الأقل مرة واحدة في الأسبوع، أقل من مرة في الأسبوع أو لا تقرأين على الإطلاق؟	Presque tous les jours		تقريباً يومياً	1	
		Au moins une fois par semaine		على الأقل مرة واحدة في الأسبوع	2	
		Moins qu'une fois par semaine		أقل من مرة في الأسبوع	3	
		Pas du tout		لا تقرأ على الإطلاق	4	
110	Regardez-vous la télévision presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins qu'une fois par semaine, ou pas du tout ? هل تشاهدين للتلفزيون تقريباً يومياً، على الأقل مرة واحدة في الأسبوع، أقل من مرة في الأسبوع أو لا تشاهدين على الإطلاق؟	Presque tous les jours		تقريباً يومياً	1	
		Au moins une fois par semaine		على الأقل مرة واحدة في الأسبوع	2	
		Moins qu'une fois par semaine		أقل من مرة في الأسبوع	3	
		Pas du tout		لا تشاهد على الإطلاق	4	
111	Ecoutez-vous la radio presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins qu'une fois par semaine, ou pas du tout ? هل تستمعين إلى الراديو تقريباً يومياً، على الأقل مرة واحدة في الأسبوع، أقل من مرة في الأسبوع أو لا تستمعين على الإطلاق؟	Presque tous les jours		تقريباً يومياً	1	
		Au moins une fois par semaine		على الأقل مرة واحدة في الأسبوع	2	
		Moins qu'une fois par semaine		أقل من مرة في الأسبوع	3	
		Pas du tout		لا تستمع على الإطلاق	4	

RESSOURCES

الموارد

112	Exercez-vous actuellement une profession ou un métier ? هل تمارسون حالياً مهنة؟	Oui	نعم	1	116
		Non	لا	2	
113	Comme vous le savez, quelques femmes exercent des activités pour lesquelles elles sont payées en espèces ou en nature. D'autres aident les membres de la famille dans le commerce ou l'agriculture. Exercez-vous actuellement l'une de ces activités ? كما تعلمين، بعض النساء يقمن ببعض الأعمال مقابل أجر نقدي أو عيني، وأخريات يساعدن أفراد الأسرة في نشاط تجاري أو زراعي. هل تمارسين الآن إحدى هذه الأنشطة؟	Oui	نعم	1	116
		Non	لا	2	
114	Avez-vous travaillé dans le passé ? هل سبق لك أن عملت في الماضي؟	Oui	نعم	1	124
		Non	لا	2	
116	Avez-vous exercé une activité durant les 12 derniers mois ? هل كنت بأي عمل خلال الـ 12 شهرا السابقة؟	Oui	نعم	1	
		Non	لا	2	
116	Quel est (était) l'activité principale que vous exercez (exerciez) ? DESCRIRE LE TRAVAIL, DECLARE PAR L'ENQUETE ET L'INSCRIRE CLAIREMENT ما هو نوع العمل الرئيسي الذي (كنت) تقومين به؟ اكتبي بالتفصيل نوع العمل كما ذكرته المبحوث			ل ل ل	
117	D'habitude, exercez-vous/exerciez-vous cette activité au foyer ou en dehors du foyer ?	Au foyer	في المنزل	1	
		En dehors du foyer	خارج المنزل	2	
118	Exercez-vous/Exerciez-vous ces activités en permanence, d'une manière saisonnière ou occasionnellement? وعادةً هل (كنت) تقومين بهذه الأنشطة طوال السنة، أو موسميًا، أم أحيانًا؟	En permanence (le long de l'année)	طوال	1	
		D'une manière saisonnière	موسميًا	2	
		Occasionnellement	أحيانًا	3	
119	Êtes-vous/Êtez-vous payée en espèces, en nature ou les deux ensemble pour ces activités ou n'êtes-vous/n'êtez-vous pas rémunérée? هل (كنت) تعلمين مقابل أجر نقدي أو عيني أو الاثنين معاً أم (كنت) تعملين بدون مقابل؟	En espèces seulement	أجر نقدي فقط	1	
		En espèces et en nature	أجر نقدي وعيني معاً	2	
		En nature seulement	أجر عيني فقط	3	
		Non-rémunérée	بدون مقابل	4	

MARIAGE						
124	A présent, êtes-vous mariée, veuve, divorcée ou séparée?		Marlée	متزوجة	1	
			Veuve	أرملة	2	
	هل أنت الآن متزوجة أو أرملة أو مطلقة أو منفصلة؟		Divorcée	مطلقة	3	
			Séparée	منفصلة	4	
125	Etes-vous mariée une seule fois ou plus d'une fois?		Une seule fois	مرة واحدة	1	
	هل تزوجت مرة واحدة أو أكثر من مرة؟		Plus d'une fois	أكثر من مرة	2	
126	VERIFIEZ Q125: mariée	انظري في Q125: تزوجت	Mois	لشهر	[[]]	
	Une seule fois	Plus d'une fois	Ne sait pas le mois	لا تعرف الشهر	98	
	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari?	Maintenant je voudrais vous parler de votre premier mariage. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre premier mari?	Année	سنة	[[]]	
	مرة واحدة	أكثر من مرة	Ne sait pas l'année	لا تعرف السنة	9998	
127	Quel âge aviez-vous quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari?		Age en années révolues	العمر عند الزفاف بالسنين	[[]]	
	COMPAREZ & CORRIGEZ Q126 ET/OU Q127 SI INCOHERENTS كم كان عمرك عند زفافك إليه؟ قارني ومصححي 126 و/أو 127 إذا التفتني الأمر					
128	Avez-vous (aviez-vous) un lien de parenté avec votre (dernier) mari?		Cousin germain paternel	ابن عم / ابن عمة	1	
	SI 'OUJ' POSEZ: Quel est (était) ce lien?		Cousin germain maternel	ابن خال / ابن خالة	2	
	هل (كانت) توجد صلة قرابة بينك وبين زوجك الحالي (الآخر)؟		Autre lien	علاقة أخرى	3	
	إذا كانت الإجابة "نعم" لسألك: ما هي صلة القرابة؟		Sans lien de parenté	لا توجد صلة قرابة	4	
129	Votre (dernier) mari, est-il jamais allé à l'école?		Oui	نعم	1	
			Non	لا	2	
	هل سبق لزوجك الحالي (الآخر) أن التحق في يوماً ما بالمدرسة؟		Ne sait pas	لا تعرف	8	133
130	Qual est le niveau d'éducation le plus élevé qu'il a atteint?		Primaire	ابتدائي	1	
			Moyen	متوسط	2	
	ما هو أعلى مستوى دراسي للتحقق به؟		Secondaire	تجري	3	
			Supérieur	جامعي	4	
			Ne sait pas	لا تعرف	8	133
131	Dans ce niveau, quelle est la dernière classe qu'il avait réussie?		Dernière classe réussie	آخر سنة دراسية أكملها بنجاح	[[]]	
	وما هي آخر سنة أكملها بنجاح في هذا المستوى؟		Ne sait pas	لا تعرف	98	
132	VERIFIEZ Q130 & Q131: Si 'Primaire' dans Q130 et '6' dans Q131 Insistez: A-t-il obtenu son certificat primaire?		N'a pas achevé le cycle primaire ou ne sait pas dernière classe du primaire	لم يكمل الابتدائي أو لا تعرف آخر سنة أكملها في الابتدائي	1	
	انظري في Q130 و Q131: إذا "ابتدائي" في Q130 و "6" في Q131 تلصقي، هل تحصيلي على الشهادة الابتدائية؟		A achevé au moins le cycle primaire	أكمل الابتدائي أو أعلى	2	135

MARIAGE (Suite)				
133	Peut-il (pouvait-il) lire une lettre ou un journal par exemple? هل بإمكانه (كان بإمكانه) أن يقرأ خطابها أو جريدة مثلا؟	Oui نعم	1	135
		Non لا	2	
		Ne sait pas لا تعرف	8	
134	Peut-il (pouvait-il) écrire une lettre par exemple? هل بإمكانه (كان بإمكانه) أن يكتب جواب مثلا؟	Oui نعم	1	
		Non لا	2	
		Ne sait pas لا تعرف	8	
135	Quel est (était) son occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail fait-il (faisait-il) principalement? INSCRIRE EXACTEMENT LA REPONSE DONNEE ما هي (ماذا كانت) مهنته الرئيسية، أعلى ما نوع العمل الأساسي الذي يقوم (كان يقوم) به؟ اكتبس الإجابة بالضبط كما ذكرتها المبحوث	_____	_____	140
		Est (était) chômeur عاطل (كان عاطل) عن العمل	996	
		Ne sait pas لا تعرف	998	
136	Quel est (était) sa situation dans la profession ? ما هي (ما كانت) وضعيته في المهنة؟	Employeur مستخدم	1	
		Indépendant مهنة حرة	2	
		Salarié permanent أجير دائم	3	
		Salarié non permanent أجير غير دائم	4	
		Apprenü متعلم	5	
		Aide familial مساعد عائلي	6	
		Ne sait pas لا تعرف	8	
140	VERIFIEZ Q124:	Actuellement mariée متزوجة حاليا (متزوجة) (متصلة)	1	143
	الظري إلى 124:	Non-mariée actuellement غير متزوجة حاليا (الرملة) (مطلقة)	2	
141	Quel âge a votre mari maintenant? ما هو عمر زوجك الآن؟	Agé en années révolues العمر بالسنوات	_____	
		Ne sait pas لا تعرف	98	
142	Votre mari a-t-il une autre épouse? SI 'OUI' POSEZ: Combien d'autres épouses a-t-il? هل توجد في عصمة زوجك أي زوجة أخرى؟ (إذا كانت الإجابة نعم) استلمين كم زوجة أخرى في عصمة زوجك حاليا؟	Nombre des autres épouses عدد الزوجات الأخرى	_____	
		Non لا	4	
		Ne sait pas لا تعرف	8	
143	VERIFIEZ Q103:	Agée de 15-54 ans عمر السيدة 15-54 سنة	1	801
		الظري إلى 103:	Agée de 55-59 ans عمر السيدة 55-59 سنة	

SECTION 3: SOINS DE MATERNITE DE LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE SURVENUE DURANT LES CINQ DERNIERES ANNEES

القسم الثالث : رعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح

No.	QUESTIONS الأسئلة	CODIFICATION	فئات الترميز	PASSER A
301	A présent je voudrais vous poser quelques questions sur votre grossesse de votre dernier enfant. INSCRIVEZ LE PRENOM ET LE NUMERO DE LIGNE DE LA DERNIERE NAISSANCE A PARTIR DE Q212. الآن أود أن أسالك بعض الأسئلة عن فترة حملك بأخر مولود رزقت به، أعني (اسم المولود من 212	Prénom (si procuré): _____	الاسم (إذا ورد): _____	[[]]
		Numéro de ligne de la dernière naissance	رقم سطر آخر مولود	
SOINS PRENATAUX		الرعاية قبل الولادة		
302	Durant votre grossesse de (NOM), l'avez-vous fait suivre par quelqu'un? SI 'OUI' POSEZ: Qui a suivi la grossesse? Qui d'autre? INSCRIRE TOUTES LES PERSONNES MENTIONNEES خلال هذا الحمل هل عرضت نفسك على أي شخص للكشف عن الحمل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، لمن ذهبت للكشف عنك؟ هل من شخص آخر؟ سجلي كل الأشخاص الذين كشفت عنهم	Médecin	طبيب	A
		Infirmière/ Sage femme	ممرضة/قابلة	B
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	قابلة تقليدية	C
		Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد):	X
		Grossesse non suivie	لا أحد	Y
				313
303	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale? في أي شهر من حملك ذهبت للكشف لأول مرة؟	Mois	الشهور	[[]]
		Ne se rappelle pas	لا تتذكر	98
304	Qu'est-ce qui vous a poussé principalement à effectuer votre première consultation prénatale? INSISTEZ POUR AVOIR LA RAISON PRINCIPALE ما هو الدافع الذي أدى إلى أن تعرضين نفسك للكشف لأول مرة؟ تفصي عن أهم سبب	Vérifier qu'elle est enceinte	للتأكد من أنها حامل	01
		Vérifier bébé est en bonne santé	للتأكد من سلامة الجنين	02
		Pour assurer une bonne grossesse	لضمان حمل صحي	03
		Elle a eu des complications	كان لديها مضاعفات	04
		Consultation de routine	كشف روتيني	05
		Réserver pour l'accouchement	للحجز للولادة	06
	Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد):	96	
305	Combien d'exams avez-vous eu durant toute la période de votre grossesse? كم كان عدد مرات لكشف خلال حملك هذا؟	Nombre d'exams	عدد مرات الكشف	[[]]
		Ne se rappelle pas	لا تتذكر	98
306	Où avez-vous fait votre dernier examen sur cette grossesse? أين أجريت آخر كشف خلال حملك هذا؟	Hôpital/ maternité	مستشفى/ مركز أمومة	1
		Polyclinique/ centre de santé	مصحة متعددة الخدمات/ مركز صحي	2
		Clinique privée.	مصحة خاصة	3
		Médecin privé	لدى طبيب خاص	4
		A domicile	في المنزل	5
		Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد):	6
310	VERIFIEZ Q302: A ETE SUIVIE PAR (INSCRIVEZ LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE) انظري في Q302: تلقت الكشف من (سجلي الشخص الأعلى تأهيلا)	Médecin/ infirmière/ sage femme	طبيب/ممرضة/قابلة	1
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)/ autre	قابلة تقليدية/ أخرى	2
				314

No.	QUESTIONS	الأسئلة	CODIFICATION	فئات الترميز			PASSER A	
				نعم OUI	لا NON	لا تعرف NSP		
311	<p>Durant n'importe lequel de vos examens médicaux sur cette grossesse, avez-vous fait l'un des tests ou les contrôles suivants?</p> <p>LISEZ CHAQUE CATEGORIE ET ENCERCLEZ LES REPONSES CORRESPONDANTES</p> <p>خلال تأنيك الرعاية عن هذا الحمل، هل أجريت لك أي من الفحوصات التالية؟</p> <p>أقرني كل واحدة وسجلي الإجابة المناسبة</p>		Mesure du poids	قياس الوزن	1	2	8	
			Mesure de la taille ou stature	قياس الطول	1	2	8	
			Mesure de la tension artérielle	قياس ضغط الدم	1	2	8	
			Analyse de sang/groupage	تحليل الدم/فصيلة	1	2	8	
			Analyse des urines	تحليل البول	1	2	8	
			Mesure de la hauteur utérine	قياس البطن	1	2	8	
			Elle a écouté le bébé	الإصغاء إلى	1	2	8	
			Echographie	إيكو غرافي	1	2	8	
			Examen gynécologique	الفحص البطني	1	2	8	
			Informée sur position du bébé	أخبرت عن وضع الجنين	1	2	8	
312	<p>Durant n'importe lequel de vos examens médicaux sur cette grossesse, avez-vous reçu des informations quelconques sur:</p> <p>LISEZ CHAQUE CATEGORIE ET ENCERCLEZ LES REPONSES CORRESPONDANTS</p> <p>خلال تأنيك الرعاية عن هذا الحمل، هل تلقيت أي معلومات عن الأشياء التالية؟</p> <p>أقرني كل واحدة وسجلي الإجابة المناسبة</p>		Le régime alimentaire	نظام الأكل	1	2	8	314
			Les signes de gravité de grossesse	أعراض الحمل للخطيرة	1	2	8	
			L'allaitement au sein	الرضاعة الطبيعية	1	2	8	
			Le planning familial	تنظيم الأسرة	1	2	8	
			L'examen postnatal	الرعاية بعد الولادة	1	2	8	
			N'a pas eu de problèmes	عدم وجود	1			
313	<p>Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'avez pas eu des consultations prénatales durant votre grossesse?</p> <p>لماذا لم تتلقى أي كشف عن هذا الحمل؟</p>		Avait de l'expérience antérieure	لديها خبرة سابقة	2			
			Service non disponible	للخدمة غير	3			
			Coût élevé	التكلفة مرتفعة	4			
			Elle ou époux très occupé	مشغولة/الزوج مشغول	5			
			Autre (préciser)	أخرى (تحديد):	6			
			314	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris des comprimés ou du sirop de fer?</p> <p>خلال فترة هذا الحمل هل تناولت أقراص أو شراب حديد؟</p>		Oui	نعم	
Non	لا	2						
315	<p>Durant cette grossesse avez-vous pris des vitamines, du calcium ou du magnésium ?</p> <p>خلال فترة هذا الحمل هل تناولت أي نوع من أنواع</p>		Oui	نعم	1			
			Non	لا	2			
316	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on administré une injection antitétanique, s'est à dire une injection dans le bras pour prémunir le bébé contre le tétanos?</p> <p>SI 'OUI' POSEZ: Combien d'injections avez-vous eu?</p> <p>خلال فترة هذا الحمل، هل أخذت أي حقن لتحصين الجنين من التيتانوس؟ أعدد أي حقنة في الذراع لتحمي الجنين من التشنجات بعد الولادة؟ إذا كانت الإجابة "نعم" لسألني: كم حقنة أعطيت لك؟</p>		Oui: une injection	نعم: جرعة واحدة	1			
			Oui: deux injections	نعم: جرعتين	2			
			Oui: trois injections	نعم: ثلاث حقنات	3			
			Non	لا	4			

No.	QUESTIONS الأسئلة	CODIFICATION	فئات الترميز			PASSER A
			نعم OUI	لا NON	لا تعرف NSP	
317	<p>Durant cette grossesse, avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes?</p> <p>LISEZ CHAQUE CATEGORIE ET ENCERCLEZ LES REPONSES CORRESPONDANTES</p> <p>خلال فترة هذا الحمل، هل عانيت من إحدى المضاعفات التالية؟</p> <p>أقرني كل واحدة وسجلي الإجابة المناسبة</p>	Écoulement de sang vaginal aigu نزيف مهلي حاد	1	2	8	
		Hypertension ارتفاع في ضغط الدم	1	2	8	
		Œdème du visage ou du corps تورم في الوجه أو الجسم	1	2	8	
		Céphalée صداع حاد	1	2	8	
		Douleurs hypogastriques ألم في أعلى البطن	1	2	8	
		Hyperthermie ارتفاع شديد في درجة الحرارة	1	2	8	
		Convulsions non dû à la fièvre تشنجات غير ناجمة عن حمى	1	2	8	
		Brûlures mictionnelles ألم عند التبول	1	2	8	
		Jaunisse/ ictère الصفرة	1	2	8	
		Essoufflement sévère durant la marche صعوبة شديدة في التنفس	1	2	8	
Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):	1	2	8			
318	<p>VERIFIEZ Q317:</p> <p>الظري إلى 317:</p>	Oui pour au moins une complication نعم لأي من الأعراض		1		
		Non ou NSP pour toutes les complications لا أو لا تعرف لكل الأعراض		2		321
319	<p>Avez-vous reçu un traitement ou un conseil quelconque concernant cette (ces) complication(s)? SI 'OUI' POSEZ: De la part de qui? Qui d'autre?</p> <p>هل تلقيت أي نصيحة أو علاج لهذه الأعراض؟ إذا كانت الإجابة "نعم" من؟ من؟ هل من شخص آخر؟</p>	Médecin طبيب		A		321
		Infirmière/ sage femme ممرضة/ قابلة		B		
		Pharmacien صيدلي		C		
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone) قابلة تقليدية		D		
		Parents proches الأقارب		E		
		Herboriste عطار (عشاب)		F		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		X		
		Non لا أحد		Y		
320	<p>Pourquoi n'avez-vous pas cherché a recevoir un traitement medical pour cette (ces) complication(s)? INSISTEZ POUR AVOIR LA RAISON PRINCIPALE</p> <p>لماذا لم تسعى إلى تلقي استشارة طبية لعلاج هذه الأعراض؟ تقصي عن أهم سبب</p>	Ne constitue pas un problème لا يشكل مشكلة		01		
		Avait une expérience antérieure لديها تجربة سابقة		02		
		Service non disponible الخدمة غير متوفرة		03		
		Coût élevé لتكلفة مرتفعة		04		
		Elle ou époux très occupé مشغولة/ الزوج مشغول		05		
		A utilisé traitement traditionnel استعملت علاج غير طبي		06		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		96		

SOINS D'ACCOUCHEMENT

الرعاية خلال فترة الولادة

		نعم	لا	لا تعرف		
		OUI	NO N	NSP		
321	<p>A présent, je voudrais vous poser quelques questions concernant votre accouchement de (NOM). Durant vos contractions ou juste après l'accouchement avez-vous éprouvé l'un des symptômes suivants?</p> <p>LISEZ CHAQUE CATEGORIE ET ENCERCLEZ LES REPONSES CORRESPONDANTES</p> <p>أرد الآن أن أطرح عليك بعض الأسئلة عن فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع. هل عانيت من إحدى الأعراض التالية؟ أقري كل عرض وسجلي الإجابة المناسبة</p>	Travail fort qui a duré plus que 12 heures مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة	1	2	8	
		Hyperthermie حمى شديدة	1	2	8	
		Convulsions ou coma (non dû à la fièvre) تشنجات أو غيبوبة غير ناجمة عن الحمى	1	2	8	
322	<p>VERIFIEZ Q321: نظري إلى 321:</p>	Oui pour au moins un symptôme نعم لأي من الأعراض		1		
		Non ou NSP pour tous les symptômes لا أو لا تعرف لكل الأعراض		2		325
323	<p>Suite à ces symptômes, avez vous pensé - vous ou la personne qui vous aidait à ce moment là- que votre accouchement présentait une complication? هل اعتقدت أنت أو أي شخص كان يساعدك حينها أن هناك مشكلة في مخاضك أو عملية الوضع؟</p>	Qui نعم		1		
		Non لا		2		
		Ne sait pas لا تعرف		8		
324	<p>Est-ce que quelqu'un a été appelé, suite à cette (ces) complication(s)? SI 'OUI' POSEZ: Qui a été appelé? SI PLUS D'UNE PERSONNE ONT ETE APPELES ENREGISTREZ LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE</p> <p>هل تم استدعاء أي شخص بسبب هذه المشكلة؟ إذا كانت الإجابة "نعم" اسمي: من تم استدعاءه؟ إذا تم استدعاء أكثر من شخص سجلي للشخص الأعلى تأهيلاً</p>	Médecin طبيب		1		
		Infirmière/ sage femme ممرضة/ قابلة		2		
		Accoucheuse traditionnelle (Mairone) قابلة تقليدية		3		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		4		
		Personne n'a été appelé لا أحد		5		
		Etat à l'hôpital كانت في المستشفى		6		
325	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)? أين وضعت أو ولدت (الاسم)؟</p>	Hôpital/ maternité مستشفى/ مركز لمرومة		1		330
		Polyclinique/ centre de santé مصحة متعددة الخدمات/ مركز صحي		2		
		Clinique privée مصحة خاصة		3		
		Domicile في المنزل		4		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		6		
326	<p>Pourquoi n'avez-vous pas accouché de (NOM) à l'hôpital ou dans une clinique? لماذا لم تتم ولادة (الاسم) في مستشفى أو في مصحة؟</p>	Préfère accouchement à domicile المنزل المفضل		1		
		Service non disponible الخدمة غير متوفرة		2		
		Coût élevé التكلفة مرتفعة		3		
		Accouchement prématuré/soudain ولادة مبكرة/ فجائية		4		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		6		
327	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? INSISTER: Qui d'autre? من ساعدك في ولادة (الاسم)؟ تكمين: هل من شخص آخر؟</p>	Médecin طبيب		A		
		Infirmière/ sage femme ممرضة/ قابلة		B		
		Accoucheuse traditionnelle (Mairone) قابلة تقليدية		C		
		Parent/ amie أقربيا/ أصدقاء		D		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):		X		
		Personne لا أحد		Y		

328	Comment fut coupé le cordon ombilical? كيف تم قطع الحبل السري؟	Instruments médicaux	أدوات جراحية	1	
		Ciseaux ordinaires	مقص عادي	2	
		Lame à raser/ couteau	موس حلاقة / مسكين	3	
		Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد):	6	
		Ne sait pas	لا تعرف	8	
329	Comment fut traitée la plaie ombilicale? و كيف تم معالجة رباط السرة؟	Pansement stérilisé	شاش وكطن معقم	1	331
		Recouverte de café moulu	التغطية بالقهوة المطحونة	2	
		Recouverte de farine	التغطية بالقمح	3	
		Recouverte de la boue/ terre	التغطية بالتربة	4	
		Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد):	6	
		Ne sait pas	لا تعرف	8	
330	Est-ce que le bébé est arrivé normalement ou est-ce que quelqu'un a été obligé d'utiliser des instruments (forceps/ventouse) ou d'effectuer une césarienne? هل الجنين خرج من تلقاء نفسه، أو هل استخدمت أدوات كلاب أو تقريع/شفط أو تم إجراء عملية قيصرية؟	Est arrivé normalement	خرج من تلقاء نفسه	1	
		Forceps/ ventouse	كلاب/ تقريع/ شفط	2	
		Par césarienne	عملية قيصرية	3	

SOINS POSTNATAUX

الرعاية بعد الولادة

331	<p>A présent, je voudrais vous poser quelques questions sur la période des 40 jours qui ont suivi la naissance de (NOM). Durant cette période, avez-vous consulté quelqu'un pour des soins de santé ou un examen médical ?</p> <p>Si 'OUI' POSEZ: Qui avez-vous consulté?</p> <p>Qui d'autre?</p> <p>الآن أود أن أسألك بعض الأسئلة عن فترة الستة أسابيع (40 يوم) التالية لعملية الوضع، أي فترة النفاس. هل عرضت نفسك على أي شخص للكشف عن صحتك خلال هذه الفترة؟ إذا كانت الإجابة "نعم" أسألك: لمن ذهبت للكشف هناك؟ هل من شخص آخر؟</p>	Médecin طبيب	A		
		Infirmière/ sage femme ممرضة / قابلة	B		
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone) قابلة تقليدية	C		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد): _____	X		
		Non لا أحد	Y	333	
332	<p>Où avez-vous eu votre examen postnatal?</p> <p>أين تم إجراء هذا الكشف؟</p>	Hôpital/ maternité مستشفى / مركز أمومة	1	334	
		Polyclinique/ centre de santé مصحة متعددة الخدمات/ مركز صحي	2		
		Clinique/ médecin privé مصحة خاصة/ طبيب خاص	3		
		A domicile في المنزل	4		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد): _____	6		
333	<p>Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'avez pas eu d'examen postnatal?</p> <p>ما هو السبب الرئيسي لعدم ذهابك للكشف عن صحتك بعد الولادة؟</p>	Absence de complications عدم وجود مشاكل	01		
		A de l'expérience لديها خبرة ماثقة	02		
		Ignore importance de l'examen غير مدركة لأهمية الكشف	03		
		Service non disponible الخدمة غير متوفرة	04		
		Coût élevé التكلفة عالية	05		
		Elle ou époux très occupé مشغولة/ الزوج مشغول	06		
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد): _____	96		
334	<p>Durant les 40 jours qui ont suivi la naissance de (NOM), avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes?</p> <p>LISEZ CHAQUE CATEGORIE ET ENCERCLEZ LES REPONSES CORRESPONDANTES</p> <p>خلال فترة الستة أسابيع (40 يوم) التالية لولادة (الاسم) هل عانيت من أي من الأعراض التالية؟</p> <p>أقرني كل عرض وسجلي الإجابة المناسبة</p>		نعم OUI	لا NON	لا تعرف NSP
		Hémorragie vaginale aiguë نزيف مهبل حاد	1	2	8
		Œdème et douleur des jambes انتفاخ و ألم في الساقين	1	2	8
		Pertes vaginales malodorantes accompagnées de fièvre إفراز مهبل كريه الرائحة مع حمى	1	2	8
		Douleurs pelviennes accompagnées de fièvre ألم في أسفل البطن مع حمى	1	2	8
		Lombalgie accompagnée de fièvre ألم حاد في أسفل الظهر مع حمى	1	2	8
		Dorsalgie accompagnée de fièvre ألم حاد في أعلى الظهر مع حمى	1	2	8
		Brûlures mictionnelles accompagnées de fièvre ألم عند التبول مع حمى	1	2	8
		Douleurs et gonflement mammaire accompagnées de fièvre انتفاخ و ألم في الثديين مع حمى	1	2	8
		Anémie فقر الدم	1	2	8

335	VERIFIEZ Q334: النظري لى 334:	Oui pour au moins une complication نعم لأي من الأعراض	1	401
		Non ou NSP pour toutes les complications لا أو لا تعرف لكل الأعراض	2	
336	Avez-vous reçu un traitement ou un conseil quelconque concernant cette (ces) complication(s)? هل تلقيت أي نصيحة أو علاج لهذه الأعراض؟ إذا كانت الإجابة "نعم" (سألي: ممن؟) هل من شخص آخر؟ هل تلقيت أي نصيحة أو علاج لهذه الأعراض؟ إذا كانت الإجابة "نعم" (سألي: ممن؟) هل من شخص آخر؟	Médecin طبيب	A	401
		Infirmière/ sage femme مرضة/ قابلة	B	
		Pharmacien صيدلي	C	
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone) قابلة تقليدية	D	
		Parents- proches أقارب	E	
		Herboriste عطار (عشاب)	F	
		Autre (préciser) أخرى (تحدد):	X	
		Non لا أحد	Y	
337	Pourquoi n'avez-vous pas cherché a recevoir un traitement médical pour cette (ces) complication(s)? لماذا لم تسمعي إلى تلقي استشارة طبية للعلاج من هذا المشكل (هذه المشاكل)؟ تقصي وسجلي أهم سبب INSISTEZ POUR AVOIR LA RAISON PRINCIPALE	Ne constitue pas un problème لا يشكل مشكلة	01	
		Avait expérience antérieure لديها خبرة سابقة	02	
		Service non disponible الخدمة غير متوفرة	03	
		Coût élevé التكلفة مرتفعة	04	
		Elle ou époux très occupé مشغولة/ الزوج مشغول	05	
		A utilisé traitement traditionnel استعملت علاج غير طبي	06	
		Autre (préciser) أخرى (تحدد):	96	

SECTION 4: LIMENTATION & SANTE DE LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE SURVENUE DURANT LES CINQ DERNIERES ANNEES

القسم الرابع: تغذية وصحة آخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح

401	<p>Nous avons discuté sur votre grossesse de votre dernier enfant, à présent je voudrais vous poser quelques questions concernant l'alimentation et la santé de cet enfant.</p> <p>INSCRIRE LE PRENOM, LE NUMERO DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE LA DERNIERE NAISSANCE VIVANTE A PARTIR DE Q212 & Q216</p> <p>تحدثنا عن حملك بطفلك الأخير الآن لرد ان اسالك بعض الأسئلة عن تغذية وصحة هذا الطفل. سجلني اسم ورقم سطر و الحالة الحياتية لآخر مولود كما ورد في السؤاليين 212 و 216</p>	<p>Prénom (si procuré): _____ الاسم (إذا ورد):</p>		
		<p>Numéro de ligne de la dernière naissance رقم سطر آخر مولود</p>	<p>_____</p>	
	<p>ETAT DE SURVIE الحالة الحياتية</p>	<p>Vivant على قيد الحياة</p>	1	
		<p>Décédé متوفى</p>	2	
<p>ALLAITEMENT MATERNEL</p>		<p>الرضاعة الطبيعية</p>		
402	<p>Avez-vous jamais allaité (NOM) au sein? هل أرضعت (الاسم) من الثدي؟</p>	<p>Oui نعم</p>	1	
		<p>Non لا</p>	2	406
403	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) l'avez-vous mi au sein pour la première fois? SI MOINS D'UNE HEURE INSCRIVEZ '00'. SI MOINS DE 24 HEURES INSCRIVEZ EN HEURES, SINON JOURS متى بدأت في إرضاع (الاسم)، أعني كم من الوقت مضى بعد الولادة عندما بدأت في إرضاع (الاسم) من الثدي لأول مرة؟ إذا كانت الإجابة أقل من ساعة سجلي "00"، ولكن من 24 ساعة سجلي بالساعات وغير ذلك سجلي بالأيام</p>	<p>Immédiatement بعد الولادة مباشرة</p>	0 00	
		<p>Nombre d'heures عدد الساعات</p>	1 _____	
		<p>Nombre de jours عدد الأيام</p>	2 _____	
404	<p>Durant les premiers jours après la naissance de (NOM) et , avant que votre lait ne soit abondant, lui a-t-on donné d'autres liquides autre que le lait maternel? خلال الأيام الأولى بعد الولادة وقبل ان يبدأ حليب</p>	<p>Oui نعم</p>	1	
		<p>Non لا</p>	2	407
405	<p>Qu'est-ce qu'on a donné à (NOM) avant que votre lait ne soit abondant? INSISTER: Quoi d'autre? ما هي السوائل التي أعطيت لـ (الاسم) قبل ان يبدأ حليب ثديك يدر بصفة مستمرة؟ تفصيلى: أي شيء آخر؟</p>	<p>Lait (autre que lait maternel) حليب (من غير حليب)</p>	A	407
		<p>De l'eau ماء</p>	B	
		<p>De l'eau sucrée ou du ماء بالسكر أو جلوكوز</p>	C	
		<p>Eau contre les ماء غريب</p>	D	
		<p>Solution de sucre et محلول ماء و سكر و ملح</p>	E	
		<p>Jus de fruits عصير فواكه</p>	F	
		<p>Lait en poudre pour حليب بودرة</p>	G	
		<p>Thé/ infusion شاي أو محلول أعشاب</p>	H	
		<p>Miel عسل</p>	I	
		<p>Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):</p>	X	

406	Pourquoi n'avez-vous jamais allaité (NOM) au sein? لماذا لم ترضعي (الاسم) من الثدي؟	Enfant malade	الطفل كان مريضاً	01	
		Enfant décédé	الطفل توفي	02	
		Enfant a refusé	رفض الطفل الثدي الأم	03	
		Mère malade	الأم مريضة	04	
		Pas de lait / insuffisant	الأم ليس لديها حليب	05	
		Problèmes de tétons ou de	مشاكل بالثلمة أو	06	
		Mère devait travailler	ذهاب الأم إلى العمل	07	
		Préfère allaitement artificiel	تفضل الرضاعة الصناعية	08	
		Autre (préciser) _____	أخرى (تحدد): _____	96	
407	Est-ce que vos règles ont repris depuis la naissance de (NOM)? هل عادت لكي الدورة الشهرية من بعد ولادة (الاسم)؟	Oui	نعم	1	
		Non	لا	2	409
408	Pendant combien de mois - depuis la naissance de (NOM)- n'avez-vous pas eu vos règles? لمدة كم شهر بعد ولادة (الاسم) لم تأتي لك الدورة؟	Nombre de mois	عدد الشهور		
		Ne sait pas	لا تعرف	98	
409	VERIFIEZ L'ETAT DE SURVIE A PARTIR DE Q401 & L'ETAT D'ALLAITEMENT A PARTIR DE Q402 ET ENCECERLEZ LE CODE APPROPRIE انظري إلى 401 و 402 وضعي دائرة حول الرمز المناسب	Vivant et allaité au sein	على قيد الحياة ورضع من الثدي	1	
		Vivant et pas allaité au sein	على قيد الحياة ولم يرضع من الثدي	2	417
		Décédé et allaité au sein	توفي ورضع من الثدي	3	413
		Décédé et jamais allaité au sein	توفي ولم يرضع من الثدي	4	501
410	Allaitiez-vous encore au sein (NOM)? هل سألزت ترضعين (الاسم)؟	Oui	نعم	1	
		Non	لا	2	413
411	Hier, durant la journée, combien de fois avez-vous allaité (NOM) au sein? كم من مرة أرضعت (الاسم) بالأمس خلال ساعات النهار؟	Nombre de tétées	عدد مرات الرضاعة		
		A la demande de l'enfant	كلما طلب الطفل	96	
412	Hier, durant la nuit, combien de fois avez-vous allaité (NOM) au sein? كم من مرة أرضعت/أرضعتها ليلة أمس من الغروب وحتى فجر اليوم؟	Nombre de tétées	عدد مرات الرضاعة		
		A la demande de l'enfant	كلما طلب الطفل	96	417
413	Pour combien de mois avez-vous allaité (NOM) au sein? كم شهر أرضعت (الاسم) إجمالاً؟	Nombre de mois	عدد شهور الرضاعة		
		Jusqu'au décès de	حتى وفاة الطفل	96	501
414	Pourquoi avez-vous arrêté l'allaitement au sein à cet âge? INSCRIVEZ LA RAISON PRINCIPALE لماذا توقفت عن رضاعة (الاسم) عند هذا السن؟ تقصي عن السبب الرئيسي وبسجله	Enfant a atteint l'âge de sevrage	وصل إلى سن مناسب للتوقف	01	
		Lait maternel insuffisant pour la croissance de l'enfant	حليب الثدي ليس كافياً لثمر الطفل	02	
		Enfant malade	الطفل كان مريضاً	03	
		Enfant a refusé	رفض الطفل الثدي	04	
		Enfant décédé	الطفل توفي	05	501
		Mère malade	الأم كانت مريضة	06	
		Pas de lait / insuffisant	الأم ليس لديها حليب	07	
		Mère était tombée	الأم أصبحت حامل	08	
		Mère désirait un autre enfant	الرغبة في إنجاب طفل آخر	09	
		Mère désirait prendre la pilule	الرغبة في استعمال حبوب منع الحمل	10	

		Pour travailler/reprendre العمل/للعودة إلى العمل	11	
		Mère préférerait le biberon التغذية الصناعية أفضل	12	
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):	96	
415	Avez-vous arrêté d'allaiter soudainement ou progressivement? هل أوقفت الرضاعة وقطعت (الاسم) فجأة أو بالتدريج؟	Soudainement فجأة	1	
		Progressivement بالتدريج	2	
416	VERIFIEZ L'ETAT DE SURVIE A PARTIR DE Q401 انظري إلى 401: الحالة الحياتية	Enfant vivant للطفل على قيد الحياة	1	
		Enfant décédé الطفل متوفى	2	501
416 A	VERIFIER L'AGE DE L'ENFANT A PARTIR DE 217 (tableau des naissances) تأكد من عمر الطفل من السؤال 217 من جدول المواليد	Enfant né en septembre 2000 ou plus tard (2 ans ou تاريخ ميلاد الطفل : سبتمبر 2000 أو ما بعد	1	
		Enfant né avant septembre 2000 (plus de 2 ans) تاريخ ميلاد الطفل : قبل سبتمبر 2000	2	420
417	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit? هل (الاسم) تناول أي شيء عن طريق زجاجة بظمة بالأمس خلال النهار أو ليل؟	Oui نعم	1	
		Non لا	2	
		Ne sait pas لا تعرف	8	
418	Hier, durant la journée ou la nuit, combien de fois (NOM) a pris les aliments ou les liquides suivants ? LISEZ LA LISTE. SI L'ALIMENT N'A PAS ETE DONNE A L'ENFANT, INSCRIRE '0'. S'IL A ETE DONNE 7 FOIS OU PLUS, INSCRIRE '7'. SI ELLE NE SAIT PAS, ENREGISTREZ '8'. كم من مرة بالأمس خلال النهار أو الليل تناول (الاسم) إياها من الفواكه والأطعمة التي مانتكرها لك؟ أقرني كل واحدة: سجني "0" إذا لم يتناول أي مرة سجني "7" إذا تناول سبع مرات أو أكثر سجني "8" إذا لا تعرف	De l'eau مياه للشرب	<input type="checkbox"/>	
		Lait frais entier حليب طبيعي كامل الحليب	<input type="checkbox"/>	
		Lait pasteurisé en bouteille حليب مبستر في زجاجة	<input type="checkbox"/>	
		Lait en poudre pour nourrisson حليب بودرة للأطفال	<input type="checkbox"/>	
		Lait en boîte ou en poudre حليب محفوظ	<input type="checkbox"/>	
		Jus de fruits عصير فواكه	<input type="checkbox"/>	
		Eau sucrée ماء بالسكر	<input type="checkbox"/>	
		Eau de riz ماء أرز	<input type="checkbox"/>	
		Tisanes محلول أعشاب طبيعية	<input type="checkbox"/>	
		Yaourt ياورت	<input type="checkbox"/>	
		Aliments pour bébé préparés à la maison طعام أعد في المنزل خصيصا	<input type="checkbox"/>	
		Aliments préservés pour bébé أطعمة محفوظة للأطفال	<input type="checkbox"/>	
		Nourriture familiale طعام أعد للأسرة	<input type="checkbox"/>	
		Autre (préciser) _____ أخرى (تحدد):	<input type="checkbox"/>	
419	Est-ce que du sucre a été ajouté à l'un des aliments ou liquides que (NOM) a pris hier? هل تم إضافة سكر لأي من الأطعمة أو السوائل التي تناولها (الاسم) بالأمس؟	Oui نعم	1	
		Non لا	2	

VACCINATION		التحصين ضد أمراض الطفولة						
420	<p>A présent, je voudrais vous poser des questions sur la santé de (NOM). Avez-vous un carnet ou une carte de santé où les vaccinations de (NOM) ont été enregistrés? SI "OUI" POSEZ: Pourrais-je le voir s'il vous plaît? الآن لود أن أسالك عن صحة (الاسم). هل لديك دفتر تطعيم خاص بـ(الاسم) مسجل عليه للتطعيمات التي تلقاها/تلقاها؟ إذا كانت الإجابة "نعم" اسألني: هل يمكن أن أطلع عليه؟</p>	Oui carnet existe et vu	نعم الدفتر موجود وتم الإطلاع عليه	1	422			
		Oui carnet existe mais pas vu	نعم الدفتر موجود ولم يطلع عليه	2	424			
		Pas de carnet	لا يوجد دفتر	3				
421	<p>N'aviez-vous jamais eu un carnet ou une carte de santé pour (NOM)? هل كان لديك دفتر تطعيم خاص بـ(الاسم) في الماضي؟</p>	Oui	نعم	1	424			
		Non	لا	2				
422	<p>1. Relevez les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte de santé 2. Inscrive « 44 » dans la colonne des jours si le carnet montre que le vaccin a été administré mais aucune date n'a été inscrite. 3. Inscrive « 99 » dans la colonne des jours si la vaccination n'a pas été inscrite du tout</p>		<p>1. سجلي تاريخ كل تطعيم كما ورد في الدفتر. 2. سجلي "44" في خانة "الأيام" إذا ورد التطعيم في الدفتر ولم يسجل تواريخه. 3. سجلي "99" في خانة "الأيام" إذا لم يرد التطعيم على الإطلاق في الدفتر.</p>					
	VACCINS	التطعيم	JOUR	اليوم	MOIS	الشهر	ANNEE	السنة
	B.C.G.	العرن						
	DTCP 1	السعال الديكي-الثال الجراحة						
	DTCP 2	السعال الديكي-الثال لجرعة						
	DTCP 3	السعال الديكي-الثال الجراحة الثالثة						
	ROUGEOLE	للحصبة						
	Rappel DTCP	إعادة السعال الديكي-						

ملحق رقم 8

دليل المقابلة:

تقييم المقابلة:

- الباحثة

- نوع المقابلة

- مدة المقابلة

- مكان المقابلة

- كيفية إتمام المقابلة (إداء الرأي) سهلة / صعبة

- ملاحظات المقرر

المخطط

1- المميزات الإجتماعية والإقتصادية للأزواج

2- إتخاذ القرار في مجال الزواج / وتنظيم الأسرة

3- نظرة ومعايشة الأمهات الحمل الأخير الذي تم خلال خمس سنوات السابقة على التحقيق

4- نظرة ومعايشة الأمهات الولادة الأخيرة التي تمت خلال خمس سنوات السابقة على

التحقيق.

5-- نظرة ومعايشة الأمهات مرحلة ما بعد الولادة الأخيرة التي تمت خلال خمس سنوات -

السابقة على التحقيق.

1- المميزات الإجتماعية والإقتصادية للأزواج:

أ / المبحوثة:

1- مكان الإقامة

2- العمر

3- المستوى التعليمي

4- الحالة الزوجية

5- الحالة الفردية

6- المهنة

ب / الزواج

7- عمر الزواج

8- المستوى التعليمي للزوج

9- المهنة

10- كم يبلغ الدخل الشهري للأسرة ؟

1- أقل من 10.000 دج

2- 10.000 إلى 20.000 دج

3- 20.000 إلى 30.000 دج

4- 30.000 إلى 40.000 دج

5- 40.000 دج فما فوق

11- ظروف السكن ؟

- نوع المسكن

- عدد الغرف / عدد الأشخاص.

- الحاجات التي تملكينها (من غاز، كهرباء، تلفزة، ثلاجة، غسالة، برابول، التسخين الهاتف، سيارة).

2- إتخاذ القرار في مجال الزواج / تنظيم الأسرة:

12- كم كان عمرك عند الزواج ؟

13- وكم كان عمر زوجك ؟

14- كيف تعرفت على زوجك ؟ (ومدة التعرف قبل الزواج).

15- حسب رأيك، ما هو السن المثالي للزواج ؟

- عند المرأة

- عند الرجل (ولماذا ؟)

16- حسب رأيك ما هو السن المثالي للمرأة عند الإنجاب:

- الطفل الأول

- الطفل الأخير (ولماذا ؟)

17- كم من طفل لديك (مع ذكر العمر) ؟

- عدد الذكور []

- عدد الإناث []

18- ما هو الفرق بين الولادتين الأخيرتين ؟

19- من يأخذ القرار فيما يخص:

أ- عدد الأطفال

ب- إنجاب طفلا آخر

ج- تنظيم الولادات

د- اختيار وسيلة لمنع الحمل

20- هل أنت راضية عن الشخص الذي يأخذ القرار ؟ ولماذا ؟

3- نظرة ومعايشة الأمهات الحمل الأخير الذي تم خلال خمس سنوات السابقة

على التحقيق:

21- حسب رأيك، ما معنى صحة الأمومة ؟

22- حسب رأيك، ما معنى الحمل ؟ ما هي نظرتك إلى الحمل ؟

23- هل كان حملك الأخير مرغوبا ؟

24- إحك لي، كيف عشت حملك الأخير؟ (علامات الحمل، علامات لمعرفة جنس المولود

الكشف عند الطبيب، شهر الكشف، مكان الكشف، سبب الكشف، مرات الكشف، حقنة ضد

التيانوس...).

25- حسب رأيك، ما هي طرق العلاج التي تعرفينها أثناء إصابتك بالمضاعفات الآتية:

- نزيف دموي

- صداع حاد

- تورم في الوجه أو الرجل

- الأنيميا

- إرتفاع ضغط الدم

26- حسب رأيك ما هي المواد التي تجلب الحديد للمرأة الحامل ؟

27- حسب رأيك ما هي الموانع والتوصيات للمرأة الحامل ؟ (فيما يخص الأكل، العلاقات

الجنسية،....).

28- هل كنت راضية بالخدمات التي قدمت لك خلال فترة الحمل ؟ ولماذا ؟ (النظافة

الإستقبال، مدة الإنتظار، النصائح، مدة الكشف، المعاملة مع الطبيب المختص...).

4- نظرة ومعايشة الأمهات الولادة الأخيرة التي تمت خلال خمس سنوات السابقة على التحقيق:

29- إحكلي لي، كيف تمت ولادة حملك الأخير؟ (مكان الولادة، السبب، طريقة الوضع علامات الوضع، المشاكل أثناء الوضع...).

30- هل هناك فرق بين ولادة الطفل و ولادة الطفلة ؟ ولماذا؟ (إحساسك).

31- هل كنت راضية بالخدمات التي قدمت لك خلال فترة الولادة ؟ ولماذا؟ (مقابلة الولادة معاملة القابلات، نظافة المكان....).

5- نظرة ومعايشة الأمهات مرحلة ما بعد الولادة (النفاس) الأخيرة التي تمت خلال خمس سنوات السابقة على التحقيق:

32- إحكلي لي، كيف عشت فترة النفاس؟ (الذهاب إلى الطبيب، السبب، عدد الفحوصات مكان الكشف، السبب، سبب عدم الذهاب....).

33- حسب رأيك، ما هي التوصيات والموانع الواجب اتخاذها بعد الولادة؟.

34- حسب رأيك ما هو أنجع مصدر للإعلام عن صحة الأم؟

35- هل تفضلتي الشخص الذي يعطي المعلومة أن يكون:

- رجلا

- امرأة

- غيرهم

36- في رأيك ما هو دور الزوج أثناء اجتياز المرأة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة؟ كيف عاش زوجك تلك المرحلة؟.

37- ما هي احتياجاتك في مجال صحة الأمومة؟.

ملحق رقم 9

جدول رقم (01) : التوزيع النسبي للعينة حسب المستوى التعليمي للزوجة والزوج (%).

المجموع	غير مبين	ثانوي فأعلى	متوسط	إبتدائي	يقرأ وسكتب	أمي	المستوى التعليمي للزوجة المستوى التعليمي للزوجة
100,00	0,90	0,66	07,05	22,12	29,11	40,17	أمية
100,00	0,18	5,58	14,03	28,60	37,77	13,85	تقرأ وتكتب
100,00	0,36	4,56	25,06	41,73	20,98	07,31	إبتدائي
100,00	0,66	11,64	40,98	29,51	14,10	03,11	متوسط
100,00	/	52,03	31,71	12,20	02,44	01,63	ثانوي فأعلى
100,00	0,61	05,66	18,28	28,24	25,32	21,89	المجموع

جدول رقم (02) : توزيع النساء اللاتي تلقين عدد من الكشوفات أثناء الحمل حسب مكان الإقامة وخلفية المبحوثة

المجموع	غير مبين		4 فأكثر		3-2		1		عدد الكشوفات	مكان الإقامة
	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت		
486	4,94	24	43,83	213	32,92	194	11,32	55	المستوى التعليمي	
271	3,32	09	51,29	139	38,01	103	7,38	20	أمية	
498	3,01	15	57,63	287	35,94	179	3,41	17	تقرأ وتكتب	
451	2,66	12	65,85	297	30,16	136	1,33	6	ابتدائي	
104	0,96	1	79,81	83	19,23	20	/	/	متوسط	
1810	3,37	61	56,30	1019	34,92	632	5,41	98	ثانوي فأعلى	
									المجموع	
414	3,14	13	67,15	278	27,29	113	2,42	10	الحالة العملية	
1396	3,44	48	53,08	741	37,18	519	6,30	88	تعمل	
1810	3,37	61	56,30	1019	34,92	632	5,41	98	لا تعمل	
									المجموع	
10	10,00	1	70,00	7	20,00	2	/	/	العمر	
150	4,67	07	60,00	90	32,00	48	3,33	5	19-15	
423	3,55	15	54,37	230	37,12	157	4,96	21	24-20	
492	3,05	15	57,93	285	32,52	160	06,50	32	29-25	
466	2,58	12	56,44	263	36,05	168	4,94	23	34-30	
229	4,80	11	53,28	122	34,93	80	6,99	16	39-35	
40	/	/	55,00	22	42,50	17	2,50	1	44-40	
1810	3,37	61	56,30	1019	34,92	632	5,41	98	49-45	
									المجموع	
410	4,15	17	67,80	278	26,83	110	1,22	5	رتبة المولود	
261	2,08	20	55,98	538	35,69	343	6,24	60	1	
439	5,47	24	46,24	203	40,77	179	7,52	33	4-2	
1810	3,37	61	56,30	1019	34,92	632	5,41	98	5 فأكثر	
									المجموع	

المجموع	غير مبين		4 فأكثر		3-2		1		عدد الكشوفات	مكان الخلفية الإقامة
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%		
655	3,21	21	35,73	234	43,51	285	17,56	115	المستوى التعليمي	تعليم
182	3,85	07	46,15	84	41,21	75	8,79	16	أمية	
250	0,8	02	55,20	138	35,20	88	8,80	22	تقرأ وتكتب	
121	2,48	03	60,33	73	33,88	41	3,31	4	ابتدائي	
18	/	/	61,11	11	38,89	07	/	/	متوسط	
1226	2,69	33	44,05	540	40,46	496	12,81	157	ثانوي فأعلى	المجموع
124	3,23	04	52,42	65	40,32	50	4,03	05	الحالة المهنية	توظيف
1102	2,63	29	43,10	475	40,47	446	13,79	152	تعمل	
1226		33	44,05	540	40,46	496	12,81	157	لا تعمل	
09	/	/	55,56	5	33,33	3	11,11	1	العمر	توزيع
131	0,76	01	45,04	59	44,27	58	9,92	13	19-15	
320	0,94	03	45,94	147	38,75	124	14,38	46	24-20	
293	2,05	06	44,03	129	39,93	117	13,99	41	29-25	
300	3,33	10	41,00	123	41,33	124	14,33	43	34-30	
130	10,00	13	45,38	59	34,62	45	10,00	13	39-35	
43	/	/	41,86	18	58,14	25	/	/	44-40	
43	/	/	41,86	18	58,14	25	/	/	49-45	
1226	2,69	33	44,05	540	40,46	496	12,81	157	المجموع	
257	0,78	2	56,81	146	34,24	88	8,17	21	رتبة المولود	توزيع
573	2,09	12	42,93	246	43,11	247	11,87	68	1	
396	4,80	19	37,37	148	40,66	161	17,17	68	4-2	
1226	2,69	33	44,05	540	40,46	496	12,81	157	5 فأكثر	

جدول رقم 03 : التوزيع النسبي للنساء خلال الشهر الذي تم فيه الكشف أثناء الحمل حسب مكان الإقامة وخلفية المبحوثة.

المجموع	لا تعرف	الثلاثي الثالث	الثلاثي الثاني	الثلاثي الأول	الشهر
					مكان الإقامة الخلفية
%	%	%	%	%	
100,00	0,41	08,66	25,36	65,57	المستوى التعليمي
100,00	02,93	05,86	19,78	71,43	أمية
100,00	01,21	02,82	12,50	83,47	تقرأ وتكتب
100,00	0,45	02,03	12,39	85,14	ابتدائي
100,00	/	/	02,91	97,09	متوسط
100,00	0,99	04,50	16,49	78,01	ثانوي فأعلى
100,00	0,96	03,37	09,38	86,30	المجموع
100,00	01,01	04,90	18,72	75,38	الحالة العملية
100,00	0,99	04,54	16,57	77,89	تعمل
100,00	/	/	33,33	66,67	لا تعمل
100,00	/	04,08	10,88	85,03	المجموع
100,00	0,95	03,81	11,67	83,57	العمر
100,00	0,41	02,66	19,63	77,30	19-15
100,00	0,65	04,12	18,44	76,79	24-20
100,00	2,16	08,62	16,38	72,84	29-25
100,00	9,76	14,63	24,39	51,22	34-30
100,00	1,00	04,45	16,51	78,04	39-35
100,00	0,74	01,47	07,35	90,44	44-40
100,00	0,42	03,76	16,08	79,75	49-45
100,00	2,29	09,40	26,15	62,16	المجموع
100,00	0,94	04,61	16,54	77,91	رتبة المولود
					1
					4-2
					5 فأكثر
					المجموع

المجموع %	لا تعرف %	الثلاثي الثالث %	الثلاثي الثاني %	الثلاثي الأول %	الشهر
					مكان الخلفية الإقامة
100,00	02,00	13,08	26,62	58,31	المستوى التعليمي
100,00	0,54	08,15	23,37	67,93	أمية
100,00	0,40	06,85	14,11	78,63	تقرأ وتكتب
100,00	/	07,56	10,92	81,51	إبتدائي
100,00	/	/	11,11	88,89	متوسط
100,00	01,23	10,34	21,82	66,61	ثانوي فأعلى
100,00	01,71	09,40	15,38	73,50	المجموع
100,00	01,19	10,39	22,70	65,72	الحالة العملية
100,00	1,24	10,30	21,99	66,47	تعمل
100,00	/	/	28,57	71,43	لا تعمل
100,00	/	04,65	15,50	79,84	المجموع
100,00	0,95	09,18	19,30	70,57	العمر
100,00	01,71	11,99	28,08	58,22	19-15
100,00	01,35	11,78	19,19	67,68	24-20
100,00	2,38	11,90	21,43	64,29	29-25
100,00	/	06,67	35,56	57,78	34-30
100,00	01,24	10,15	21,86	66,75	39-35
100,00	0,40	02,37	14,62	82,61	44-40
100,00	0,88	10,56	22,71	65,85	49-45
100,00	2,28	14,18	26,33	57,22	المجموع
100,00	1,23	10,03	22,20	66,53	رتبة المولود
100,00	0,40	02,37	14,62	82,61	1
100,00	0,88	10,56	22,71	65,85	4-2
100,00	2,28	14,18	26,33	57,22	5 فأكثر
100,00	1,23	10,03	22,20	66,53	المجموع

جدول رقم 4 : التوزيع النسبي حسب تصريح النساء عن سبب الكشف لأول مرة وخافية المبحوثة (%)

المجموع	ت	آخر	حجز للولادة	كشف روتيني	كانت لديها مضاعفات	ضمان حمل صحي	التأكد من سلامة الجنين	التأكد من أنها حامل	سبب الكشف لأول مرة
									الخفية
									<u>المستوى التعليمي</u>
100,00	1135	0,97	0,44	05,20	24,23	20,44	15,51	33,22	أمية
100,00	447	01,12	0,22	06,26	17,67	22,82	13,65	38,26	تقرأ وتكتب
100,00	738	0,68	0,27	05,83	13,28	25,34	12,20	42,41	ابتدائي
100,00	561	0,36	0,53	04,99	06,26	23,17	14,44	50,27	متوسط
100,00	119	/	/	08,40	02,52	26,89	10,08	52,10	ثانوي فأعلى
100,00	3000	0,77	0,37	05,60	16,33	22,77	14,0	40,17	المجموع
									<u>الحالة المهنية</u>
100,00	527	/	/	07,21	11,20	26,38	12,52	42,69	تعمل
100,00	2473	0,93	0,44	05,26	17,43	22,00	14,31	39,63	لا تعمل
100,00	3000	0,77	0,37	05,60	16,33	22,77	14,0	40,17	المجموع
									<u>العمر</u>
100,00	1023	0,68	/	05,38	13,78	20,04	12,51	47,61	15-29
100,00	1977	0,81	0,56	05,72	17,65	24,18	14,77	36,32	30-49
100,00	3000	0,77	0,37	05,60	16,33	22,77	14,00	40,17	المجموع
									<u>رتبة المولود</u>
100,00	655	0,15	/	05,50	12,82	18,02	10,53	52,98	1
100,00	1517	0,79	0,46	05,54	13,45	25,38	14,57	39,82	2-4
100,00	828	1,21	0,48	05,80	24,40	21,74	15,70	30,68	5 فأكثر
100,00	3000	0,77	0,37	05,60	16,33	22,77	14,00	40,17	المجموع

ملاحظة : من بين 3015 مبحوثة التي صرحت عن الكشف لأول مرة خلال فترة الحمل، نجد 3000 منهن صرحن عن سبب ذلك، والبقية أي 15 لم تصرحن عن السبب.

جدول رقم (05) : مدى تلقي النساء الحوامل المعلومات حول الرضاعة الطبيعية وخافيتهن

المجموع		لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقي المعلومة الخافية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
المستوى التعليمي								
100,00	1139	0,26	03	66,02	752	33,71	384	أمية
100,00	453	0,22	01	58,94	267	40,84	185	تقرأ وتكتب
100,00	747	/	/	60,24	450	39,76	297	ابتدائي
100,00	567	/	/	57,14	324	42,86	243	متوسط
100,00	121	0,83	01	51,24	62	47,93	58	ثانوي فأعلى
100,00	3027	0,83	05	61,28	1855	38,55	1167	المجموع
الحالة العملية								
100,00	532	0,19	01	60,53	322	39,29	209	تعمل
100,00	2495	0,16	04	61,44	1533	38,40	958	لا تعمل
100,00	3027	0,83	05	61,28	1855	38,55	1167	المجموع
العمر								
100,00	1038	0,10	01	60,60	629	39,31	408	15-29
100,00	1989	0,20	04	61,64	1226	38,16	759	30-49
100,00	3027	0,83	05	61,28	1855	38,55	1167	المجموع
رتبة المولود								
100,00	666	/	/	59,61	397	40,39	269	1
100,00	1528	0,13	02	59,55	910	40,31	616	2-4
100,00	833	0,36	03	65,79	548	33,85	282	5 فأكثر
100,00	3027	0,83	05	61,18	1855	38,55	1167	المجموع

جدول رقم (06) : مدى تلقي النساء الحوامل المعلومات حول نظام الأكل وخلفيتهن

المجموع		لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقي المعلومة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
المستوى التعليمي								
100,00	1139	1,05	12	69,97	797	28,97	330	أمية
100,00	453	/	/	62,47	283	37,53	170	تقرأ وتكتب
100,00	747	0,40	03	62,25	465	37,35	279	ابتدائي
100,00	567	1,23	07	57,32	325	41,45	235	متوسط
100,00	121	/	/	47,93	58	52,07	63	ثانوي فأعلى
100,00	3027	0,73	22	63,69	1928	35,58	1077	المجموع
الحالة العملية								
100,00	532	0,75	04	60,34	321	38,91	207	تعمل
100,00	2495	0,72	18	64,41	1607	34,87	870	لا تعمل
100,00	3027	0,73	22	63,69	1928	35,58	1077	المجموع
العمر								
100,00	1038	0,96	10	63,58	660	35,45	368	29-15
100,00	1989	0,60	12	63,75	1268	35,65	709	49-30
100,00	3027	0,73	22	63,69	1928	35,58	1077	المجموع
رتبة المولود								
100,00	666	1,05	7	61,71	411	37,24	248	1
100,00	1528	0,46	7	63,02	963	36,52	558	4-2
100,00	833	0,96	8	66,51	554	32,53	271	5 فأكثر
100,00	3027	0,73	22	63,69	1928	35,58	1077	المجموع

جدول رقم (07) : مدى تلقي النساء الحوامل المعلومات حول أعراض الحمل الخطر وخافيتهن

المجموع		لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقي المعلومة .. الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
المستوى التعليمي								
100,00	1139	1,40	16	68,66	782	29,94	341	أمية
100,00	453	0,66	03	63,80	289	35,54	161	تقرأ وتكتب
100,00	747	0,40	03	60,37	451	39,22	293	ابتدائي
100,00	567	1,41	8	61,55	349	37,04	210	متوسط
100,00	121	0,83	1	52,89	64	46,28	856	ثانوي فأعلى
100,00	3027	1,02	31	63,92	1935	35,05	1061	المجموع
الحالة العملية								
100,00	532	1,32	07	59,40	316	39,29	209	تعمل
100,00	2495	0,96	24	64,89	1619	34,15	852	لا تعمل
100,00	3027	1,02	31	63,92	1935	35,05	1061	المجموع
العمر								
100,00	1038	1,25	13	64,45	669	34,30	356	15-29
100,00	1989	0,90	18	63,65	1266	35,44	705	30-49
100,00	3027	1,02	31	63,92	1935	35,05	1061	المجموع
رتبة المولود								
100,00	666	1,65	11	60,36	402	37,99	253	1
100,00	1528	0,72	11	62,89	961	36,39	556	2-4
100,00	833	1,68	09	68,67	572	30,25	252	5 فأكثر
100,00	3027	1,02	31	63,92	1935	35,05	1061	المجموع

جدول رقم 08 : مدى تلقي النساء الحوامل المعلومات حول تنظيم الأسرة وخلفيتهن

المجموع		لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقية المعلومة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
100,00	1139	0,26	3	70,85	807	28,88	329	المستوى التعليمي
100,00	453	0,22	1	64,68	293	35,10	159	أمية
100,00	747	/	/	65,06	486	34,94	261	تقرأ وتكتب
100,00	567	0,35	2	62,43	354	37,21	211	ابتدائي
100,00	121	0,83	01	59,50	72	39,67	48	متوسط
100,00	3027	0,23	07	66,47	2012	33,30	1008	ثانوي فأعلى
								المجموع
100,00	532	0,56	3	65,23	347	34,21	182	الحالة العملية
100,00	2495	0,16	4	66,73	1665	33,11	826	تعمل
100,00	3027	0,23	07	66,47	2012	33,30	1008	لا تعمل
								المجموع
100,00	1038	0,29	3	68,30	709	31,41	326	العمر
100,00	1989	0,20	4	65,51	1303	34,29	682	15-29
100,00	3027	0,23	07	66,47	2012	33,30	1008	30-49
								المجموع
100,00	666	0,30	02	68,92	459	30,78	205	رتبة المولود
100,00	1528	0,07	01	64,07	979	35,86	548	1
100,00	833	0,48	04	68,91	574	30,61	255	2-4
100,00	3027	0,23	07	66,47	2012	33,30	1008	5 فأكثر
								المجموع

جدول رقم 09 : مدى تلقي النساء الحوامل المعلومات حول الرعاية بعد الولادة وخلفيتهن

المجموع		لا تعرف		لا		نعم		مدى تلقي المعلومة الخلفية
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	
المستوى التعليمي								
100,00	1139	1,32	15	76,47	871	22,21	253	أمية
100,00	453	0,88	4	68,87	312	30,24	137	تقرأ وتكتب
100,00	747	1,20	9	70,41	526	28,38	212	إبتدائي
100,00	567	1,41	8	70,19	398	28,40	161	متوسط
100,00	121	/	/	63,64	77	36,36	44	ثانوي فأعلى
100,00	3027	1,16	36	72,17	2184	26,67	807	المجموع
الحالة العملية								
100,00	532	1,50	08	70,68	376	27,82	148	تعمل
100,00	2495	1,12	28	72,46	1808	26,41	654	لا تعمل
100,00	3027	1,16	36	72,17	2184	26,67	807	المجموع
العمر								
100,00	1038	1,35	14	73,51	763	25,14	261	15-29
100,00	1989	1,11	22	71,44	1421	27,45	546	30-49
100,00	3027	1,16	36	72,17	2184	26,67	807	المجموع
رتبة المولود								
100,00	666	1,95	13	71,47	476	26,58	177	1
100,00	1528	0,72	11	71,01	1085	28,27	432	2-4
100,00	833	1,44	12	74,79	623	23,77	198	5 فأكثر
100,00	3027	1,16	36	72,17	2184	26,67	807	المجموع

جدول رقم 10 : التوزيع النسبي لآخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب الحالة العملية والمستوى التعليمي ومكان الولادة (%).

المجموع	آخر	المنزل	مصحة خاصة	مركز صحي	مستشفى	مكان الولادة	
						المستوى التعليمي	الحالة العملية
100,00	/	28,24	/	9,41	62,35	أمية	المرحلة الأولى
100,00	/	3,70	1,85	1,85	92,59	تقرأ وتكتب	
100,00	/	1,57	8,66	10,24	79,53	إبتدائي	
100,00	/	0,44	7,56	05,33	86,67	متوسط	
100,00	/	3,09	8,25	03,09	85,57	ثانوي فأعلى	
100,00	/	5,44	6,29	06,29	81,97	المجموع	
100,00	0,38	15,06	1,02	6,13	77,41	أمية	المرحلة الثانية
100,00	0,20	06,61	2,20	8,22	82,76	تقرأ وتكتب	
100,00	0,28	03,42	5,84	6,27	84,19	إبتدائي	
100,00	/	02,86	6,25	5,47	85,42	متوسط	
100,00	/	/	23,08	/	76,92	ثانوي فأعلى	
100,00	0,28	09,57	3,08	6,36	80,71	المجموع	

جدول رقم 11 التوزيع النسبي لآخر المواليد الذين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح حسب العمر والمستوى التعليمي ومكان الولادة (%)

المجموع	آخر	المنزل	مصحة خاصة	مركز صحي	مستشفى	مكان الولادة المستوى التعليمي	العمر
100,00	1,37	15,66	1,37	5,49	76,10	أمية	أقل 30 سنة
100,00	/	04,91	1,84	7,36	85,89	تقرأ وتكتب	
100,00	/	03,49	4,84	5,65	86,02	إبتدائي	
100,00	/	2,36	6,30	2,36	88,98	متوسط	
100,00	/	/	12,82	/	87,18	ثانوي فأعلى	
100,00	0,42	7,05	3,94	4,95	83,64	المجموع	
100,00	0,16	15,74	0,85	6,51	76,74	أمية	30 سنة فأكثر
100,00	0,51	7,14	2,30	7,65	82,40	تقرأ وتكتب	
100,00	0,22	2,42	7,49	7,93	81,94	إبتدائي	
100,00	/	1,41	6,78	7,63	84,18	متوسط	
100,00	/	2,41	10,84	3,61	83,13	ثانوي فأعلى	
100,00	0,19	9,68	3,38	6,99	79,75	المجموع	

جدول رقم 12 : التوزيع النسبي للنساء اللواتي تلقين على الأقل عرض واحد أثناء الولادة حسب خلفية المبحوثة ومكان الإقامة. (%)

المجموع	الريف	الحضر	الشهر الخلفية
			<u>المستوى التعليمي</u>
100,00	63,90	36,10	أمية
100,00	50,00	50,00	تقرأ وتكتب
100,00	34,63	65,37	ابتدائي
100,00	21,54	78,46	متوسط
100,00	28,57	71,43	ثانوي فأعلى
100,00	46,83	53,17	المجموع
			<u>الحالة العملية</u>
100,00	28,47	71,53	تعمل
100,00	50,51	49,49	لا تعمل
100,00	46,83	53,17	المجموع
			<u>العمر</u>
100,00	60,00	40,00	19-15
100,00	52,52	47,47	24-20
100,00	43,14	56,86	29-25
100,00	44,71	55,29	34-30
100,00	46,15	53,85	39-35
100,00	47,56	52,44	44-40
100,00	64,10	35,90	49-45
100,00	46,89	53,11	المجموع
			<u>رتبة المولود</u>
100,00	41,70	58,30	1
100,00	42,17	57,83	4-2
100,00	58,51	41,49	5 فأكثر
100,00	46,83	53,17	المجموع

جدول رقم (13) توزيع النساء حسب إقبالهن على الكشف بعد الولادة إلى المستشفى وخلفيتهن طبقاً لمكان الإقامة.

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة
%	ت	%	ت	%	ت	الخلفية
100,00	102	50,00	51	50,00	51	المستوى التعليمي
						أمية
100,00	33	60,61	20	39,39	13	تقرأ وتكتب
100,00	75	37,33	28	62,67	47	ابتدائي
100,00	60	25,00	15	75,00	45	متوسط
100,00	14	50,00	7	50,00	7	ثانوي فأعلى
100,00	284	42,61	121	57,39	163	المجموع
						الحالة العملية
100,00	61	26,23	16	73,77	45	تعمل
100,00	224	47,32	106	52,68	118	لا تعمل
100,00	285	42,81	122	57,19	163	المجموع
						العمر
100,00	93	45,16	42	54,84	51	29-15
100,00	193	41,45	80	58,55	113	49-30
100,00	286	42,66	122	57,34	164	المجموع
						رتبة المولود
100,00	91	39,56	36	60,44	55	1
100,00	90	40,00	36	60,00	54	3-2
100,00	54	42,59	23	57,41	31	5-4
100,00	50	54,00	27	46,00	23	+ 6
100,00	285	42,81	122	57,19	163	المجموع

جدول رقم (14) : توزيع النساء حسب إقبالهن على الكشف بعد الولادة إلى العيادة أو الطبيب الخاص وخلصتهن طبقاً لمكان الإقامة .

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة
%	ت	%	ت	%	ت	الخلفية
المستوى التعليمي						
100,00	153	62,75	96	37,25	57	أمية
100,00	75	33,33	25	66,67	50	تقرأ وتكتب
100,00	137	35,04	48	64,96	89	ابتدائي
100,00	140	19,29	27	80,71	113	متوسط
100,00	47	10,64	5	89,36	42	ثانوي فأعلى
100,00	552	36,41	201	63,59	351	المجموع
الحالة العملية						
100,00	138	26,09	36	73,91	102	تعمل
100,00	417	40,05	167	59,95	250	لا تعمل
100,00	555	36,58	203	63,42	352	المجموع
العمر						
100,00	217	43,78	95	56,22	122	29-15
100,00	335	31,64	106	68,36	229	49-30
100,00	552	36,41	201	63,59	351	المجموع
رتبة المولود						
100,00	154	33,12	51	66,88	103	1
100,00	207	33,33	69	66,67	138	3-2
100,00	117	35,04	41	64,96	76	5-4
100,00	76	52,63	40	47,37	36	+ 6
100,00	554	36,28	201	63,72	353	المجموع

جدول رقم (15) توزيع النساء حسب إقبالهن على الكشف بعد الولادة في المصحة متعدد الخدمات أو المركز الصحي وخلفيتهن طبقاً لمكان الإقامة .

المجموع		الريف		الحضر		مكان الإقامة
%	ت	%	ت	%	ت	الخلفية
100,00	83	53,01	44	46,99	39	<u>المستوى التعليمي</u>
						أمية
100,00	43	46,51	20	53,49	23	تقرأ وتكتب
100,00	63	28,57	18	71,43	45	ابتدائي
100,00	52	17,31	09	82,69	43	متوسط
100,00	05	40,00	02	60,00	03	ثانوي فأعلى
100,00	246	37,80	93	62,20	153	المجموع
						<u>الحالة العملية</u>
100,00	41	17,07	07	82,93	34	تعمل
100,00	204	41,67	85	58,33	119	لا تعمل
100,00	245	37,55	92	62,45	153	المجموع
						<u>العمر</u>
100,00	71	38,03	27	61,97	44	29-15
100,00	174	37,93	66	62,07	108	49-30
100,00	245	37,96	93	62,04	152	المجموع
						<u>رتبة المولود</u>
100,00	52	28,85	15	71,15	37	1
100,00	106	40,57	43	59,43	63	3-2
100,00	55	29,09	16	70,91	39	5-4
100,00	30	60,00	18	40,00	12	+ 6
100,00	243	37,86	92	62,14	151	المجموع

جدول رقم (16) : التوزيع النسبي للنساء حسب سبب تصريحاتهن لعدم الكشف بعد
الولادة ومكان الإقامة (%)

المجموع	سبب عدم الكشف		آخر	الزوجة/ الزوج مشغول	التكلفة عالية	الخدمة غير متوفرة	عدم مدرسة لأهمية الكشف	لديها خبرة سابقة	عدم وجود متاعب	مكان الإقامة
	ت	%								
100,00	1377	01,67	01,74	05,59	0,36	04,87	06,10	79,67	حضر	
100,00	1275	01,96	01,02	11,61	04,16	06,27	06,82	68,16	ريف	
100,00	2652	01,81	1,40	08,48	02,19	05,54	06,45	74,13	المجموع	

جدول رقم (17) : نسبة المواليد الذين تم إرضاعهم من الثدي خلال السنتين الأخيرتين للمسح وتوزيعهم النسبي حسب توقيت بدء الرضاعة من الثدي وخلفية المبحوثة (%).

توقيت بدء الرضاعة من الثدي					خلفية المبحوثة
غير مصرح	بعد 6 ساعات	3-6 ساعات	1-3 ساعات	مباشرة بعد الولادة	
					العمر
0,0	4,8	15,4	13,8	65,9	19-15
0,0	26,1	8,3	15,1	50,5	24-20
0,0	24,0	6,4	19,2	50,3	29-25
0,0	14,9	8,1	17,4	59,6	34-30
0,5	19,0	11,3	12,1	57,1	39-35
0,0	18,4	6,7	14,8	60,2	44-40
0,0	20,7	11,9	24,5	43	49-45
					النوع
0,1	21,9	9,1	14,9	54,1	ذكر
0,1	17,8	7,7	17,6	56,8	أنثى
					رتبة المولود
0,0	32,1	7,5	18,0	42,5	1
0,0	16,4	6,9	17,8	59,0	2
0,0	20,3	6,9	13,2	59,6	3
0,0	16,6	10,7	18,5	54,1	4
0,4	14,0	10,0	14,4	61,1	+ 5
					وسط الإقامة
0,1	21,2	8,7	15,1	54,9	حضر
0,1	18,4	8,1	17,4	55,9	ريف
					المستوى التعليمي
0,3	17,0	7,0	17,0	58,7	أمية
0,0	20,4	7,3	11,6	60,6	يقرأ وتكتب
0,0	20,6	10,2	16,9	52,2	ابتدائي
0,0	25,7	10,6	16,7	47,0	متوسط
0,0	19,6	6,8	17,8	55,8	ثانوي وأكثر
0,1	19,9	8,4	16,2	55,4	المجموع

مصدر : (جامعة الدول العربية، الديون الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2004، ص 51).

جدول رقم (18) : التوزيع النسبي للنساء حسب تصريحاتهن عن سبب عدم إقبالهن على الرضاعة من الثدي وخلفيتهن %

المجموع	آخر	تفضل الرضاعة الإصطناعية	مشاكل الحمل أو الثدي	الأم ليس لديها حليب كاف	الأم مريضة	رفض الطفل الثدي الأم	الطفل توفي	الطفل كان مريضا	سبب عدم الرضاعة الثدي الخلفية
100.00	01.71	03.42	13.68	47.01	11.11	09.40	05.98	07.69	المستوى التعليمي
100.00	06.12	/	/	53.06	14.29	14.29	08.16	04.08	أمية
100.00	04.62	/	06.16	52.31	09.23	09.23	04.62	13.85	تقرأ وتكتب
100.00	03.28	3.28	08.20	40.98	18.03	14.75	01.64	09.84	ابتدائي
100.00	/	/	/	62.50	37.50	/	/	/	متوسط
100.00	33.33	2.00	8.33	48.33	13.33	11.00	05.00	08.67	ثانوي فأعلى
100.00	33.33	2.00	8.33	48.33	13.33	11.00	05.00	08.67	المجموع
100.00	03.92	05.88	07.84	35.29	23.53	13.73	01.96	07.84	الحالة العملية
100.00	03.23	0.81	08.87	50.81	10.89	10.89	05.65	08.87	تعمل
100.00	03.23	0.81	08.87	50.81	10.89	10.89	05.65	08.87	لا تعمل
100.00	3.34	1.67	8.69	48.16	13.04	11.37	05.02	08.69	المجموع
100.00	/	/	/	100.00	/	/	/	/	العمر
100.00	4.76	/	09.52	47.62	04.76	19.05	14.29	/	19-15
100.00	2.78	2.78	01.39	48.61	16.67	08.33	06.94	12.50	24-20
100.00	2.70	02.70	10.81	55.41	12.16	08.11	04.05	04.05	29-25
100.00	3.85	/	11.54	50.00	10.26	16.67	/	07.69	34-30
100.00	6.06	03.03	12.12	33.33	18.18	/	09.09	18.18	39-35
100.00	/	/	11.11	44.44	16.67	11.11	12.50	11.11	44-40
100.00	/	/	11.11	44.44	16.67	11.11	12.50	11.11	49-45
100.00	3.37	01.68	08.75	48.82	13.13	10.44	05.05	08.75	المجموع
100.00	8.57	02.86	08.57	34.29	15.71	12.86	08.57	08.57	رتبة المولود
100.00	2.53	01.27	06.96	58.23	10.76	11.39	01.27	7.59	1
100.00	11.41	01.41	12.68	39.44	15.49	08.45	08.45	12.68	4-2
100.00	3.68	01.67	08.70	48.16	13.04	11.04	04.68	09.03	5 فأكثر
100.00	3.68	01.67	08.70	48.16	13.04	11.04	04.68	09.03	المجموع

CARACTÈRES BOTANIQUES

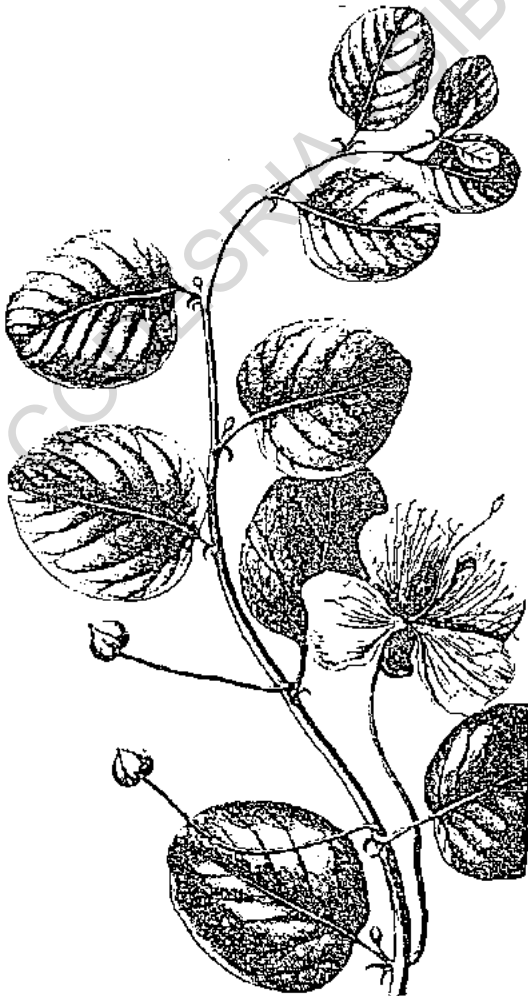
C'est une plante vivace, dont la souche émet chaque année de nombreuses tiges lignifiées flexueuses, disposées en touffes lâches. Les canaux portent des feuilles alternes, entières, ovales, arrondies, à pétiole muni à la base de 2 épines recourbées. Les fleurs, d'un blanc rose, grandes, zygomorphes, solitaires à l'aisselle des feuilles supérieures, sont courttement pédonculées. Le fruit est une baie indéhiscente contenant de nombreuses graines en forme de rein.

EMPLOIS :

La propriété antirhumatisme des feuilles de caprier constitue la principale indication de cette plante. Son utilisation en cataplasme nous a été signalée partout où nous nous sommes rendus : A Jouza, Hammam Biadha, Borj Massoudi dans le Nord, aussi bien qu'à Sidi Bouzid, au Souassi, et à El Guettar dans le centre et le Sud du Pays. Une pâte à base de feuilles de caprier, mélangée à du Henné (dans une proportion de 1/4 - 3/4), est employée par d'autres ; appliquée sur les articulations douloureuses, elle apporte soulagement au malade. Dans les cas de céphalées, les feuilles perforées sont déposés directement sur le front, calmant ainsi la douleur. La même préparation est conseillée à Jelma et Sidilkhlouf contre le rhume et la sinusite. Enfin, le décocté des feuilles de caprier, en usage interne, soigne les céphalées dans la région de Nabeul, est conseillé dans les cas d'hypertension à Jerba, et passe pour être galactogène à Sbeitla.

(Boukerf, 1986, p. 73)

Capparis spinosa L.



NOM VERNACULAIRE : زعتر : ZĀATAR
NOM FRANÇAIS : Thym de ceète, origan d'Espagne

CARACTÈRES BOTANIQUES

C'est un sous - arbrisseau à jeunes rameaux souvent poilus.
Les feuilles sont raides, sessiles, étroitement oblongues, poilues sur les bords.
Les inflorescences sont globuleuses, couleur rose, avec des bractées poilues, glanduleuses, cachant le calice.
Le fruit est un tétrakène.

EMPLOIS

Utilisé comme condiment culinaire, le thym est également apprécié pour ses vertus thérapeutiques.

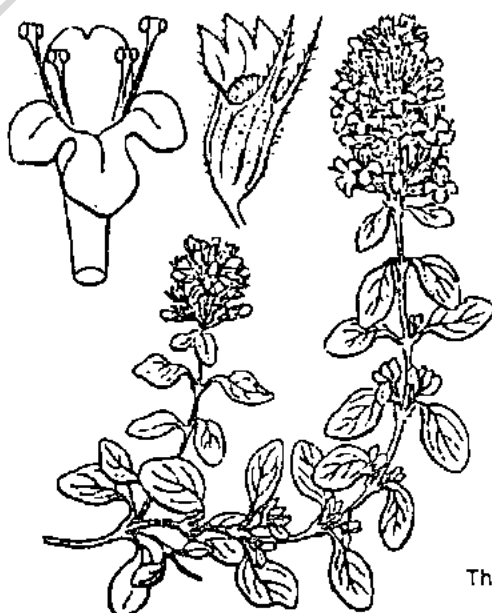
En usage externe il est préconisé pour ses propriétés antiseptiques et cicatrisantes. Les feuilles pilées et placées en cataplasme passent pour soigner la teigne du cuir chevelu.

En usage interne le décocté est recommandé comme antitussif, et pour soigner les maux de tête et les gastralgies. On a signalé également son pouvoir dépuratif, antipyrétique, vermifuge, analgésique mineur et analeptique cardiaque.

Dans le Nord de la Tunisie, le décocté de thym, seul ou en association à de la rue, passe pour être très efficace dans le traitement des diarrhées et vomissements du nouveau-né.

Enfin, le thym est utilisé comme emménagogue, pour faciliter la délivrance lors de l'accouchement et contre la stérilité de la femme.

La préparation suivante est conseillée pour cette dernière indication : le thym est mélangé à de la farine et de l'huile et cette pâte doit être absorbée le matin à jeun pendant la période des règles. (Ibid, p.177)



Thymus sp.

NOM VERNACULAIRE : رومار : XLII
NOM FRANÇAIS : Romarin

CARACTÈRES BOTANIQUES

C'est un arbrisseau à feuilles persistantes pouvant atteindre 1m de hauteur. Les feuilles sont sessiles, opposées, coriaces, pointues et enroulées sur les bords, d'un vert foncé sur la face supérieure, blanchâtre sur la face inférieure.

Les fleurs couleur lilas clair sont groupées en grappes.

Le fruit est un tétrakène brun et luisant.

La plante dégage une odeur aromatique.

EMPLOIS

Du Nord au Sud du pays le romarin est considéré un peu comme un remède universel. L'excellente réputation dont il jouit en fait une plante des plus employées en thérapeutique traditionnelle.

Le décocté trouve son utilisation dans le traitement des troubles hépatiques, des gastralgies, et des rhumatismes. Il est également préconisé pour ses propriétés toniques, laxatives, béchiques, contre le rhume, et les crises d'asthme.

La bronchite peut être soignée par une décoction de romarin seul ou en association avec du thym : le malade doit en boire et s'en frictionner le corps faisant ainsi baisser la fièvre. Toujours dans les cas de bronchite, les feuilles séchées et roulées en cigarettes serviraient à combattre la toux et le malade se trouvera bien des inhalations de vapeur obtenus de la manière suivante :

Faire chauffer une pierre, placer dessus et dessous des branches de romarin, puis asperger l'ensemble avec de l'eau.

Sous forme de poudre le romarin est préconisé pour traiter l'erythème fessier du nourrisson et pour activer la cicatrisation des plaies, ceci en usage externe, alors que mélangé à du miel et pris le matin à jeun, il est préconisé dans les affections rénales.


Le macérat trouve son application dans les rhumatismes, en friction, et dans le traitement des otites, en gouttes auriculaires.

Enfin, en bain de siège, le romarin est recommandé après accouchement.

(ibid, p. 173-175)



Rosmarinus officinalis L.

NOM VERNACULAIRE :  : CHIM
 NOM FRANÇAIS : Armoise-herbe blanche

CARACTÈRES BOTANIQUES

C'est une plante herbacée formant des buissons très ramifiés.
 Les feuilles sont étroites, espacées, blanches, laineuses et argentées.
 Les capitules sont petits, étroits, ovoïdes, à involucre scarieux comportant
 2 à 5 fleurs jaunâtres.
 Le fruit est un akène oblong.

EMPLOIS

Signalée en médecine populaire pour ses emplois aussi fréquents que multiples,
 l'armoise blanche est une véritable panacée. Recommandé dans les troubles
 gastriques, le décocté des parties aériennes de cette plante serait particuli-
 èrement efficace dans les cas de ballonnement intestinaux, de pyrosis et
 d'aérophagie; le dicton populaire le rappelle si bien "l'artemisïa pour
 les gaz".

On reconnaît au décocté des feuilles des vertus vermifuges.

Cette indication est signalée dans plusieurs régions de la Tunisie
 (Nabeul, Djerba, Zaghuan, Mknassi, Sidi Makhlouf).

Quelques fois, le décocté des feuilles est remplacé par la poudre de feuilles.
 Ces préparations peuvent être édulcorées par du sucre ou du miel, pour
 masquer l'anertume du goût.

Dans la région de Zaghuan, on conseille au malade de boire le décocté à jeun
 à raison d'un verre par jour et de ne rien manger jusqu'à émission des
 selles. A Sfax, le décocté de feuilles, concentré, pris à jeun à raison d'un
 verre, suivi par l'absorption d'un verre d'huile serait préconisé dans
 les affections du foie. On retrouve cette indication dans la région de
 Sidi Bouzid.

Pour traiter la constipation, le décocté des parties aériennes est employé
 dans la région de Zaghuan et de Gabès à raison d'un verre à thé.

(Ibid, p. 94. 95).



Artemisia herba alba Asso.

NOM VERNACULAIRE : هِلْبَا : HELBA
 NOM FRANÇAIS : Fenugrec

CARACTÈRES BOTANIQUES

Le fenugrec est une plante fourragère, herbacée, annuelle, à racine principale développée. Elle pousse à l'état subspontanée en Tunisie, mais elle est surtout cultivée dans le nord et les oasis.

Cette plante possède une tige dressée, portant des feuilles alternes, trifoliées.

Les fleurs de couleur jaune pâle et d'aspect triangulaire sont solitaires ou geminées à l'aisselle des feuilles.

Le fruit est une gousse dressée, à peine arquée, glabrescente, finement nerviée et terminée par un bec.

Les graines sont de couleur brun clair, grossièrement rhomboïdales, aplaties, très dures.

EMPLOIS

L'usage du fenugrec en médecine traditionnelle tunisienne est très répandu.

Il est particulièrement recommandé comme reconstituant général :

La poudre des graines, en suspension dans de l'eau sucrée, est recommandée notamment dans les cas d'amaigrissement. A ceux qui souffrent d'un cancer la même préparation est préconisée à jeun.

Les épisodes diarrhéiques, les coliques intestinales, la fièvre, les gastralgies du nourrisson sont traitées par la même suspension ou bien par le décocté des graines torréfiées.

Les mêmes graines torréfiées servent à préparer une poudre qui prise à jeun mélangée avec de l'huile d'olive posséderait des propriétés béchiques et serait efficace en cas de rhume.

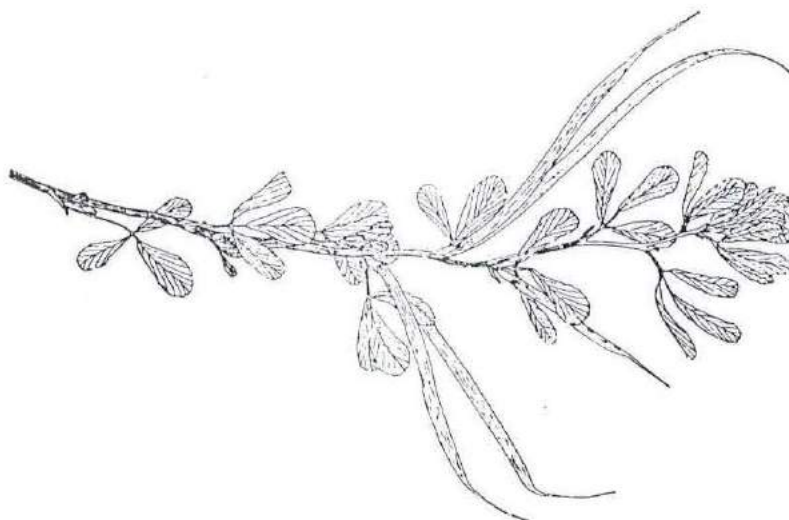
Le décocté en gargarisme est utilisé dans le traitement des angines et le macérat des graines dans l'eau de rose en gouttes oculaires serait efficace dans les cas de conjonctivites.

Diverses affections dermatologiques sont traitées par le fenugrec :

abcès et furoncle mûrissent par application d'un cataplasme de la poudre des graines travaillée en pâte avec un peu d'eau, quant au panaris il est soulagé par la préparation suivante : les sommités fleuries sont portées sur le feu avec un peu d'eau jusqu'à évaporation totale, puis appliquées chaudes enveloppées dans une compresse.

(Ibid, p. 194-195)

Trigonella foenum-graecum L.



تقييم لجنة المناقشة

مناقشة اللجنة المتكونة من :

المشرف : الأستاذ جيلالي صاري

الرئيس :

الأعضاء :

إعداد : الأتسة آسيا شريف

تحت عنوان : واقع رعاية الأمومة وأبعدها

أثناء الحمل والولادة ومابعدها

ومنحت لها الملاحظة التالية :

فانما جانا

فانما جانا

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE