

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا

الميدان: العلوم الإنسانية و الاجتماعية

شعبة العلوم الاجتماعية

الموضوع :

تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي في علم اجتماع

تخصص: تخطيط السكاني والتنمية

إعداد الطالب :

- شارف بوبكر

إشراف :

- د. بوعليت محمد

السنة الجامعية: 2020/2019



ملخص الدراسة

يعتبر موضوع تنظيم الأسرة والاهتمام بصحة المرأة من أهم القضايا المطروحة في المجتمع، إذ فرض وجوده منذ أواخر القرن 19 وازدادت أهميته منذ الحرب العالمية الثانية، كما أنه كان محور النقاش منذ العصور القديمة ومحلا للبحث في مختلف المؤتمرات والندوات العلمية التي اهتمت بحقوق الإنسان كمنظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وعليه ومن منطلق اهتمامنا العلمي قمنا بهذه الدراسة التي تهدف إلى التعرف على تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب من سن 49 فما فوق وضمنت 50 مبحوثة وذلك للوصول إلى ما مدى تأثير استعمال وسائل منع الحمل على الصحة وبعد جمع البيانات واختبار الفرضيات فقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

تتعرض المرأة في هذه المرحلة إلى العديد من المشاكل الصحية جراء استعمالها لوسائل منع الحمل والمتمثلة في الوسائل السهلة الاستعمال وكثير من الأحيان تكون استعمالها عن طريق وصفات طبية من طرف الطبيب والوسيلة الأكثر استعمال هي الحبوب والتي لها تأثير على صحة المرأة فنوعية الوسيلة المستعملة لها دور كبير في ظهور عدة أمراض للمرأة في سن ما بعد الإنجاب.

-الكلمات المفتاحية:

الخصوبة، الخصوبة الطبيعية، الخصوبة الموجهة، منع الحمل، وسائل منع الحمل، سن ما بعد الإنجاب، الأمراض التي تعرضت لها المرأة بعد الإنجاب.



Abstract

The issue of family planning and concern for women's health is one of the most important issues in society, as its existence has been imposed since the late 19th century and has increased its importance since the Second World War, and has been the focus of discussion since ancient times and a subject of discussion in various scientific conferences and seminars on human rights such as UNICEF and WHO, and therefore, from the logic of our scientific interest, we have conducted this study aimed at identifying the impact of contraception on the health of women in post-child development years from 49 years of age and above. In order to find out the extent to which contraceptive use affects health, after data collection and hypotheses, the following results were reached:

Women at this stage are exposed to many health problems due to their use of contraceptive methods, which are easy to use methods, and often their use is through medical prescriptions by the doctor and the most used method is pills, which have an impact on women's health, as the quality of the method used has a major role in The emergence of several diseases for women at the age of after childbearing.

-key words:

Fertility, natural fertility, directed fertility, contraception, contraceptive methods, post-reproductive age, diseases that a woman has undergone after childbearing.



فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوعات
	شكر وتقدير
	إهداء
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ج	فهرس الموضوعات
ر	فهرس الجداول
ي	فهرس الأشكال
01	مقدمة
الإطار النظري للدراسة	
الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها	
06	أولاً- إشكالية الدراسة
07	ثانياً- فرضيات الدراسة
07	ثالثاً- أسباب اختيار الموضوع
08	رابعاً- أهداف الدراسة
08	خامساً- أهمية الدراسة
08	سادساً- الدراسات السابقة
12	سابعاً- التعريف الإجرائي لمفاهيم ومصطلحات الدراسة
الفصل الثاني: الخصوبة و وسائل منع الحمل	
16	تمهيد
17	المبحث الأول: مستويات و اتجاهات الخصوبة
18	أولاً- مقاييس الخصوبة

18	ثانيا-معدل المواليد الخام
18	ثالثا-معدل الخصوبة العام
19	رابعا-معدلات الخصوبة التفضيلية حسب العمر
19	خامسا-معدلات الخصوبة التجميعية
19	سادسا- معدلات الخصوبة الكلي
20	سابعا-العوامل المؤثرة في الخصوبة
22	ثامنا-العوامل الديمغرافية
24	المبحث الثاني: تطور وسائل منع الحمل في الجزائر
24	أولا-التخطيط العائلي ومراحله في الجزائر
24	1-لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر
25	2-مراحل التخطيط العائلي في الجزائر
25	1-2-مرحلة ما بين (1962-1979)
28	2-2-مرحلة ما بين (1980-1988)
29	2-3-مرحلة ما بين (1988-2010)
31	ثانيا-نسبة الوعي بأساليب و أنواع وسائل منع الحمل
34	ثالثا-معدل استعمال وسائل منع الحمل
36	رابعا-استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة و بعض المتغيرات الاجتماعية و الثقافية
42	خامسا-مدى انتشار و سائل منع الحمل في الجزائر
44	سادسا-مصادر الحصول وسائل منع الحمل الحديثة
51	خلاصة
الفصل الثالث : صحة المرأة	
53	تمهيد
54	المبحث الأول: الصحة الجنسية و الإنجابية للأم الجزائرية
54	أولا-أهم المؤتمرات التي اهتمت بالصحة الإنجابية

58	ثانيا-تأمين الصحة الجنسية للأم الجزائرية
60	ثالثا-تأمين الصحة الإنجابية للأم الجزائرية
61	المبحث الثاني: الوعي الصحي و الطبي عند الأم الجزائرية
61	أولا-الثقافة الصحية و الطبية للأم الجزائرية
63	ثانيا-معلومات عن الجسم للأم الجزائرية
63	ثالثا-التغذية و ظهور الأمراض عند للأم الجزائرية
65	المبحث الثالث: المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس
65	أولا-الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس
73	ثانيا-المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس
75	ثالثا-الاتجاهات تجاه علاج أعراض سن اليأس
77	رابعا-العلاج الضروري للمرأة في مرحلة سن اليأس
79	خامسا-دور العيادة سن اليأس
80	سادسا-الطب البديل و علاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة
83	خلاصة
الإطار الميداني للدراسة	
الفصل الرابع: الجانب التطبيقي	
86	تمهيد
87	أولا-مجال الدراسة الميدانية
87	1-1-المجال الزمني للدراسة
87	1-2-المجال المكاني للدراسة
87	ثانيا- المنهج المستخدم
88	ثالثا- عينة البحث
88	1-3-طريقة المعاينة
88	رابعا-أدوات جمع البيانات



89	خامسا-إجراءات تفرغ بيانات الدراسة وتحليلها
89	سادسا-التعريف بخصائص العينة
99	سابعا-اختبار الفرضيات
99	7-1- وسائل منع الحمل والمشاكل الصحية للمرأة في سن اليأس
100	7-1-1-استنتاج الفرضية الأولى
101	7-2- الحبوب وتأثيرها على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب
103	7-2-1- استنتاج الفرضية الثانية
103	7-3- وسائل منع الحمل ونوع الأمراض التي تتعرض لها المرأة في سن ما بعد الإنجاب
107	7-3-1- استنتاج الفرضية الثالثة
109	خاتمة عامة
109	التوصيات
111	قائمة المراجع
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع النساء غير العازبات في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) حسب الوعي بطرق منع الحمل حسب معطيات MICS2006, PAPFAM2002, 1992 PAPCHILD, 1986 ENAF	31
02	معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال الفترة 1986-2006	34
03	معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة خلال السنوات 2002 و 2006	37
04	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002-2006	38
05	عدد الأطفال الأحياء خلال السنوات 1992 - 2002	41
06	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح و المستعملات لمستعملات وسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الوسيلة أو الخدمة، حسب ENAP1986 و PAPCHILD1992	46
07	توزيع النساء المستعملات للوسائل الحديثة حسب الوسيلة ومصدر الحصول لسنة 2002	47
08	يمثل توزيع أفراد العينة حسب فئات السن	89
09	يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	90
10	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية (تعمل/ لا تعمل)	90
11	يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوج	91
12	يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	91
13	يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة	92
14	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة	92
15	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تفضيل وسيلة عن بقية الوسائل الأخرى	93
16	يمثل توزيع أفراد العينة حسب معرفة النساء بوسائل منع الحمل	93

94	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأييد الزوج في استخدام هذه الوسيلة	17
94	يمثل توزيع أفراد العينة حسب التفكير في موضوع تنظيم الأسرة قبل الزواج	18
95	يمثل توزيع أفراد العينة حسب المدة الفاصلة بين كل طفل و آخر	19
95	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة	20
96	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير المرض على نفسيته	21
96	يمثل توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسيلة منع الحمل لأول مرة	22
97	يمثل توزيع أفراد العينة حسب سبب استعمال وسيلة منع الحمل للتباعد بين الولادات	23
97	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير الوسيلة المستعملة (المختارة) بعد سن اليأس	24
97	يمثل توزيع أفراد العينة حسب متابعة المبحوثات من قبل طبيب مختص أم لا	25
98	يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأييد المبحوثات من استعمال وسائل منع الحمل بعدما عرفت أن لها مضاعفات على الصحة بعد سن اليأس	26
98	يمثل توزيع أفراد العينة حسب النساء اللواتي تتصح بعدم التوجه إلى استعمال الوسائل التي تضر بالصحة	27
99	يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية وقرار تأثير وسائل منع الحمل على صحتها	28
100	يمثل توزيع المبحوثات المستوى التعليمي وقرار تأثير وسائل منع الحمل	29
101	يمثل توزيع المبحوثات حسب الوسيلة المرغوب في استخدامها وقرار هل هذه الوسيلة لها آثار على صحتها	30
102	يمثل توزيع الفئة العمرية وقرار استعمال الوسيلة للتباعد أم لا	31
103	يمثل توزيع المبحوثات حسب تفضيلهن للوسيلة المستعملة وهل هذه الوسيلة لها آثار على صحتهن في سن ما بعد الإنجاب	32
104	يمثل توزيع المبحوثات حسب استخدام إحدى وسائل منع الحمل وقرار معالجة هذه الأمراض عند طبيب مختص	33

105	يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئة العمرية وسبب تفضيل الوسيلة المستعملة وهل أثرت على صحتها	34
-----	----------------------------------------------------------------------------------------	----

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
44	توزيع النساء المتزوجات (15-49سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول ENAF1986على الوسيلة أو الخدمة	01
46	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة PAPCHILD1992	02
50	توزيع النساء المستعملات حاليا لوسيلة من وسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول عليها لسنة 2002	03



مقدمة

مقدمة:

تختلف المرأة في تكوينها عن الرجل وخاصة في حياتها فهي تمر بعدة مراحل، وإذا ما انتقلنا إلى مراحل حياة المرأة فإننا نجد أنها تمر بمرحلة هامة في حياتها ليست كباقي المراحل وهي مرحلة سن اليأس، حيث يتفق الديمغرافيين والبيولوجيين على أن المرأة تصل إلى هذه المرحلة ما بين 45-55 سنة، وتعتبر مرحلة سن اليأس من أهم المتغيرات التي تمر بها السيدة في حياتها ولذلك كان هناك العديد من التغيرات العضوية والفسولوجية والنفسية التي تحدث أثناء هذه الفترة وذلك نتيجة لمراحل أخرى كانت قد مرت بها، كما تتعرض المرأة في هذه الفترة الهامة من حياتها إلى كثير من الأعراض التي تختلف في حدتها وشدها من امرأة إلى أخرى حسب مناعتها كما أن سن اليأس هو مرحلة من حياة المرأة تتوقف فيها دورتها الشهرية، وتدخل المرأة في سن اليأس عندما لا تدخل في دورتها الشهرية لمدة عام كامل فعندما تصل المرأة إلى أواخر الأربعينات أو أوائل الخمسينات من عمرها تتعرض لتغيرات جسمانية وتصاحب هذه التغيرات ظهور بعض الأمراض .

لقد كان استخدام وسائل منع الحمل لغرض تنظيم الأسرة والتباعد بين الولادات كما أشار إليها " Vallin Jacque" و"Thérese Locoh" إلى أن وسائل منع الحمل هي الطريقة الفعالة والمباشرة لتنظيم الأسرة وانخفاض الخصوبة¹ ، ارتأينا أن أبحث في هذا الموضوع لمعرفة ما إذا كان لوسائل منع الحمل أثر على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب ولإزالة بعض الغموض في هذا المجال من جهة ولمعرفة مدى تأثير وانتشار هذه الوسائل واقترحنا عنوانا لبحثنا هو "تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب "

وقد تم تقسيم البحث إلى قسمين نظري و ميداني أولا القسم النظري ويضم ثلاثة فصول:

الفصل الأول: وهو موضوع الدراسة تناولنا فيه إشكالية الدراسة ثم فرضيات الدراسة وأسباب اختيار الموضوع

وأهداف الدراسة وأهميتها والدراسات السابقة والتعريف الإجرائي لمفاهيم ومصطلحات الدراسة .

¹ Vallin Jacque et Thérese Locoh(2001) population et développement en tunésié (la métanorphose) édition CERES tunis avril P 211

أما **الفصل الثاني**: ويتناول الخصوبة ووسائل منع الحمل ومن خلاله تطرقنا في المبحث الأول إلى مستويات و اتجاهات الخصوبة بدأنا بمقاييس الخصوبة ثم معدل المواليد الخام وبعدها معدل الخصوبة العام ومعدلات الخصوبة التفضيلية حسب العمر ومعدلات الخصوبة التجميعية و معدلات الخصوبة الكلية والعوامل المؤثرة في الخصوبة والعوامل الديمغرافية بعدها في المبحث الثاني تطور وسائل منع الحمل في الجزائر ومن خلال بدأنا بالتخطيط العائلي ومراحله في الجزائر وبعدها لمحة في التخطيط العائلي في الجزائر ومراحله من 1962 إلى غاية 2010 ونسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل ومعدل استعمال وسائل منع الحمل واستعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية ومدى انتشار بوسائل منع الحمل في الجزائر ومصادر الحصول على وسائل الحمل الحديثة.

أما **الفصل الثالث**: والمتمثل في صحة المرأة ومن خلاله تطرقنا المبحث الأول ويتمثل في الصحة الجنسية والإنجابية للأمم الجزائرية وفيه أهم المؤتمرات التي اهتمت بالصحة الإنجابية وتأمين الصحة الجنسية للأمم الجزائرية أما المبحث الثاني يتمثل في الوعي الصحي والطبي عند الأم الجزائرية ومن خلاله أولا الثقافة الصحية والطبية للأمم الجزائرية ومعلومات عن الجسم للأمم الجزائرية والتغذية وظهور الأمراض عند الأم الجزائرية أما المبحث الثالث والمتمثل في المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس وفيه أولا الأعراض البيولوجية والفسولوجية والسيكولوجية لمرحلة سن اليأس وثانيا المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس وثالثا الاتجاهات تجاه علاج أعراض سن اليأس وخامسا دور العيادة لعلاج أعراض مرحلة سن اليأس وسادسا الطب البديل وعلاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة.

أما **الفصل الرابع**: تناولنا فيه القسم الميداني، وحاولنا فيه تحليل نتائج فرضياتنا الثلاثة وقياس مدى صدقها وبالإضافة إلى القراءة الإحصائية والسيكولوجية اعتمادا على البيانات وقياسات إحصائية ممثلة قيمة معامل الارتباط وتحليل قيم الجداول .



الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: إشكالية الدراسة واعتباراتها

أولا- إشكالية الدراسة

ثانيا- فرضيات الدراسة

ثالثا- أسباب اختيار الموضوع

رابعا- أهداف الدراسة

خامسا- أهمية الدراسة

سادسا- الدراسات السابقة

سابعا- التعريف الإجرائي لمفاهيم ومصطلحات الدراسة

أولاً- إشكالية الدراسة:

في ظلّ النموّ السريع للشعوب، وازدياد نسبة الثقافة والوعي لدى العائلات، ونشوء الرغبة في تنظيم الأسرة بشكلٍ يتناسب مع دخل الفرد، وبما يحقق للأبناء الفرصة في التعليم وغيره من الخدمات الضرورية، جاءت الحاجة إلى اللجوء لوسائل تنظيم الأسرة والتي تتضمن تحديد الحمل والإنجاب بالطرق الحديثة المتوفرة تعتبر حبوب منع الحمل الاختيار الأمثل للعديد من السيدات اللواتي يرغبن في تأجيل الإنجاب الأول لفترة من الوقت، ولكن قد تراودهنّ العديد من الشكوك حول ما إذا كانت الحبوب ستقلّل فرص الإنجاب لديهنّ لاحقاً أو ستؤثّر على نسبة الخصوبة، وبشكل خاص على صحة المرأة كونها وسائل هرمونية لمنع الحمل.

فانتشار هذه الوسائل بدء مع بداية الستينات حيث قدرت نسبة النساء اللاتي يفين سن الإنجاب (15-49) سنة ويستعملن وسيلة من وسائل الحمل بـ8% على المستوى الوطني حسب الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية (AARDES) خلال سنة 1968 لتصل إلى 35.5 % سنة 1986 حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاصة بالخصوبة (ENAF) وفي سنة 1992 حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (PAPCHILD) بلغت نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل 50.7 % على المستوى الوطني لتصل سنة 2002 إلى 57 % من خلال المسح الجزائري لصحة الأسرة (PAPFAM) وفي سنة 2006 بلغت نسبة استعمال وسائل منع الحمل 61.4 % من خلال المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3) هذا الانتشار السريع لوسائل منع الحمل صاحبه انخفاض في معدلات الخصوبة، و هذا ترك آثار بشكل ما من الأشكال متمثل في الأمراض التي تعرضت لها النسوة المستعملات لوسائل منع الحمل و كانت بعد سن الإنجاب أي بعد 50 سنة فما فوق و من خلال هذا الطرح نطرح التساؤل الآتي:

- إلى أي مدى تؤثر وسائل منع الحمل على صحة المرأة بعد التوقف عن الإنجاب نهائياً

كما تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- هل كل المستعملات يعانين من مشاكل صحية لها علاقة بوسائل منع الحمل؟

2- ما هي الوسائل الأكثر تأثيراً على صحة المرأة؟

3- ما هي نوعية الأمراض التي تعرضت لها المرأة نتيجة لاستهلاكها لوسائل منع الحمل؟

ثانياً-فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من الفرضيات التالية:

الفرضية العامة: تؤثر وسائل منع الحمل على صحة المرأة بعد التوقف عن الإنجاب نهائياً.

الفرضية الأولى: استعمال وسائل منع الحمل يؤدي إلى مشاكل صحية للمرأة ما بعد الإنجاب.

الفرضية الثانية: كلما كان استعمال الحبوب يكون تأثيرها على صحة المرأة ما بعد الإنجاب.

الفرضية الثالثة: نوع الوسائل المتعلقة بالمنع للحمل يؤثر على نوعية الأمراض للمرأة ما بعد الإنجاب.

ثالثاً-أسباب اختيار الموضوع:

ترجع أسباب اختياري لهذا الموضوع المعنون بـ "تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب" إلى:

- كون صحة المرأة تعتبر من المؤشرات الديموغرافية الهامة.
- تم اختيار موضوع تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب لأنها تدفعنا إلى دراسة السياسة السكانية وبالتالي عدم إهمالنا للتخصص الذي طالما درسناه وحاولنا التعمق والاستمرار فيه ألا وهو الديمغرافيا أو ما يطلق عليه في النظام الجديد "نظام LMD" " بعلم السكان، من جهة ومن جهة ثانية الاهتمام بالصحة فهي من أهم الجوانب الاجتماعية للفرد وهي من العوامل الرئيسية في تقدم أو تخلف المجتمع ، فبتحسن المستوى الصحي يتطور المجتمع وبتراجعته يتخلف المجتمع، واهتمام الباحث بهذا الجانب الاجتماعي المهم يدل على جذوره الاجتماعية هذه الجذور هي شعبة العلوم الاجتماعية، وما يمكن استخلاصه من هذا السبب هو محاولة الباحث الربط بين شعبة الدراسة العلوم الاجتماعية وتخصصه الديمغرافيا.

رابعاً-أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر، و الدور الذي لعبته مراكز حماية الأمومة و الطفولة في توزيع هذه الوسائل.

- معرفة مستويات و اتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر من سنة 1986 إلى غاية سنة 2006.

-الكشف عن مستويات انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر بالإضافة إلى الكشف عن المدة التي استغرقتها الأمهات وهي تتناول هذه الوسائل وبالتالي الوصول إلى الآثار قصيرة المدى وكذا الآثار طويلة المدى لاستخدام هذه الوسائل.

-معرفة الآثار المرتبة على استخدام وسائل منع الحمل سواء كانت هذه الآثار ايجابية أو آثار سلبية.

خامساً-أهمية الدراسة

-بما أن البشر هم الثروة الحقيقية لأي مجتمع و يمثلون محور التنمية في مختلف المجالات خاصة منها الصحية والتي يقصد بها إيجاد بيئة تمكن البشر من التمتع بحياة طويلة خالية من العلل و التمتع بحياة كريمة فإدراك الأفراد و قناعتهم بالوضعية التي يعيشونها يؤدي إلى تكوين مواقف و سلوكيات تساهم في تخطيط و تنفيذ سياسة الدولة في مختلف المجالات لا سيما المجال السكاني و ارتباطه بالمجال الصحي و بالتالي الاهتمام بالآليات التي تعتمد عليها الدولة الجزائرية في سياساتها السكانية من أجل الوصول إلى الحجم الأمثل للسكان وبالتالي التوافق بين النمو السكاني من جهة و النمو الاقتصادي من جهة أخرى.

سادساً-الدراسات السابقة

تحتل الدراسات السابقة مكانة هامة في البحث العلمي، إذ تعد بمثابة حجر الأساس الذي تركز عليه أي دراسة أكاديمية في بداية البحث من جهة، ومن جهة أخرى أساس التحليل الذي تنتهي إليه هذه الدراسة في نهاية المطاف. بالإضافة إلى كون الدراسات السابقة تساعد الباحث على تحديد وتدعيم مسار بحثه، وتعمل على تزويده بالمعايير والمفاهيم الإجرائية اللازمة التي يحتاجها من خلال الاطلاع على ما أنجزه من قبل،

وما توصلت إليه الدراسات المشابهة من نتائج وتوصيات حول مختلف القضايا بصفة عامة والقضايا الاجتماعية بصفة خاصة وبالتحديد القضايا السكانية أو الديمغرافية.

الدراسة الأولى: بعنوان: الرضاعة مصدر صحة - للأم والطفل

-قامت كلود سوازن ددرجان جوفو بدراسة الرضاعة عند الأم واعتبرتها مصدر صحة للأم والطفل معا وأخرجت هذه الدراسة في كتاب قام بترجمته فرج عوني تضمن هذا الكتاب مجموعة من النتائج : - ضرورة الإعلام من أجل اختيار على دارية :توجيه الآباء إلى أن وسيلة الإرضاع الطبيعي على اعتبار أن حليب الأم عيار من ذهب في تغذية الطفل فإنه ليس إجباري علينا البرهنة على أنه أفضل من الحليب الاصطناعي، بل بالأحرى قد يكون على عاتق صانعيها السعي لإثبات أن لمنتجاتهم فاعلية حليب الأم أو ما يماثل هذا الحليب، وبما أن الأمر على هذا النحو فعلى الآباء أن يتمكنوا على الأقل من الوصول إلى كل معلومة متوفرة عن الموضوع، حتى يتمكنوا من اختيار متبصر وعلى دارية. -حليب الأم دواء مضبوط بإتقان: فقد تم إثبات أن تركيبة حليب الأم لها أثر واضح في نمو طفلها بصحة جيدة ويمكن توضيح ذلك في:

- تناسب في كمية دهنيات والبروتينات وهو من شأنه وقاية الطفل من السمنة.

- ضعف نسبة بعض الأملاح المعدنية: وبالتالي عمل إدراري أقل للكليتين.

- نسبة من سكر الحليب " لاكتوز" هو في نفس الوقت مصدر طاقة سريعة وعامل نمو سريع لبكتيريا معينة تمنع نمو بكتيريا أخرى تسبب الإسهال وكذلك يعتبر عامل نمو للجهاز العصبي.

جوانب الاستفادة من الدراسة:

قد تناولت جانبا بسيطا له علاقة بموضوع دارستنا ويتمثل هذا الجانب في تقديم وسيلة واحدة من وسائل المنع الحمل والتي تتدرج ضمن وسائل منع الحمل التقليدية أو القديمة التي اعتمدت عليها المرأة وتتمثل جوانب الاستفادة منها فيما يلي:

- 1- التطرق لبعض مفاهيم وسائل منع الحمل بصفة عامة ولرضاعة بصفة خاصة، وذلك من الناحية النظرية.
- 2- مساعدتنا في تصميم خطة بحث تتماشى مع ما هو موجود في الواقع.
- 3- مساعدتنا في التعرف على مختلف الأمراض التي تخلصنا منها وسيلة منع الحمل الطبيعية - الرضاعة-.
- 4- الاستفادة من خبرة كلود سوازن درجان جوفو حيث أن لها خبرة كبيرة تقدر 25بخمس وعشرين سنة عن الولادة والرضاعة.

الدراسة الثانية: بعنوان " Familles , Femmes et contraception " ل على قواوسي سنة 1992

- التي كشف من خلالها التغييرات التي طرأت على مستوى الخصوبة خلال الفترة الممتدة ما بين (1986-1970)، من بين النتائج التي توصل إليها الباحث نذكر أهمها : - تأخر السن عند الزواج الأول الذي انتقل بالنسبة للإناث من 18.3 سنة في سنة 1970 إلى 24 سنة في سنة 1986
- انخفاض مؤشر الخصوبة من 7.8 إلى 5.4 أطفال لكل امرأة.
 - ارتفاع نسبة استعمال وسائل منع الحمل من (7%) إلى (35 %) بين النساء المتزوجات في سن الإخصاب(15-49)
 - انخفاض معدل الولادات من 3 , 48% إلى 4 , 32% ، وهذا الانخفاض راجع إلى تأخر سن الزواج بنسبة % 60 و 40 % إلى انخفاض الخصوبة الشرعية.
 - ارتباط عدد الأطفال المفضل إنجابهم بالحالة التعليمية للمرأة، فهذا العدد يرتفع بانخفاض مستواها التعليمي وينخفض بارتفاعه، إذ نجد أغلبية النساء اللائي ليس لهن مستوى يفضلن أن تضم أسرهن 6 أطفال فما فوق، بينما لم يتجاوز هذا العدد 4 أطفال عند المستويات التعليمية المختلفة.
 - كما توصل أيضا إلى أن الأسرة النووية في الجزائر تتميز بارتفاع خصوبتها، والأسرة الممتدة بانخفاضها، وقد أرجع ذلك إلى ضيق أو اتساع المسكن مما ينجر عنه بعض المشاكل الاجتماعية ومن ثم التأثير على السلوك الإنجابي .

الدراسة الثالثة: بعنوان "استخدام وسائل منع الحمل وأثره على الخصوبة في الجزائر" قام بها الباحث درديش احمد وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير وقد تمت سنة 1995-1996 . أما عن إشكالية الدراسة فهي تضمنت التساؤلات التالية : - ما هي العوامل التي ساعدت على انتشار استخدام وسائل منع الحمل؟ وما هي العوامل المحددة لاستعمالها؟ - ما هو أثر وحصّة استعمال وسائل منع الحمل في انخفاض الخصوبة ؟ وللإجابة عن التساؤلات طرح الفرضيات التالية: الفرضية الأولى : تؤثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على سلوك المرأة اتجاه استخدام وسائل منع الحمل .

الفرضية الثانية: يتأثر مستوى استخدام وسائل منع الحمل بالوسط الاجتماعي الذي قضت فيه المرأة طفولتها. الفرضية الثالثة : مثل استخدام وسائل منع الحمل العامل الأساسي الذي ساهم بشكل واضح في تخفيض معدلات الخصوبة. وقد اعتمد الباحث في دراسته على المنهجين الوصفي المقارن والمنهج التحليلي، أما مجال الدراسة فقد مس المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة سنة 1986 كل النسوة غير العازبات اللاتي تتراوح أعمارهن 15 و 49 سنة أما المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل الذي اجري سنة 1992 فقد مد مجال الملاحظة حتى النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 50 و 54 سنة و تقتصر الدراسة على النساء المتزوجات فقط وقت إجراء المسح. وتهدف الدراسة إلى ما يلي :

- معرفة الوعي بوسائل منع الحمل ومدى انتشارها واستخدامها في الجزائر .
 - تحديد العوامل المؤثرة في استخدام وسائل منع الحمل .
 - معرفة مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر من سنة 1970 إلى سنة 1992.
- وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج :
- يعتبر الأصل الجغرافي للمرأة (ريفي أو حضري) و التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال من العوامل التي تؤثر على استخدام وسائل منع الحمل .

- كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة زاد استخدامها لوسائل منع الحمل .
- عرفت معدلات الخصوبة العامة انخفاضا محسوسا خلال الفترة 1986-1992 من 5.37 طفل لكل امرأة سنة 1986 إلى 4.4 طفل لكل امرأة سنة 1992 يرجع أساسا إلى انتشار استخدام وسائل منع الحمل

حيث بلغت حصة استعمال وسائل منع الحمل في خفض معدلات الخصوبة الزوجية 1.54 طفلا لكل امرأة ثم يليها تراجع الزواجية أما الرضاة فعرفت تراجعاً في المناطق الحضرية و الريفية على السواء . وكانت حصة العقم 0.19 طفلا لكل امرأة.

سابعا- التعريف الإجرائي لمفاهيم ومصطلحات الدراسة:

-الخصوبة (Fécondité):

الخصوبة في الاستخدام الديمغرافي الحديث تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد فخصوبة امرأة ما تعني عدد الأطفال المولودين من قبل هذه الأخيرة . و عند تعريفنا للخصوبة (Fécondité) يجب التطرق إلى تعريف الإخصاب فالخصوبة هي تأكيد الإخصاب .و يعرف رولان بريسا الإخصاب (Fertilité) بالقدرة على الإنجاب ، كما يجب التميز بين مفهومي الخصوبة الطبيعية و الخصوبة الموجهة.¹

-الخصوبة الطبيعية (Fécondité Naturelle):

الخصوبة الطبيعية تعني السلوك الإنجابي دون اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل أو إلى الإجهاض المتعمد و لا وسيلة من وسائل تنظيم المواليد الإرادي. فالخصوبة الطبيعية إذن خصوبة المرأة التي لا تلجأ إلى استعمال أية وسيلة من وسائل منع الحمل التي تمارس بصفة إرادية سواء بهدف تحديد أو تباعد الولادات .و يعرف رولان بريسا الخصوبة الطبيعية بأنها خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل و الإجهاض العمدي .فهذا التعريف يبعد حالات الخصوبة التي تتدخل فيها الرغبة في تباعد الولادات أو تحديدها، و ذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل و لكن لا يبعد استعمال الرضاة الطبيعية.²

-الخصوبة الموجهة (Fécondité d'érigée) :

¹ Pressat R. (1979) : « Dictionnaire de démographie », PUF, p31

² Nations-Unies, Apres la contraception. (1985) : Dissiper les rumeurs sur la fécondité ultérieure, Population Report, Série j, n°28, Ed. Anglaise, p78

تعني الخصوبة الموجهة السلوك الإنجابي في مجتمع يمارس بصفة فعالة وسائل منع الحمل، فالخصوبة الموجهة إذن نعني بها الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا و ذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل¹، و يعرفها رولان بريساً بأنها خصوبة المرأة (أو الزوجين) التي تستعمل وسائل منع الحمل بهدف تحديد أو تنظيم الولادات.

-منع الحمل (Contraception):

يعرفه رولان بريساً بأنه استعمال وسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل، و حسب ما ورد في المجلة التونسية العائلة و السكان، فإن منع الحمل هو استعمال مختلف الطرق و الأساليب من طرف الزوجين الموجهة إلى تجنب الحمل بها بما فيها التعقيم باستثناء الإجهاض العمدي . فهذا التعريف ينطبق على التعريف المعمول به في الجزائر حيث أن الإجهاض غير مسموح به و لا يندرج ضمن وسائل منع الحمل المستخدمة و المتبعة².

-وسائل منع الحمل:

وتعني مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات وهذه الوسائل تنقسم إلى وسائل مادية وغير مادية وأن هذا المفهوم اقتبس من الإنجليزية حوالي 1960 وهو طريقة لمنع الحمل لتعيين مجموعة الوسائل التي تعمل على تجنب الحمل³.

المفاهيم الإجرائية:

استنادا للإطار النظري للدراسة الحالية فإن الباحث يعرف مفاهيم دراسته إجرائيا على النحو التالي:

-سن ما بعد الإنجاب: هو الفترة التي تتوقف فيها الدورة الشهرية لدى المرأة و هي مرحلة تأتي بعد مرحلة الخصوبة لدى النساء .

¹ Leridon H. (1972) : « la démographie Analyse et modèles », INED, PUF, Paris, p121

²National de la famille et de la population. (1987) : Famille et population, nouvelle série n°5.6, Tunisie, p66.

³ فطيمة دريد، النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة للتنظيم العائلي للأسرة الجزائرية) ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع التنموية، جامعة قسنطينة، 2006-2007،ص26

-الأمراض التي تعرضت لها المرأة بعد الإنجاب: هي كل الأمراض المتعلقة بالرحم و الناتجة عن استعمال المرأة لموانع الحمل في فترة الإنجاب.

-وسائل منع الحمل: هي كل الوسائل التي تستعملها النساء في فترة الإنجاب الغرض منها تباعد الولادات مما أدى إلى ظهور مضاعفات بعد سن الإنجاب.

الفصل الثاني: الخصوبة و وسائل منع الحمل

تمهيد

المبحث الأول: مستويات و اتجاهات الخصوبة

أولاً- مقاييس الخصوبة

ثانياً-معدل المواليد الخام

ثالثاً-معدل الخصوبة العام

رابعاً-معدلات الخصوبة التفضيلية حسب العمر

خامساً-معدلات الخصوبة التجميعية

سادساً- معدلات الخصوبة الكلي

سابعاً-العوامل المؤثرة في الخصوبة

ثامناً-العوامل الديمغرافية

المبحث الثاني: تطور وسائل منع الحمل في الجزائر

أولاً-التخطيط العائلي ومراحله في الجزائر

1-لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر

2-مراحل التخطيط العائلي في الجزائر

1-2-مرحلة ما بين (1962-1979)

2-2-مرحلة ما بين (1980-1988)

2-3-مرحلة ما بين (1988-2010)

ثانياً-نسبة الوعي بأساليب و أنواع وسائل منع الحمل

ثالثاً-معدل استعمال وسائل منع الحمل

رابعاً-استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة و بعض المتغيرات الاجتماعية و الثقافية

خامساً-مدى انتشار و سائل منع الحمل في الجزائر

سادساً-مصادر الحصول وسائل منع الحمل الحديثة

خلاصة

تمهيد:

تعد الخصوبة إحدى الظواهر الديمغرافية، و عنصر من العناصر الرئيسية للنمو السكاني، إذ تلعب دوراً أساسياً في تحديد معدلات النمو المتزايدة للسكان وتأثيرها في التركيب العمري والنوعي، وقام شغل هذه الفكرة أذهان معظم المفكرين والسياسيين والفقهاء في إيجاد حل لهذه المشكلة التي عرفها المجتمع منذ القدم، في حين ظهرت فكرة استعمال وسائل منع الحمل في عصرنا الحديث والغاية منها الحد من الزيادة السكانية تبعاً لاعتبارات اقتصادية واجتماعية و صحية علماً أن لهذه الفكرة عدة عوامل تساعد على تدعيمها.

المبحث الأول: مستويات و اتجاهات الخصوبة

لقد أكدت مديريةية السكان بوزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات عن تسجل أزيد من مليون ولادة جديدة زيادة سنويا بالجزائر، بعدما لم تتجاوز 540 ألف ولادة بداية 2000 م، حيث انتقل من 2.5 طفل إلى 3.1 طفل للمرأة الواحدة، مرجعا ذلك إلى ارتفاع نسبة الزواج.

و أوضحت إحصائيات المديرية على هامش الملتقى المغاربي الثالث للقابلات الذي انعقد شهر ماي 2015 أن عدد الولادات بالجزائر قد انتقل من 540 ألف ولادة سنويا مع بداية سنوات 2000 إلى مليون و14 ألف ولادة جديدة سنويا خلال السنوات الأخيرة، مرجعا هذه الظاهرة إلى ارتفاع عدد النساء اللواتي هن في سن الإنجاب والذي انتقل من 6 ملايين امرأة بداية سنوات 2000 إلى أكثر من 10 ملايين خلال السنوات الأخيرة.

وأشير من خلال هذه الإحصائيات إلى أنه من بين العوامل الأخرى التي ساهمت في الارتفاع من نسبة الولادات خلال السنوات الأخيرة، ارتفاع في نسبة الزواج التي انتقلت من 250 ألف حالة بداية سنوات 2000 إلى 379 ألف حالة خلال السنوات الأخيرة، واصفا هذه الظاهرة بالاستدراك مقارنة بسنوات العشرية السوداء التي عرفت ركودا في هذا المجال .

كما تم الإشارة إلى ارتفاع معدل الإنجاب هو الآخر حيث انتقل من 2.5 طفل إلى 3.1¹ طفل للمرأة الواحدة ، وهو العدد الذي وصفه بالمثالي بالنسبة للعائلات الجزائرية، مؤكدا أن كل هذه الولادات كان مرغوبا، حيث ستخفف هذه النسبة بعد سنتين أو ثلاث سنوات حيث تعمل السلطات العمومية على تجنيد القابلات لتعزيز التخطيط العائلي من خلال تشجيع استعمال موانع الحمل سيما الحديثة منها.

ومن جانب آخر فإن ظاهرة ارتفاع نسبة الولادات بالجزائر ترجع إلى فشل برنامج التخطيط العائلي، وهو ما يستدعي إعادة بعث هذا البرنامج وجعله من البرامج الوقائية ذات الأولوية.

¹ عباس، حمزة، أزيد من مليون مولود جديد سنويا بالجزائر، النهار، العدد 22800، ص 6

كما دعت رئيسة الجمعية الوطنية للتخطيط العائلي، زوينة طاركت، إلى ضرورة توسيع مصالحي الولادة عبر الوطن، معبرة عن أسفها للطرق التي تجري فيها هذه العملية بالمؤسسات الاستشفائية الكبرى للوطن، وهو ما يجل التخوف أكبر من الوفاة أو غياب التكفل الجيد بالمدن الداخلية التي يفتقر العديد منها إلى أبسط الشروط

أولاً: مقاييس الخصوبة:

وهي المقاييس المهمة التي تقيس الولادات الحية ومصدر زيادة السكان، وتقاس الخصوبة بنسبة المواليد الأحياء التي تتكرر خلال سنة كاملة إلى متوسط عدد السكان خلال السنة. كما تقاس الخصوبة بنسبة المواليد للنساء بعمر الإنجاب ومن أهمها ما يلي:

ثانياً: معدل المواليد الخام (Crude Birth Rate (CBR) :

وهو يعبر عن النسبة القائمة بين عدد المواليد الأحياء المسجلين في سنة ما، وبين إجمالي عدد السكان في منتصف هذه السنة ويعرف بالمعدل الخام لأنه ينسب هذه الظاهرة الحيوية (الخصوبة) إلى المجتمع ككل ويتم استخراج هذا المعدل بالصيغة التالية:¹

معدل المواليد الخام = عدد المواليد الأحياء في السنة / عدد السكان في منتصف السنة × 1000

$$CBR = B/P \times 1000.$$

ثالثاً: معدل الخصوبة العام (General fertility (GFR) :

وهو عدد المواليد الأحياء خلال السنة لكل امرأة في سن الإنجاب ما بين (15-49 سنة)²

معدل الخصوبة العام = عدد المواليد الأحياء خلال العام / عدد الإناث في سن الإنجاب (15-49 سنة) في

$$GFR = B/P \times 1000.$$

¹ خليل عبد الهادي البدو، علم اجتماع السكاني، دار حامد عمان، الأردن، 2008، ص191

² خالد زهدي خواجه، إحصاءات الخصوبة، المعهد العربي للتدريب على البحوث الإحصائية، ص3

رابعاً: معدلات الخصوبة التفضيلية حسب العمر (ASFR):

يعتبر العمر من أهم المتغيرات التي لها ارتباط وثيق بالخصوبة، فمن المعروف أن الخصوبة تختلف من فئة عمرية إلى أخرى ضمن أي مجتمع و إن كان نمط الخصوبة واحداً تقريباً في العالم، إلا أن هذا النمط يختلف من دولة إلى أخرى حسب ارتفاع أو انخفاض المعدلات.¹

وتحسب معدلات الخصوبة التفضيلية حسب العمر للفئات العمرية الخماسية، لأن بيانات الولادات حسب العمر السنوية قد لا تكون متوفرة أو غير دقيقة بحيث يمكن الاعتماد عليها، ويحسب معدل الخصوبة لأي فئة عمرية بقسمة عدد المواليد الأحياء من الأمهات في مجموعة عمرية معينة في مجتمع ما على عدد الإناث في نفس المجموعة العمرية لنفس المجتمع وتكون صيغته كالآتي²:

معدل الخصوبة حسب العمر = عدد المواليد الأحياء خلال السنة للنساء في العمر x / عدد النساء في

العمر x في منتصف العام x 100

$$F_x = B_x / P^F_x$$

خامساً: معدلات الخصوبة التجميعية (ACFR):

يتم تحديد الخصوبة التجميعية للنساء في سن الإنجاب، وذلك بتجميع معدلات الخصوبة العمرية من بداية فترة الإنجاب حتى العمر المحدد أي المراد حساب خصوبته التجميعية وضرب كل معدل في طول الفئة العمرية قبل القيام بالتجميع.³

سادساً: معدلات الخصوبة الكلي (TFR):

¹ خليل عبد الهادي البدو، مرجع سابق، ص4

² خالد زهدي خواجه، مرجع سابق، ص5

³ خليل عبد الهادي البدو، مرجع سابق، ص191

وهو مجموع معدلات الخصوبة العمرية، ويمثل عدد الأطفال الذين يمكن ولادتهم من تطبق عليها معدلات الخصوبة العمرية السائدة لمراحل العمر في سن الإنجاب ما بين (15-49 سنة).

أي أن $TFR = \int_x^{49} = 15 f(x)dx$ ، وذلك بضرب معدل كل فئة في خمسة وجمع حاصل الضرب لجميع الفئات أي: $TFR = 5 \sum_i^7 = 1 fi$ وذلك باعتبار عدم وجود وفيات لهذه الدفعة الافتراضية للإناث أو مواليدهن.¹

سابعاً: العوامل المؤثرة في الخصوبة:

يتأثر معدل الخصوبة بالعديد من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية و الديمغرافية. وسنتناول فيما يأتي أهم المتغيرات التي تحدد الخصوبة وهي كالاتي:

-العوامل الاقتصادية والاجتماعية:

1-مستوى الدخل:

لقد توصلت الدراسات التطبيقية إلى أنه بالنسبة للأسر ذات الدخل المرتفع تميل فيها معدلات الإنجاب إلى الانخفاض. وعلى سبيل المثال تشير الدراسات المسحية التي أجريت في الولايات المتحدة عام 1988 إلى أن السيدات العاملات أو غير العاملات ينجبن عدداً أقل من الأطفال كلما ارتفع دخل الأسرة اللاتي ينتمين إليها. أما حينما تعمل المرأة فإن الأثر على الخصوبة يكون أكبر .

فكل ألف سيدة من النساء العاملات في الولايات المتحدة عند الفئة العمرية ما بين (30 -31) سنة ينجبن 540 طفلاً أقل من ذلك العدد الذي تنجبه النساء غير العاملات. أما أكثر الفروق بين النساء العاملات وغير العاملات فيكس في مستوى الدخل فالنساء العاملات ذوي الدخل المرتفع أنجبن 1292 طفلاً لكل ألف سيدة، أما النساء الفقراء غير العاملات فقد أنجبن 2317 طفلاً لكل سيدة. وهكذا ترتفع مستويات الخصوبة بين النساء الفقيرات عن تلك الخاصة بالنساء الأغنياء بنسبة 80% تقريبا .

¹ المرجع نفسه، ص7

2- مشاركة النساء في النشاط الاقتصادي وقوة العمل :

يؤكد الاقتصاديون وعلماء الاجتماع أن ثمة علاقة سلبية تربط بين اشتراك النساء في قوة العمل ومعدلات الخصوبة في المجتمع. فظروف العمل والظروف الاقتصادية المعقدة تجعل من الصعب الدمج بين العمل ورعاية الأطفال. ناهيك عن أن الأسرة تحري

مقارنة بين دخل المرأة الضائع نتيجة انشغالها برعاية الأسرة وإنجاب الأطفال وبين المنافع الناشئة عن إنجاب طفل عند اتخاذ قرار الإنجاب. لذلك فإن فرصة الحصول على دخل أعلى من خلال اشتغال المرأة تكون له الأسبقية على قرار إنجاب عدد كبير من الأطفال. لذلك فإن اشتراك النساء في قوة العمل سيفضي إلى تخفيض معدلات الخصوبة. وإذا كان عمل المرأة وحصولها على الدخل أو زيادة دخلها من العمل يتقاطع مع تكوين الأسرة الكبيرة في المناطق الحضرية وفي الوظائف العامة، إلا أن هذا التعارض بين العمل والأسرة الكبيرة قد لا يكون موجودا في المناطق الريفية أو إذا كانت المرأة تعمل بحرف يدوية داخل المنزل، إذ يمكنها الجمع بين وظيفة رعاية الأسرة الكبيرة والعمل والحصول على الدخل. وخاصة إذا ما كان لدى الأسرة أولاد أكبر سنا يتولون رعاية إخوانهم الصغار في ساعات عمل الأم¹.

3-المستوى التعليمي:

لقد أكدت الدراسات التجريبية التي ناقشت محددات الخصوبة أن عام التعليم هو أحد العوامل المهمة المؤثرة في تحديد معدلات الخصوبة وتفسير اختلافاتها بين المجتمعات المختلفة. وتشير الأدبيات الاقتصادية إلى وجود علاقة عكسية بين عدد سنوات التعليم التي يتلقاها الفرد وخاصة النساء ومعدلات الخصوبة . في حين أن مستوى التعليم يؤثر في الطلب على الأطفال من خلال عدة قنوات. فالتعليم يسهل عملية اكتساب المعلومات لا سيما في ما يتعلق بتنظيم الأسرة. وأن التعليم يؤثر أيضا في عرض الأطفال.

فاستمرار التعليم إلى مراحل عالية يؤخر سن الزواج لا سيما بين النساء في المجتمع مما يقلل عدد سنوات الزواج التي تنجب فيها المرأة ومن ثم تخفيض الخصوبة. إضافة إلى أن التعليم² سيؤدي إلى زيادة الاهتمام

¹ د.مفيد دنون يونس، اقتصاديات السكان، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ط1، 2011، ص116

² مرجع نفسه، ص116

بالصحة العامة وتخفيض وفيات الأطفال الذي يعد عاملا مهما من عوامل زيادة الإنجاب وذلك لتعويض الوفيات بين الأطفال داخل الأسرة. وبالتالي فإن انخفاض الوفيات سيؤدي إلى تخفيض الخصوبة.

4-التحضر:

إن معدلات الخصوبة تكون مرتفعة في المجتمعات الريفية في حين تنخفض تلك المعدلات في المجتمعات المتحضرة. ومن ثم فإن المجتمعات التي تزداد فيها نسبة السكان الريفيين تتسم بارتفاع معدلات الخصوبة فيها ويعود ذلك أساسا إلى ما يلي:

- انخفاض كلفة الأطفال في الريف مقارنة بالخضر. إلا أن التكامل الأسري في الريف يوفر الفرصة لتربية الأطفال بما لا يؤثر في عمل الأبوين.

-انخفاض المستوى التعليمي في الريف لا سيما بين النساء مقارنة بالمدن.

-انخفاض سن الزواج في الريف بما يزيد معدل الخصوبة مقارنة بسن الزواج السائد في المدينة.

-توعية الأطفال المطلوبين في المدينة يختلفون كثيرا عن النوعية المطلوبة في الريف، لأن الأطفال يعدون مصدرا للدخل في الريف كزمنهم يساعدون في الأعمال الأسرية والقيام ببعض الأعمال البسيطة في الحقل بينما لا يعدون كذلك في المدينة إذ ينشغل الصغار بالدراسة بشكل أساسي. وكل تلك العوامل تدفع إلى رفع معدلات الخصوبة في الريف مقارنة بالمدينة¹.

ثامنا: العوامل الديمغرافية:

1.السن عند الزواج الأول:

تعتبر تركيبة السكان من الناحية الزوجية من أهم العوامل الوسيطة التي تؤثر تأثيرا مباشرا على مستويات واتجاهات واختلافات الخصوبة. فالعمر عند الزواج ونسبة المتزوجين والمطلقين والأرامل بين السكان لها دور هام في تحديد الفترة الزوجية التي ترتبط ارتباطا طرديا بمعدلات الإنجاب. وقد نتج عن تأخير السن عند الزواج بوجود فروق في الإخصاب نتيجة لعوامل فيزيولوجية، فالنساء اللواتي هن في سن متأخرة تقل قدرتهن

¹ مفيد دنون يونس، مرجع سابق، ص 117

على الإنجاب، فكما هو متعارف عليه علمياً أن فترة الإخصاب عند النساء محددة من سن البلوغ إلى سن اليأس ويختلف هذا الأخير من مجتمع إلى آخر ومن عائلة إلى أخرى¹.

2. استعمال وسائل منع الحمل:

تعد الدراسات و المجهودات التي أجريت في الجزائر من أجل تنظيم الأسرة، كانت من بين العوامل الأساسية التي أدت لانخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول، وتوصلت معظم هذه الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين معدلات الإنجاب واستعمال وسائل منع الحمل، إذ يعتبر هذا الأخير المتغير المسؤول والمباشر عن خفض الخصوبة وإنجاح برامج تنظيم الأسرة في أغلب دول العالم. حيث تؤكد الدراسات المحلية السابقة أن النساء في أغلب المجتمعات النامية لا يسعهن استخدام هذه الوسائل قبل ضمان إنجاب طفل واحد على الأقل، حيث بينت لنا هذه النتائج بأن الدراسات السابقة التي تناولت هذا المتغير بالتحليل والدراسة وأن معظم مستخدمات موانع الحمل في مجتمعات الدول النامية هن من فئة النساء الأكبر عمراً واللواتي أمضين فترات زواجية طويلة، وعليه فإن هؤلاء السيدات عادة ما يلجأن إلى استخدام موانع الحمل بهدف إيقاف خصوبتهن الزائدة وليس بهدف تنظيم سلوكهن الإنجابي².

3. وفيات الأطفال والرضع:

يقود تزايد وفيات الأطفال والرضع إلى ارتفاع معدلات الخصوبة. فوفيات الأطفال والرضع يؤدي إلى توقف مفاجئ في الرضاعة الطبيعية مما يزيد من احتمالية حصول حمل جديد ومن ثم خصوبة أعلى. كما أن رغبة الأسرة في الحصول على عدد معين من الأطفال يدفع الأسرة إلى إنجاب عدد أكبر عندما يتوقعون أن تكون هناك وفيات مستقبلية بين الأطفال. إضافة إلى محاولة الأسرة تعويض الطفل الذي فقدته بطفل آخر حتى يمكن الحصول على العدد المطلوب من الأطفال في نهاية العمر الإنجابي للأسرة³.

¹ مشتي سامية، الخصوبة المفضلة وتنظيم الأسرة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2003-2004، ص30

² منير عبد الله كرادشة، علم السكان والديمغرافيا الاجتماعية، دار الكتاب العالمي للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص136

³ د. مفيد ذنون يونس، مرجع سابق، ص118

المبحث الثاني: تطور وسائل منع الحمل في الجزائر

أولاً-التخطيط العائلي ومراحله في الجزائر:

1-لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر:

في الخمسينيات أي إثر الحرب العالمية الثانية، اشتدت الزيادة السكانية في الجزائر و ذلك نتيجة الخسائر البشرية التي انجرت عنها . فكان من الطبيعي تعويضها بالجوء إلى الإنجاب بكثرة، إلى جانب طول فترة ركود الخصوبة الراجعة إلى غياب المجندين الجزائريين و إلى ارتفاع حالة البؤس.

يجب وضع هذه العوامل بما فيها الكساد الذي كان يميز تلك الفترة، في الظرف الاجتماعي و الاقتصادي العالمي السائد آنذاك، بحيث كان يقدر معدل النمو الديمغرافي بالجزائر ب 1 % سنويا في أواخر الأربعينيات، ثم ارتفع إلى 2.7 % في 1954، ليبلغ في أواخر الستينيات¹ 3.4%، مما أدى إلى ارتفاع محسوس لعدد السكان مابين فترتي 1962 و 1966 ، إذ قدر ب 10.5 مليون نسمة و 12 مليون نسمة على التوالي² ، و على العموم، كانت المرحلة تتميز بما يسمى بـ « Baby Boom » بحيث تراوحت معدلات الولادة مابين 51% و 50% في الخمسينيات و الستينيات على التوالي³ ، و على الرغم من ذلك، فلم تعتبر الجزائر، الزيادة السكانية التي كانت تعرفها، مشكلا يعيق النمو الاقتصادي بل على العكس، اعتبرته مشكلا ضمن المشاكل الأخرى التي يجب حلها عن طريق تحقيق نمو اقتصادي فعال موازي للنمو الديمغرافي، يلي المطالب المتزايدة للسكان من حيث ، السكن، المدارس، المستشفيات، مناصب شغل، ووسائل الترفيه... الخ . مع العلم أنه في سنة 1966 وصلت نسبة البطالة إلى 33 %⁴ من مجموع السكان النشطين فسر الديمغرافيون هذا الموقف الراض لوضع سياسة سكانية بالأيدولوجية التي كانت سائدة آنذاك و الراجعة إلى الحرب الباردة بين كتلي الشرق، المتمثلة في الإتحاد السوفيتي، و الغرب التي كانت تمثلها الولايات

¹ Dekkar et al.(1999),Op.cit,p23

² Dekkar et al,(1999), Un Quart De Siècle D'études Sur La Survie De L'enfant Algérien1970-1995 UNICEF-OMS,algerp9

³ Idem,p14

⁴ Idem,p60

المتحدة الأمريكية، بحيث بانتماء الجزائر إلى الكتلة الاشتراكية و انتهاجها سياسة التصنيع، اعتبرت السياسة السكانية مناورة من طرف الغرب لغرض السيطرة على بلدان العالم الثالث وترسيخ الرأسمالية، بحيث كانت تمنح مساعدات مالية مقابل تطبيق مثل هذه السياسات.

لقد طرأ على هذا الموقف تغيرات عدة، سنتعرض لها من خلال هذه المراحل:

2-مراحل التخطيط العائلي في الجزائر:

2-1-مرحلة ما بين (1962-1979):

شهدت هذه الفترة إجراء أول تعداد عام للسكان و السكن منذ الاستقلال في 1966، و كانت من نتائجه الإحصائيات التالية: 57% من مجمع السكان ينتمون إلى فئة أقل من 20 سنة¹، سوى 31.4 % من السكان يقطنون بالمناطق الحضرية بينما 68.6 %، أي حوالي 4/3 السكان، يقطنون بالريف ، و 15.9 % من الوفيات العامة مع 174 % من وفيات الأطفال الأقل من سنة²، بالإضافة إلى 3.4 % من معدل نمو السكان، و يعتبر من أعلى معدلات في العالم .

أظهرت هذه المعطيات مدى تدهور الحالة الصحية و استمرار الزيادة السكانية في الارتفاع ، خاصة بالنسبة لفئة الشباب ، إلا أن ذلك لم يشكل بالنسبة للحكومة الجزائرية دافعا قويا لاتخاذ سياسة رسمية للتحكم في نمو السكان، بل الوعي بالمشكل كان موجودا و لكن دون الإعلان عنه رسميا و بوضوح.

ففي نفس السنة، خلال افتتاح المؤتمر الأول للاتحاد الوطني للنساء الجزائريات ، ألقى الرئيس هواري بومدين خطابا أين صرح فيه أنه يمكن للمنظمة النسائية الشروع في العمل حول فكرة التنظيم العائلي كحق للمرأة و حق صحي و من جهة أخرى تطرق إلى مسألة ترقيتها من خلال وضع قانون للأسرة ، يقلص من المهور و تعدد الزوجات³، و الشيء نفسه أكدته الجمعية النسائية ، بحيث صادقت على لائحة تناشد فيها الحكومة بضرورة الترويج الاستعمال ووسائل الحمل لحماية الأم و الطفل معا.⁴

¹ Dekkar et al.(1999),Op.cit,p10

² Idem,p18-20

³ Kouaouci A(1996),Genese et evolution de la politique de population en Algerie(1962-94),International Planned Parenthood Federation(IPPF),Arab world region,Tunis,p62

⁴ Idem,p19

كما شهدت سنة 1967 افتتاح أول مصلحة للتنظيم العائلي في مصطفى باشا الجامعي ، مهتما بعلاج العقم و بالطبع تنظيم الحمل ، و بذلك شكلت أول خطوة في طريق تحقيق سياسة ديمغرافية . ثم تلتها خطوات أخرى تمثلت في إنجاز تقريرين حول نمو السكان في عام 1968 ، بحيث أكد التقرير الأول المحضر من طرف المجلس الوطني المكلف بسياسة الولادة و المعنون "الاحتياج الضروري للتنظيم العائلي" ، على ضرورة خلق شبكة وطنية لمراكز التنظيم العائلي ومن جهة أخرى ركز التقرير الثاني ، الذي أعدته أمانة الدولة للتخطيط و المعنون "نتائج الانفجار الديمغرافي على مشكل السكن و البناء" ، على ضرورة تبني سياسة تنظيم عائلي ، لمساهمتها بقدر كبير في حل مشكل نقص السكن¹

و في نفس الفترة و بالتحديد ما بين 1967 - 1986 ، أجرت الجمعية الجزائرية للبحوث الديمغرافية، الاجتماعية و الاقتصادية (AARDES) ، دراسة ميدانية لمعرفة موقف العائلة الجزائرية من التنظيم العائلي و كانت نتائجها أن 44.5%، من النساء و 65% من الرجال في المناطق الحضرية ، صرحوا بمعرفتهم لطريقة واحدة لتنظيم النسل على الأقل ، بينما تنخفض هذه النسب في الريف لتبلغ 15% و 20% على التوالي² .

بينت هذه الدراسة خطورة الوضع خاصة لدى سكان الريف الجاهلين على الأقل بنسبة 80% لوسائل منع الحمل (سواء كانت تقليدية أم حديثة). مع العلم أنهم يشكلون حوالي 4/3 السكان في تلك الفترة.

تتابعت كل من وزير التربية و الصحة على التنبيه بخطورة التزايد السكاني على مستقبل المنظومة التربوية و إلى صورة التنظيم العائلي ، و في نفس السياق ، تقدمت وزارة الصحة عام 1968 بطلب إلى المجلس الإسلامي الأعلى لتقديم فتوى في مسألة تنظيم النسل ، و كان فحوى الفتوى أن تنظيم النسل أمر يوكل إلى الأفراد المعنيين بالأمر دون أن يكتسي ذلك القهر أو الإكراه ، مع الإشارة إلى ضرورة تنظيم حملات تحسيسية ، أين تشرح فيها الشروط اللازمة للإنجاب أطفال سالمين³.

¹ Kouaouci A(1996), OP.cit,p19

² خليفي أحمد، السياسات السكانية والتحول الديمغرافي في العالم الثالث، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، نموذج الجزائر 1987-1962، الإسكندرية، 1991، ص129.

³ وزارة الصحة والسكان مديرية السكان، السياسة الوطنية للسكان أفق 2010، ملخص، الجزائر، جويلية 2001، ص16

بالرغم من الجهود، أصرت السلطات الرسمية على موقفها و أكدته خلال تدشين مركب الحجار 1969، بحيث جاء في خطاب الرئيس هواري بومدين ما يلي: " باستطاعة الجزائر استيعاب 40 مليون نسمة .. بخصوص المسألة الديمغرافية .. لسنا من مناصري الحلول الخاطئة"¹

و في نفس الفترة، أجري المسح الوطني للإحصاء و السكان سنة 1970 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية، و فيما يخص التنظيم العائلي ، كانت النتائج التالية: 24% من النساء المتزوجات في سن الإنجاب يعرفن على الأقل وسيلة حديثة واحدة لمنع الحمل ، بينما ترتفع هذه النسبة على 48 % لدى الرجال، في حين تراوحت نسبة عدم المعرفة بما ما بين 73.6 % لدى النساء و 50.2 % لدى الرجال مع نسبة 8% من النساء المطبقات للتنظيم العائلي خلال المسح و معظمها طرق تقليدية.²

أظهرت النتائج مدى احتياج النساء المتزوجات في سن الإنجاب إلى التباعد بين ولاداتهن خاصة و أن معرفتهن بهذه الوسائل تعد أكبر من استعمالهن لها، و كما تعد خصوبتهن طبيعية، فالهدف إذن يكمن في جلبهن و توعيتهن لأجل تطبيق التنظيم العائلي.

لم يأتي المؤتمر العالمي الأول حول السكان المنعقد ببوخاربيست عام 1974 بجديد بالنسبة لضرورة تطبيق الدول النامية السياسات سكانية، بحيث أصر رئيس الوفد الجزائري في خطابه على ما يلي: " تغير العلاقات الاقتصادية الدولية و تبني إستراتيجية للتطور الهادفة إلى توزيع عادل للمداخل ما بين الأمم هي التي ستسمح بخلق ظروف للنمو و انسجام أكبر ما بين الاقتصاد و العوامل الديمغرافية"³

ويفسر قواوسي التمسك بهذا الموقف في تلك الفترة إلى ارتفاع أسعار البترول، الذي أنحرت عنه أزمة اقتصادية عالمية حادة، بينما عادت على الجزائر بمداخل معتبرة، عززت موقفها، وفي نفس السنة ، انطلق البرنامج الوطني لتباعد الولادات في مركز حماية الأمومة و الطفولة لمستشفى مصطفى باشا الجامعي⁴، كما

¹ Safir T(sans année),Changement Social,Politique De Population Et Transition Démographique Dans Les Pays Maghreb,p243

² AARDES,1970,Enquete Socio-démographique laprocréation,Direction du plan et des etudes économique,Alger,p81

³ Benkhelil R1998,Les Politiques de population et le context international,Actes des journées d'études,Sidi Fredj 07 et 08 janvier1997,CENEAP ,p15

⁴ Ladjali M,1985,Pp.cit,p27

تزامن ذلك مع تعميم الطب المجاني. إثرها افتتحت عدة مراكز عبر التراب الوطني، و حتى قانون الصحة المصادق عليه عام 1976، أشار في مادته رقم 119 إلى تبني سياسة وطنية لتباعد الولادات من خلال استعمال وسائل الحمل.

لقد دعم هذا البرنامج في الفترة ما بين (1974 - 1979)، بتمويل خارجي ، بنسبة كبيرة، من طرف صندوق الأمم المتحدة الخاص بنشاط السكان (FNUAP)، المنظمة العالمية للصحة (OMS) و اليونيسيف و ذلك لاقتناء تجهيزات لفائدة مراكز الأمومة و الطفولة، موانع الحمل و كذا التكفل بتكوين المهنيين في هذا البرنامج ، سواء في الجزائر أم خارجها¹.

2-2- مرحلة ما بين (1980-1988):

في بداية الثمانينات، واجهت البلاد عدة مشاكل اقتصادية راجعة أساسا إلى تدهور أسعار البترول (المورد الرئيسي للمداخيل)، حيث أثر ذلك على التزامها ببرنامج السكن المسطر، على توفير العمل على الطب المجاني و غيرها من التدعيمات الحكومية، و بالطبع تحددت النظرة بالنسبة لقضية النمو الديمغرافي، فبعدها كانت الدولة معارضة التبني سياسة سكانية و مكتفية فقط بنتائج البرنامج الوطني لتباعد الولادات، أصبح الأمر ملحا لإرساء قواعد سياسة وطنية للسكان خاصة أمام التزايد السكاني السريع و العجز عن تلبية حاجيات هؤلاء.

إذن عرف الموقف الجزائري منعظا جديدا من خلال المؤتمر فوق العادي لجبهة التحرير الوطن في 1981، أين أكد المؤتمر الحاجة الماسة إلى وضع سياسة عائلية يندرج ضمنها تباعد الولادات مع مطالبة الحكومة بالإسراع في دراسة قانون الأسرة، كما جاء أيضا في التقرير العام للمخطط الخماسي 1980 - 1984، ما يلي : " أصبح العمل على التخفيض الفعلي لمعدل الولادات شرطا ضروريا لتحسين فعالية بناء اقتصادنا و إمكانية تلبية المتطلبات الاجتماعية للسكان بصفة مرضية و مستمرة"².

في 1983، تم المصادقة على أول برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD)، و الذي يتشكل في ثلاثة محاور، و هي:

¹ Idem,p30

² Kouaouci A,1996,P32

- تطوير نشاطات تباعد الولادات.

- تطوير دراسات و أبحاث حول محددات الخصوبة.

- تطوير نشاطات إعلامية , تحسيسية و تربية في مجال التنظيم العائلي.

لم تأت تلك السياسة إلا تتويجا للجهود المبذولة في إطار برنامج تباعد الولادات الذي ساهم بدور فعال في التخفيض من معدل وفيات الأطفال عن طريق التحسين من صحة الأم و الطفل.

كان التصريح بهذه السياسة خلال انعقاد المؤتمر الثاني للسكان بمكسيكو عام 1984، بطلب من الدول النامية التي تعاني من انفجار سكاني ، و ذلك للحصول على تدعيم خارجي لسياساتها السكانية¹. و كما كان منتظرا، حيث عبرت الجزائر بصورة واضحة عن موقف جديد مغاير للذي تبنته خلال المؤتمر السابق.

إثر ذلك تم إجراء عدة تحقيقات، أهمها المسح الوطني حول الخصوبة (ENAF) لعام 1986 و الذي أقر بداية انخفاض الخصوبة، وحسب المختصين، شكل ذلك بداية التحول الديمغرافي . كما أجرى التعداد العام للسكان و السكن لسنة 1987، الذي أكد نفس النتائج و هو العام الذي شهد فيه ميلاد جمعية جزائرية للتنظيم العائلي (AAPF) . بالإضافة إلى الإصلاحات الاقتصادية التي شرعت فيها البلاد عقب أحداث 5 أكتوبر 1988.

2-3- مرحلة ما بين (1988-2010):

منذ هذا التاريخ و كلت مهام التكفل بالبرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي إلى الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي حتى سنة 1994² . و نظرا للفترة العصبية التي مرت بها البلاد المتمثلة في انعدام الأمن، انتشار البطالة و غيرها من المشاكل بما فيها عدم الاستقرار السياسي (تغير الحكومات)، مع تقلص العائدات، حولت الدولة اهتمامها نحو أولويات أخرى غير النمو الديمغرافي و بالتالي تعرضت مراكز حماية الأمومة و الطفولة إلى نقص كبير في موانع الحمل و ذلك لأن الطلب فاق العرض.

¹ Benkhelil R,1998,OP.cit,p16

² Safir T,OP.cit,p257

و لقد ساهمت عدة منظمات في تمويل دراسات أو مسح، من ضمنها منظمة اليونيسيف، في تدعيمها للمسح حول وفيات الأطفال وكذا صندوق الأمم المتحدة الخاص بنشاط السكان الذي بلغت إعاناته خلال فترتي 1989 - 1983 بـ 9 ملايين دولار¹.

لم تتوقف السياسة السكانية (التخطيط العائلي) عند هذه الفترة، بل استمرت و أخذت منعطفا جديدا، حيث اعتبرت التوصيات التي خرج بها كما المؤتمر الدولي حول السكان بالقاهرة لسنة 1994، من ضمانة أولوياتها، فقامت بوضع أهداف رئيسية خاصة بتحسين المؤشرات الصحية و الديمغرافية لغاية سنة 2000، و التي تم تحقيقها قبل التوقعات المسطرة . ثم اتخذت الجزائر إجراءات بعد الجلسة العامة للأمم المتحدة المنعقدة بنيويورك سنة 1999 و قمة الألفية 2000، و التي هي كالتالي :

- بلوغ مؤشر تركيبي للخصوبة بـ 2.1 طفل لكل امرأة .
- بلوغ مستوى استعمال موانع الحمل بنسبة 65% و ذلك من خلال تشجيع استخدام الوسائل الحديثة .
- تقليص بنسبة 50% ، معدل وفيات الأمهات المقدر سنة 1999 بـ 117 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية، و بنسبة 30% معدل وفيات الأطفال المقدر بـ 31.2% سنة 2002 .
- بلوغ نسبة الوضع على مستوى الهياكل الاستشفائية بـ 95%.
- تقليص احتمال حدوث الأورام الجنسية عند النساء في سن الإنجاب بنسبة 25% و التي قدرت سنة 2002 بـ 0.2%.
- بلوغ سنة 75 من توقع الحياة عند الولادة بالنسبة للجنسين، ذلك سنة 2010².

و لقد استفادت السياسة السكانية في إطار التعاون مع المنظمات الدولية ، من مشاريع تقييمية للبرامج المطبقة، منها التحقيق الوطني لصحة السكان لسنة 2002، و الممول من طرف جامعة الدول العربية و كذا التحقيق حول وفيات الأمهات و وفيات ما حول الولادة لسنة 2004 و الممول من طرف منظمة الصحة العالمية، و التي في مجملها أكدت تحسن معظم المؤشرات الديمغرافية و الصحية.(MSPRH,2003,P79)

¹ Kouaouci A,1996,P35

² MSPRH,2003,Population et développement en Algérie.Rapport national. CIPD+10 ?Alger ? decembre ,P66-67

و كما شهدت سنة 2002، انطلاق البرنامج الخاص بصحة الأم و الطفل بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة النشاط السكان و ذلك على مدى 6 سنوات، أي الفترة الممتدة ما بين 2002 و 2006، إلى جانب إنعاش التعاون المشترك بين الجزائر و بلجيكا في مجال الصحة و التنمية و ذلك بتعميم العناية للصحة الإنجابية، مكافحة وفيات الأمهات، و مرض السيدا على مستوى ولاية تمنراست، حيث شرع التحقيق قبل نهاية سنة 2005¹.

ثانيا-نسبة الوعي بأساليب و أنواع وسائل منع الحمل:

يمكن قياس نسبة وعي النساء اللواتي مسهن المسح بوسائل منع الحمل بطريقتين :

الطريقة الأولى : نطلب من النسوة تسمية و عد كل طرق منع الحمل التي تعرفنها دون مساعدة .

الطريقة الثانية: نذكر للمستجوبة كل طرق منع الحمل ثم نطلب منها تحديد الطرق التي تعرفها.

جدول رقم (01): توزيع النساء غير العازبات في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) حسب الوعي بطرق منع

الحمل حسب معطيات ENAF 1986, PAPCHILD 1992, PAFAM2002, MICS2006

¹ Idem,p79

2006 (4) MICS3	2002 (3) PAPEAM	1992 (2) PAPCHILD	1986 (1) ENAF	وعي النساء بوسائل منع الحمل
99.1	99.9	98.5	97.7	الحبوب
88.6	94.2	98.3	84.5	اللولب
69.6	69.3	60.5	50.5	الواقى
62.3	71.6	67.5	77.7	الحقن
9.1	24.6	-	-	تعقيم نكري
61.1	63.7	60.5	68.5	ربط الأنابيب الرحمية
19.9	37.4	-	-	مرهم أو كريم موضعي
59.8	67.6	44.1	52.5	العزل
73.1	76	49.7	45.9	الامتناع الدوري
83	85	80	-	الرضاعة
6.7	42	54.4	37.2	طرق أخرى

المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3) 2006

تعد الطريقة الثانية أفضل من الأولى لأنها تقضي على عامل النسيان حيث بينت الدراسات الحديثة أن عدم تقديم أو نكر طرق منع الحمل للمستجوبة. (أنظر الملحق رقم -1- التعريف بوسائل منع الحمل) لا تمكننا من تقدير المستوى الحقيقي للوعي بهذه الطرق و كذلك تطبيقها. وتم جمع معطيات هذا المجال بواسطة الطريقة الثانية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أنه في سنة 1986 و حسب المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة نجد أن 97.7% من النساء المستجوبات يعرفن وسيلة الحبوب ثم اللولب بنسبة 84.5% ثم الحقن 77.7% ثم التعقيم النسوي بنسبة 68.5% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن العزل تقدر نسبتهن بـ 52.5% ثم الامتناع الدوري بنسبة 45.9%.

و سجلنا سنة 1992 حسب معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب نسبة 98.3% ثم اللولب (86.1%) ثم الحقن (67.5%) أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل طريقة تقليدية فهي في تزايد و يرجع هذا الارتفاع في نسبة الوعي بالطرق التقليدية خلال (1992) إلى إدخال الرضاعة ضمن هذه الطرق حيث أن 80% من النساء المستجوبات يعتبرن الرضاعة وسيلة لتأخير الحمل، مع العلم أن هذه الأخيرة لم تدرج ضمن باقي الوسائل في المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة لسنة 1986. يأتي بعد الرضاعة الامتناع الدوري بنسبة 49.7%، ثم العزل بنسبة 44.1%. فإذا لم نأخذ بعين الاعتبار الرضاعة لا تتجاوز نسبة الوعي بالوسائل التقليدية سنة 1992 نسبة 50% من النساء المستجوبات.

و سجلنا سنة 2002 حسب معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب تقدر نسبتهن 99.9% ثم اللولب 94.2% ثم الحقن 71.6% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل الكريم الموضعي تقدر نسبتهن بـ 37.3% مع ملاحظة غياب معرفة هذه الوسيلة سنة 1986 و 1992 أما قطع الأنابيب الرحمية فقدرت نسبة النساء اللواتي يعرفنها بـ 63.7% ونلاحظ أيضا ارتفاع في نسبة الرضاعة والمقدرة بـ 85% يأتي بعد الرضاعة الامتناع الدوري بنسبة 76%، ثم العزل بنسبة 67.6%.

و سجلنا سنة 2006 حسب معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب تقدر نسبتهن 99.1% ثم اللولب 88.6% ثم الحقن 69.6% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل الكريم الموضعي تقدر نسبتهن بـ 19.9% أما قطع الأنابيب الرحمية فقدرت نسبة النساء اللواتي يعرفنها بـ 61.1% فهي في انخفاض مقارنة بسنة 1986 وهذا يعود إلى التطور في الوسائل الحديثة لوسائل

منع الحمل ونلاحظ أيضا استقرار في نسبة الرضاعة والمقدرة ب 83% يأتي بعد الرضاعة الامتناع الدوري بنسبة 73.1%، ثم العزل بنسبة 59.8%.

فالوعي بطرق منع الحمل عرف ارتفاعا كبيرا مع بداية السبعينات، حيث لم تتجاوز نسبة الوعي بهذه الطرق 26.5% سنة 1968، حسب معطيات المسح الديمغرافي الاجتماعي، الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية (AARDES) ، ثم ارتفعت إلى 98.3% سنة 1986 لتصل إلى 99.2% سنة 2006 حسب معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات.

ثالثا-معدل استعمال وسائل منع الحمل

يقصد باستخدام أو استعمال وسائل منع الحمل، استعمال النساء المتزوجات السابق أو الحالي لوسيلة من وسائل منع الحمل وقتنا معينا خلال فترة الإنجاب. إن الاستعمال الحالي لأحد وسائل منع الحمل من أهم المحددات المباشرة لمستويات الخصوبة. يمكن الحصول على تقدير نسب الاستعمال الحالي من خلال معرفة عدد مستخدمات إحدى هذه الوسائل عند إجراء المسح أو خلال الشهر السابق له ضمن نسوة سن الإنجاب المتزوجات عند تاريخ الملاحظة.

الجدول رقم (02): معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال الفترة 1986-2006.

نوع الوسيلة	1986 (1) ENAF	1992 (2) PAPCHILD	2002 (3) PAPPFAM	2006 (4) MICS3
حبوب	26.4	38.7	45.5	45.9
اللولب	2.1	2.4	3.0	2.3
الواقي	0.5	0.7	1.2	2.3
الحقن	0.6	0.1	1.8	1.4
وسائل أخرى	2.1	1.3	1.1	1.4

52	50.8	43.1	31.1	مجموع الوسائل الحديثة
3.3	1.7	1.7	3.1	العزل
1.9	0.9	4.1	-	الرضاعة
4.1	2.2	1.6	1	(الامتناع الدوري) فترة الأمان
9.4	5.4	7.7	4.4	مجموع الوسائل التقليدية
61.4	56.2	50.8	35.5	المجموع

المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992
(3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006

يمثل معدل استعمال وسائل منع الحمل نسبة النساء المستعملات لإحدى الطرق عند إجراء المسح. و تختلف طريقة حساب هذا المعدل من بلد إلى آخر و من مسح إلى آخر، قد يكون هذا الاختلاف في البسط أو المقام، فهناك بلدان تدرج ضمن المستعملات لوسائل منع الحمل التعقيم النسوي و الرضاعة الطبيعية في حين لا تعتبر وسيلتين لمنع الحمل في البلدان أخرى.

و قد يشمل المقام إحدى الفئات التالية: النساء المتزوجات عند إجراء المسح، النساء غير العازبات، النساء المتزوجات عند إجراء المسح المخصبات و غير الحاملات، و قد يأخذ سن الانسحاب أحد المحالين: 15 - 49 سنة و 15 - 45 سنة.

ومن خلال الجدول رقم (02) قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل الاستعمال الوطني 35.3%، ثم ارتفع إلى 61.4% سنة 2006، و تمثل الرضاعة 1.9% في هذه السنة الأخيرة. قدرت نسبة الزيادة في استعمال وسائل منع الحمل بين سنتي 1968 و 2006 بـ 27.5 نقطة بعد 18 سنة أي معدل سنوي متوسط قدره 8.6% أما الزيادة بين سنتي 1986 و 2006 فقدت 25.9 نقطة بعد 20 سنة.

كانت نسبة استعمال الطرق التقليدية 9.4 % سنة 2006 في حين بلغ معدل استعمال الطرق الحديثة 52% في نفس السنة مقارنة بسنة 2002 قدرت النسبة ب 5.4% بالنسبة للطرق التقليدية في حين قدرت نسبة استعمال الوسائل الحديثة ب 56.2 % . و الطرق التي عرفت نسب استعمالها ارتفاعا كبيرا هي (الامتناع الدوري) فترة الأمان، العزل و الحبوب و اللولب حيث بلغت الزيادة في نسب استعمالها 4.1% و 3.3% و 45.9% 2.3% على التوالي سنة 2006 أما نسب الحقن فعرفت انخفاضا فكانت مؤشراتها 1.4 % سنة 2006 بعدما كانت 1.4 % سنة 2002 أما الطرق الحديثة الأخرى فعرفت نوعا من الاستقرار. كانت الزيادة إذن في معدل استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986 - 2006 راجعة أساسا إلى الزيادة في عدد مستعملات الحبوب حيث ارتفع معدل اللجوء إلى هذه الوسيلة من 26.4% سنة 1986 إلى 45.9% سنة 2006 أي بزيادة قدرها 20.5 نقطة.

رابعاً- استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة و بعض المتغيرات الاجتماعية و الثقافية

4-1- مكان الإقامة :

خلال سنة 1986، لوحظ تناقص نسبة استعمال وسائل منع الحمل كلما انتقلنا من الغرب إلى الشرق مروراً بالوسط. بلغت هذه النسب 46.9 % في الغرب و 44.4 % في الوسط و 33.3% في الشرق. و كذلك سجلت أكبر نسبة في منطقة الغرب خلال سنة 1992، حيث بلغت 56.9% تليها منطقة الوسط بنسبة 49.3% ثم الجنوب 48.6 % و أخيراً الشرق بنسبة 47.1%.

قد يرجع هذا الاختلاف في نسب الاستعمال إلى الاختلاف في العادات و التقاليد التي تميز كل منطقة جغرافية. و تجدر الإشارة إلى نسب استعمال وسائل منع الحمل عند المهاجرات من الريف إلى الحضر تفوق مثيلاتها عند المستقرات في الريف مهما كانت المنطقة الجغرافية. فأكبر فرق في نسب الاستعمال خلال سنة 1986، سجل في منطقة الغرب حيث بلغ 26.1 نقطة (59.6 % مقابل 33.5 %) في حين كان 5.3 نقاط مسجلة في منطقة الشرق (25.2 % مقابل 19.9 %) و 3.5 نقاط في منطقة الوسط (39.4% مقابل 35.9%).

بلغ الفرق في نسب هاتين الفئتين - خلال سنة 1992 - بـ 22.6 نقاط في منطقة الجنوب (55.5% مقابل 32.9%) و 17.7 نقاط في منطقة الغرب (61.9% مقابل 44.2 %) و 10.5 نقاط في منطقة الشرق (49.5% مقابل 39%) و أخيرا 8.8 في منطقة الوسط (49% مقابل 40.2 %).

أما في ما يخص النساء المستعملات لوسائل منع الحمل في المناطق الريفية والحضرية لسنة 2002 و 2006 فهذا الجدول يوضح التباين التالي:

الجدول رقم (03) : معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة خلال السنوات 2002 و 2006

السنة	الوسيلة المنطقة	حبوب	لولب	واقى	أية وسيلة	رضاعة	فترة الأمان	العزل	وسيلة أخرى
2002 (1)	حضري	46.6	4	-	2.3	0.9	3	1.9	0.1
	ريفي	47.1	1.9	-	1.3	1.0	1.1	1.5	0.2
2006 (2)	حضري	44.6	2.9	3.3	1.5	1.6	5.0	3.8	0.1
	ريفي	47.5	1.6	1.6	1.2	2.3	2.0	2.7	0.1

المصدر : (1) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (2) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006

يشير الجدول إلى استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الريفية يتجه نحو التقارب إلى المستوى المسجل في المناطق الحضرية حيث تصل نسبة استعمال النساء للحبوب إلى 46.6% و 44.6% في المناطق الحضرية بفارق 2 نقطة مقارنة بالمناطق الريفية حيث قدرت النسبة 47.1 % و 47.5 % بفارق 0.4 نقطة لسنة 2002 و 2006 على التوالي و نلاحظ أيضا أنه لم تسجل أي نسبة فيما يخص الواقي لسنة 2002 أما في سنة 2006 فسجلت 3.3 % في الحضر مقابل 1.6 % في الريف بفارق 1.7 نقطة.

4-2- المستوى التعليمي:

إن العلاقة الموجودة بين المستوى تعليم المرأة واستعمال وسائل منع الحمل علاقة طردية بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما ارتفعت نسبة استعمالها لوسائل منع الحمل . (أنظر الجدول رقم (03)- الملحق 3-)

والجدول رقم (04) يوضح لنا توزيع النساء المتزوجات (15-49سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002 وسنة 2006.

الجدول رقم (04) : توزيع النساء المتزوجات (15-49سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002-2006.

PAPFAM 2002								
أمية	تستعمل أية وسيلة	الوسائل الحديثة			الوسائل التقليدية			أخرى
		الحبوب	اللؤلؤ	وسائل أخرى حديثة	الرضاعة	فترة الأمان	العزل	
أمية	52.9	45.5	2.0	1.4	1.0	1.2	1.3	0.2
ابتدائي	59.8	48.2	3.7	1.8	1.0	2.9	1.9	0.1
متوسط	62.9	49.7	4.4	2.8	0.7	3.5	1.8	0.0
ثانوي فأكثر	58.3	37.9	5.6	5.8	0.3	5.7	2.3	0.5
MICS3 2006								
أمية	49.8	45.3	1.7	1.8	2.3	2.4	2.7	0.1
ابتدائي	52.2	46.2	2.4	1.8	2	3.9	3.9	0.1
متوسط	52.7	46.7	2.6	0.9	1.6	4.4	3.5	0.0
ثانوي	55.3	47.4	2.7	0.6	1.8	6.0	3.7	0.1

0.0	3.0	7.5	1.2	1.2	4.5	39.5	51.2	جامعي
المصدر: (1) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002								
(2) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006								

تبين معطيات الجدول وبوضوح أن الطريقة الحديثة هي المفضلة عند النساء باختلاف مستواهن التعليمي حيث تأتي الحبوب في مقدمة هذه الطرق فخلال سنة 2002 بلغت نسبة مستعملات هذه الوسيلة 59.8 % عند النساء ذوات المستوى الابتدائي و 58.3 % عند النساء ذوات المستوى الثانوي فأكثر أما سنة 2006 بلغت نسبة مستعملات وسيلة الحبوب 52.7 % عند النساء ذوات المستوى المتوسط و 51.2 % عند النساء ذوات المستوى الجامعي بينما الوسائل التقليدية فتأتي فترة الأمان في المرتبة الأولى في كلا السنتين 2002-2006 ثم يليها العزل و بعدها الرضاعة.

4-3- جنس الأطفال:

تتميز الأسرة في البلاد العربية بتمسكها بمجموعة من القيم و العادات و التقاليد و المعتقدات التي لها تأثيراتها على السلوك الإنجابي للمرأة. و يعتبر تفضيل الذكور على الإناث في هذه المجتمعات من بين العوامل التي تؤثر على معدلات الخصوبة مما يؤدي بها للارتفاع عندما تعتمد المرأة الحصول على ذكر مهما كان عدد بناتها.

أكدت نتائج مسح الخصوبة الذي أجري في عدد من الدول العربية وجود ظاهرة تفضيل الذكور على الإناث ، و كنموذج على هذا السلوك في السودان، لوحظ أن المرأة تفضل أن يكون طفلها الأول ذكرا، و الثاني أنثى و الثالث ذكرا أو أنثى، ويدل هذا التكوين النوعي للأسرة على مدى درجة تفضيل المواليد الذكور على المواليد الإناث. ويشير الدكتور السباعي من خلال دراسة بمنطقة الطائف بالمملكة العربية السعودية، أن تفضيل الذكور على الإناث يظهر حتى في الرضاعة و تغذية الطفل. ففي السنة الثانية يفطم الأطفال من الجنسين، وقد تطول فترة رضاعة الذكور في المناطق الريفية لتصل إلى ثلاث سنوات، و الذكور من الأبناء يعتبرون تخليدا و تمجيذا لأبائهم.

وفي هذا المجال تقول FELLOUS MICHELLE عدد الأيدي المذكورة هي التي تكون ثروة العائلة، و تسود هذه الذهنيات في الأماكن الريفية أكثر من الأماكن الحضرية . فالذكور هم الضمان الأكبر للآباء وهم من يقوم بمساعدة الأسرة مستقبلاً¹.

و عموماً و حسب تحليل JOHN CLELAND المبني على معطيات المسح العالمي للخصوبة الذي أجري في 28 دولة. وجد أن التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال، لا تؤثر بوضوح في احتمال استعمال وسائل منع الحمل في 21 دولة من الدول التي شملها المسح، أما في البلدان الباقية - سبعة - فإن جنس الأطفال له تأثير على وسائل منع الحمل.

ففي كوريا الجنوبية مثلاً، وجد أن حوالي 60% من النساء اللاتي لهن ذكران يستعملن وسائل منع الحمل مقابل 40% من النساء اللاتي لهن ذكر واحد و 30% من النساء اللاتي ليس لهن ذكورا، مهما كان عدد الأطفال إجمالاً ، و لاحظ في سريلانكا و المكسيك و الفيليبين اتجاه النساء اللاتي تركيبتهن الأسرية - حسب جنس الأطفال - غير متوازنة نحو استعمال وسائل منع الحمل عند نسب تقل عن نسب استعمال النساء اللاتي حصلن على عدد متعادل من الأطفال من حيث الجنس².

و حسب نتائج المسحين (موانع الحمل، آراء و استعمال) اللذين أجريا في كوريا سنة 1971 و الفيليبين سنة 1973 و اللذين يتناولان معرفة مواقف النساء من وسائل منع الحمل، في مدن و أرياف هذين البلدين ، و في كوريا تتبع العلاقة بين الذكور الأحياء و نسب الاستعمال منحني خطياً دقيقاً جداً، بمعنى أنه كلما ازداد عدد الذكور الأحياء، كلما ارتفعت نسبة استعمال وسائل منع الحمل.

و على نفس المنوال مازالت العائلة الجزائرية تميل للذكور رغم التغيرات الاجتماعية العديدة التي عرفتها الجزائر ، خاصة فيما تعلق بوضع المرأة . ففي سنة 1986- حسب بيانات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة - و جدنا بين النساء اللاتي لهن أقل من خمسة أطفال نسبة تقدر بـ 46.5% من الراغبات في إنجاب عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس و 9.5% يرغبن في عدد من الذكور يفوق عدد الإناث، و 4.7% فقط يفضلن الإناث، و الجدول رقم (04) ملحق 3- يبين أن حوالي 60% من النساء يرغبن في

¹ Fellous M,1982,contraception Et Migration, planification Familiale,Ed,Syros, paris,P21

² Nations-Unies,1985,Enquête Sur La Fécondité Et Sur le Planning Familial, Population Report, element nouveau, série M,p8

عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس، 25% يرغبون في عدد أكبر من الذكور و 11.2% يرغبون في عدد الإناث يفوق عدد الذكور، و الجدول رقم (05) ملحق 3- يوضح ذلك بجلاء.

أما خلال سنة 1992 فيمكننا تصنيف - حسب بيانات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل - السيدات اللاتي أعلن القدرة و الرغبة في الإنجاب حسب النسب التالية: 33% يفضلن مولودا ذكرا و 24% يفضلن أنثى. كما أنه بين السيدات اللاتي أعلن قدر من و رغبتهن في الإنجاب و ليس ليديهن أطفال أحياء، نجد أن 21% يفضلن مولودا ذكرا و 8% يفضلن أنثى. أي أن تفضيل الذكور أمر واضح.

أما في سنة 2002 فإن 60% من السيدات (15-49) اللاتي لديهن عدد البنات يفوق عدد الذكور ويرغبون في إنجاب الذكور و 59% من السيدات لديهن عدد الذكور يفوق عدد الإناث ويرغبون في إنجاب الإناث والجدول رقم (06) - ملحق 3- يوضح ذلك.

من خلال هذه الملاحظات يمكن أن نستنتج ما يلي: الميل إلى تفضيل أطفال من جنس معين و خاصة عندما يتعلق الأمر بالذكور، يؤثر على سلوك المرأة اتحاد استعمال وسائل منع الحمل . فالنساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن يعرفن نسبة استخدام أعلى كلما مال خلل التوازن لصالح الذكور، غير أن هذا الفرق قل مع مرور الزمن و قد يرجع ذلك على المكانة الهامة التي أصبحت تتمتع بها المرأة بعد دخولها إلى ميدان التعليم و الشغل.

4-4- عدد الأطفال الأحياء

الجدول رقم (05): عدد الأطفال الأحياء خلال السنوات 1992 - 2002

عدد الأطفال	1992	2002
0	4.3	4.6
1	39.9	51.8
2	58.1	65.7
3	54.2	67.1

69.9	62.6	4
59.1	54.7	5 فأكثر

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، ص 126

يتبين من خلال الجدول أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع بارتفاع عدد المواليد الأحياء وتقدر بـ 52.7% للسيدات اللاتي لديهن طفل واحد لتبلغ 65.7% للسيدات ذات الطفلين وتواصل النسبة في الارتفاع لدى السيدات ذوات مراتب ولادة عليا لكن بوتيرة أقل إلى أن تبلغ أقصى قيمة لها لدى السيدات اللواتي لديهن 4 ولادات ثم تتخفض هذه النسبة .

خامسا-مدى انتشار و وسائل منع الحمل في الجزائر:

إن مجهودات تنظيم الأسرة كانت من بين العوامل الأساسية التي أدت إلى انخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول الصناعية. وخلال القرن الحالي انتشر استعمال منع الحمل في الأقطار الأوروبية إلى الحد الذي أصبحت فيه زيادة المواليد إلى الوفيات طفيفة جدا مما أدى إلى انخفاض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان كما تشهدده حاليا فرنسا و بولندا و رومانيا و غيرها من الدول الصناعية الأخرى، حيث انخفضت معدلات الإنجاب إلى أدنى مستوياتها بسبب استعمال وسائل منع الحمل الحديثة و الفعالة.

استعملت وسائل منع الحمل في الجزائر منذ الستينات لكن بنسب ضعيفة، ففي سنة 1968 و حسب المسح الديمغرافي الاجتماعي الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية (AARDES) بلغت النسبة الوطنية المستعملات وسائل منع الحمل 8% من مجموع متزوجات سن الإنجاب (15-49 سنة)، و تختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة إذ قدرت بـ 17.5% في الحضر مقابل 4% فقط في الريف. فالنسبة المسجلة في الريف أقل بأربع مرات من تلك المسجلة في المناطق الحضرية. و حسب تقديرات علي قواوسي المبنية على معطيات المسح الوطني الخاص بالخصوبة (سنة 1986) و رجوعا إلى السنوات السابقة (5 سنوات كل مرة) حسب أعمار النساء عند إجراء المسح، بلغت النسبة الوطنية للنساء المتزوجات و المستعملات لوسائل منع الحمل سنة 1962 من 2 إلى 3% (حوالي 4% في الحضر مقابل 1% فقط في الريف) و ارتفعت خلال الفترة 1967 - 1972 إلى 9% لكنها تختلف حسب مكان الإقامة،

حيث قدرت في المدن بـ 14% مقابل 6% في الريف. و خلال الفترة 1972 - 1977 و حسب نفس التقديرات، تضاعف استعمال وسائل منع الحمل على المستوى الوطني حيث وصل إلى 14% و قدرت هذه النسبة بـ 24% في الحضر مقابل 9% في الريف. ومن خلال هذا التباين في نسب الاستعمال بين المدن و الأرياف نستطيع القول بأن عملية انتشار استخدام وسائل منع الحمل لم تكن منتظمة و لم تنتشر بنفس الوتيرة حيث بدأت أولا في المدن لتعمم بعد ذلك في الأرياف. وفي الفترة 1977 - 1982 عرف استعمال وسائل منع الحمل ارتفاعا سريعا حيث تضاعفت نسبة النساء المستعملات في الريف لتصل إلى 18% مقابل 40% في الحضر، و بلغت هذه النسبة 25% كمعدل وطني . و في سنة 1984 و حسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء من خلال مسح اليد العاملة و الديمغرافيا (MOD) بلغت النسبة الوطنية للمستعملات 25% ، لترتفع 35.5% سنة 1986 (46% في الحضر مقابل 29% في الريف) ثم إلى 50.7% سنة 1992 (57.5% في الحضر مقابل 44.1% في الريف). و تجدر الإشارة إلى أنه خلال هذه السنة (1992)، بلغت نسبة مستعملات الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل 3% من مجمل المستعملات في الحضر مقابل 5% في الريف. و بلغت هذه الفئة نسبة وطنية قدرت بـ 4.1% من مجمل المستعملات. تعكس هذه المؤشرات انتشار استخدام وسائل منع الحمل بعد سنة 1986 و خاصة في الأرياف. فنسبة الاستعمال تضاعفت بين سنتي 1984 و 1992 و بلغ معدل الزيادة السنوي المتوسط بين سنتي 1986 و 1992 حوالي 3.8% في الحضر مقابل 7.2% في الريف.

ما يقرب من 84% من النساء المتزوجات في سن الإنجاب في سنة 2006 قد استخدمت خلال حياتها الإنجابية تنظيم الأسرة. وقد استخدمت حبوب منع الحمل أكثر من ثلاثة أرباع، أما الواقي الذكري 10.5%، و اللولب 7.6% ، أما نسبة 1.1% فقط للحقن. أما الأساليب التقليدية فسجلت الرضاعة الطبيعية المركز الأول بـ 18.5%، يليها العزل بـ 14.5% و 14.5% أسلوب فترة الأمان (الامتناع الجنسي).

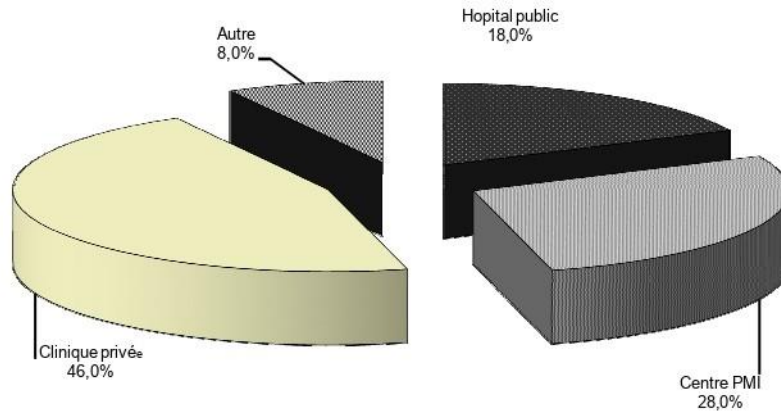
وفقا لمحل الإقامة، فإن نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل في الماضي يختلف قليلا جدا، كما هو الحال في المناطق الحضرية أو الريفية. والفرق هو حوالي 2 نقطة فقط لنساء الحضر (84.8% مقابل 82.4% في المناطق الحضرية في المناطق الريفية).

سادسا-مصادر الحصول وسائل منع الحمل الحديثة:

إن التعريف بمصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، يهدف إلى تقييم و إظهار الدور الذي يلعبه كل من القطاع العام و العيادات الطبية الخاصة و الصيدليات و مختلف المصادر الأخرى في توزيع وسائل منع الحمل و بالتالي تحديد مساهمتها في انتشار استعمالها في الجزائر .

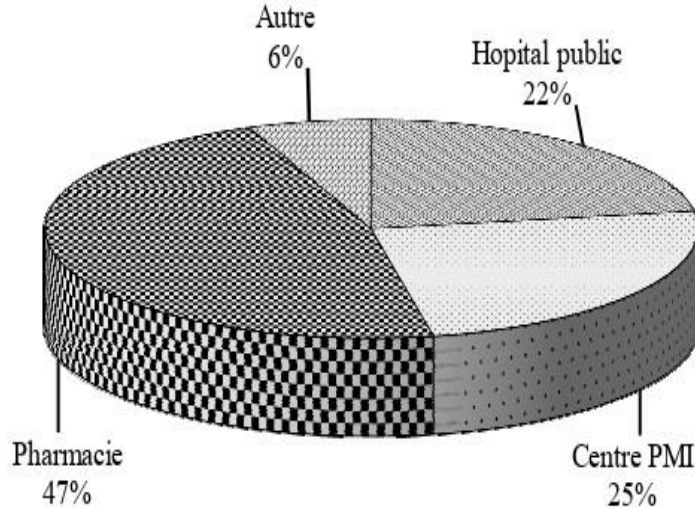
فمن خلال قراءة محتوى الجدول رقم (06) الذي يعكس توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الحصول عليها، نلاحظ سنة 1986 أن 46.4 % من النساء يتحصلن على وسائل منع الحمل من القطاع العام ، و تتوزع هذه النسبة على النحو التالي : 28.2% يتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و 18.2% يتوجهن إلى عيادات الولادة و مراكز صحية عامة بما فيها المستشفيات. إذن ساهم القطاع العام بنسبة كبيرة في توزيع الوسائل و خاصة تلك التي تتطلب تدخلا طبيا كاللولب و التعقيم النسوي ، حيث سجلنا طلبات 82.5 % من النساء اللاتي لجأن إلى التعقيم. و 68.1% من مستعملات اللولب. إضافة إلى ذلك سجلنا في مراكز حماية الأمومة و الطفولة طلبات 29% من مستعملات الحبوب و 8.3 % من مستعملات الواقي و 50% من مستعملات الطرق الحديثة الأخرى. أما المستشفيات و المراكز الصحية العامة فبلغت نسبة مساهمتها في توزيع الحبوب 15.3 % (أنظر الشكل رقم (01) و الشكل رقم (02)

الشكل رقم (01): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول ENAF1986 على الوسيلة أو الخدمة



المصدر : التحقيق الوطن حول الخصوبة 1986

الشكل رقم (02): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة PAPCHILD1992



المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل 1992

وفي سنة 1992، بلغت نسبة المستعملات المتوجهات إلى القطاع العام للحصول وسائل منع الحمل 45.9% و تتوزع على النحو التالي: 23.8% تتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و 22.1% تتوجهن إلى أمام المستشفيات و المراكز الصحية عامة أخرى، وتم تسجيل نسبة 79.9% من مستعملات التعقيم و 73% من مستعملات اللولب . و بقيت مراكز حماية الأمومة و الطفولة و كذلك المستشفيات و المراكز الصحية العامة تساهم في توزيع الحبوب بنسبة 23.9% و 20% على التوالي .

جدول رقم (06): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح و المستعملات لمستعملات وسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الوسيلة أو الخدمة، حسب ENAP1986 و PAPCHILD1992.

1986ENAP							مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة
نوع الوسيلة أو الخدمة							
المجموع	ط.أخرى	التعقيم	الحقن	الواقوي	اللولب	الحبوب	

46.4	62.5	82.5	14.8	8.3	68.1	44.3	قطاع عام:
18.2	12.5	72.0	7.4	0.0	34.1	15.3	-مستشفيات ومراكز صحية
28.2	50.0	10.5	7.4	8.3	34.0	29.0	-مراكز حماية الأمومة والطفولة
48.5	12.5	12.3	77.8	20.9	27.7	53.1	قطاع خاص:
45.8	12.5	12.3	77.8	4.2	27.7	49.2	-عيادات ومصحات طبية
2.7	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	2.9	-صيدليات
4.6	25.0	5.2	3.7	70.8	4.2	3.7	مصادر أخرى
0.5	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.5	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
1397	(8)	(57)	(27)	(24)	(94)	1187	
PAPCHILD1992							
45.9	11.1	79.9	16.7	18.1	73.0	43.9	قطاع عام:
22.1	0.0	76.2	16.7	4.6	38.7	20.0	-مستشفيات ومراكز صحية
23.8	11.1	3.7	0.0	13.5	34.3	23.9	-مراكز حماية الأمومة والطفولة
52.9	88.9	4.0	83.3	77.4	27.0	55.2	قطاع خاص:
4.5	11.1	4.0	66.7	0.0	27.0	2.9	-عيادات ومصحات طبية
48.4	78.8	0.0	16.7	77.4	0.0	52.3	-صيدليات
0.4	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.3	مصادر أخرى
0.8	0.0	12.1	0.0	4.0	0.0	0.6	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
(2022)	(9)	(50)	(8)	(22)	(112)	1823	
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986)							
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992)							

لعبت العيادات الخاصة هي الأخرى دورا رئيسيا في توزيع وسائل منع الحمل و بصفة أخص الوسائل التي لا

تستدعي تدخل الطبيب، فنسبة المتوجهات بلغت 45.8% سنة 1986 إلا أن دورها قل سنة 1992 حيث لم تساهم إلا بنسبة 4.5% ، عرفت الصيدليات عكس هذا تماما إذ لعبت دورا محدودا سنة 1986 بنسبة لا تتجاوز 2.7% لكن مساهمتها قفزت إلى 48.4% سنة 1992. أما خدمات استعمال الحقن تعود أساسا إلى العيادات و المصحات الطبية الخاصة حيث بلغت نسبة نسوة هذه الفئة 77.8% سنة 1986 و انخفضت إلى 66.7% سنة 1992.

كما وصلت نسبة اللائي تحصلن على حبوبهن من هذه المراكز سنة 1986 إلى 49.2% و منذ سنة 1992 أصبحت الصيدليات تلعب الدور الرئيسي في توزيع وسائل منع الحمل حيث نجد نسبة 52.3% من مستعملات الحبوب و 77.4% من مستعملات الطرق الحديثة الأخرى تحد في هذا القطاع إشباعا لرغبتها. و بين الجدول رقم (01) ملحق رقم 3 - وسائل منع الحمل المستخدمة و المفضلة حسب مصدر الحصول عليها. فمعظم المستعملات تفضلن الحبوب لذلك بلغت نسبة مستخدميها 85% سنة 1986 ، و ارتفعت إلى 90.2% سنة 1992 و يأتي في المرتبة الثانية اللولب. و تعتبر الصيدليات و مراكز حماية الأمومة و الطفولة المصدر الرئيسي للحبوب.

يمكننا من معطيات الجدول رقم (02) ملحق رقم 3 - دراسة التغيرات الحاصلة في حصة كل قطاع صحي (عام أو خاص) في توزيع وسائل منع الحمل الحديثة بين سني 1986 و 1992 حيث يلاحظ:

- انخفاض نسبة النساء المتوجهات إلى العيادات و المصحات الطبية من أجل الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة مهما كان نوعها و نذكر على الأخص الحبوب (94.1%) و التعقيم النسوي (67.5%) كما أصبحت لا تساهم في توزيع الأوقية.

في حين ارتفعت مساهمة الصيدليات في توزيع وسائل منع الحمل التي لا تتطلب تدخل طبيبا و بالأخص الحبوب (1703.4%) و الواقي (363.5%) كما ساهمت في توزيع الحقن و الطرق الحديثة الأخرى.

يفسر هذا التغيير في سلوك النسوة المستعملات لهذه الوسائل بسرعة و سهولة الحصول عليها ، في حين لا يستطيع القطاع العام تقديم الخدمات على مستوى المناطق الحضرية الريفية بسبب ارتفاع التكلفة المالية من

جهة و لعدم انتشار المراكز الصحية العامة في كافة المناطق خصوصا الريفية منها فأسند أمر توزيع هذه الوسائل إلى الصيدليات.

- أما حصة المستشفيات و المراكز الصحية فلقد عرفت ارتفاعا خصوصا في توزيع الحقن (125.7%) و الواقي (100%) و الحبوب (30.7%)، أصبحت لا تساهم في توزيع الحقن و الطرق الحديثة الأخرى.

- كما عرفت حصص مراكز حماية الأمومة و الطفولة من الحقن و التعقيم النسوي و الحبوب انخفاضا بنسبة 100% و 64.8% و 17.6% على التوالي ، لكن عرفت حصتها في توزيع الواقي ارتفاعا بنسبة 62.6%.

أصبحت الصيدليات منذ سنة 1992 المصدر الأساسي للتموين بالحبوب حيث ساهمت بنسبة تقارب 50% كما ساهمت في توزيع الأوقية و الطرق الحديثة الأخرى. كل هذه المعطيات تتطابق مع ما نلاحظه في الجدول رقم (06).

جدول رقم (07): توزيع النساء المستعملات للوسائل الحديثة حسب الوسيلة ومصدر الحصول لسنة 2002

المجموع	غير مصرح	أخر	طبيب خاص	الصيدلية	المصحة الخاصة	مركز حماية الأمومة والطفولة	مستشفى عام	
100	1.6	0.7	3.2	72.1	0.4	18.5	3.4	الحبوب
100	0.9	0.0	27.6	1.7	6.9	51.7	11.2	اللولب
100	1.4	0.0	6.4	86.0	0.0	6.1	0.0	الواقي
100	1.6	0.7	4.8	68.0	0.8	20.3	3.8	الإجمالي

المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل 2002، ص 128

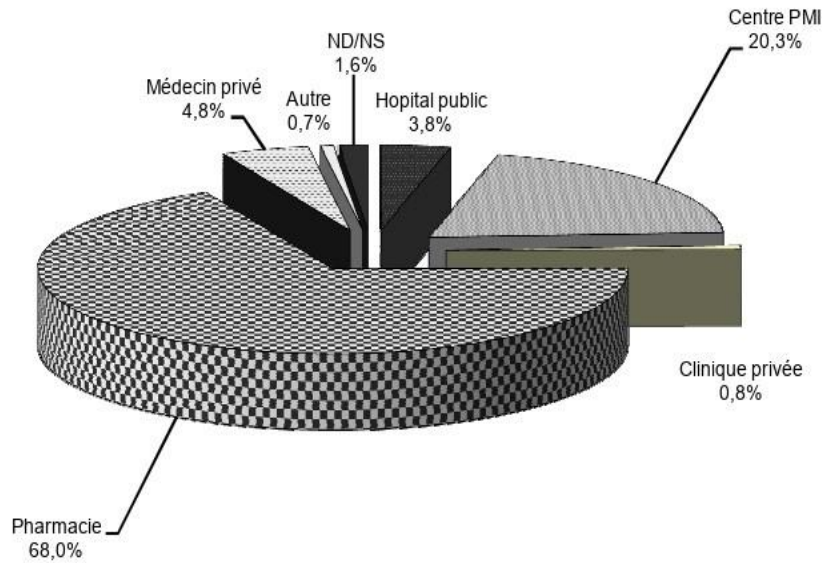
ويبين الجدول رقم (07) أن النسبة حسب نوع الوسيلة المستعملة متباينة حيث يبدو أن أكثر من نصف السيدات المستخدمات للولب قد تحصلن عليه من مركز حماية الأمومة و الطفولة أما الحبوب فقد تحصلن عليها من الصيدليات أنظر الشكل رقم (03).

خلاصة ، نستطيع القول أن وفرة الوسائل و سهولة الحصول عليها كانت من بين العوامل التي ساعدت على انتشار استخدامها ، و يعود الفضل في ذلك إلى انتشار مراكز حماية الأمومة و الطفولة و المستشفيات و

المراكز الصحية العامة التي لعبت دورات رئيسيا في توزيع الطرق التي تتطلب تدخلا طبيا عند استعمالها كاللولب و التعقيم النسوي إلى جانب توزيع الحبوب التي تعتبر الوسيلة الأكثر استعمالا.

الشكل رقم (03) : توزيع النساء المستعملات حاليا لوسيلة من وسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول

عليها لسنة 2002



المصدر : المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 2002، ص 128.

خلاصة:

وخلاصة القول يمكننا أن نستنتج أنه لا يوجد اختلاف كبير في طرق منع الحمل المستخدمة من طرف النساء فمعظمهن يتناولن الحبوب خصوصا النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي ونستنتج أيضا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل المستعملة .

الفصل الثالث : صحة المرأة

تمهيد

المبحث الأول: الصحة الجنسية و الإنجابية للأم الجزائرية

أولاً-أهم المؤتمرات التي اهتمت بالصحة الإنجابية

ثانيا-تأمين الصحة الجنسية للأم الجزائرية

ثالثا-تأمين الصحة الإنجابية للأم الجزائرية

المبحث الثاني: الوعي الصحي و الطبي عند الأم الجزائرية

أولاً-الثقافة الصحية و الطبية للأم الجزائرية

ثانيا-معلومات عن الجسم للأم الجزائرية

ثالثا-التغذية و ظهور الأمراض عند للأم الجزائرية

المبحث الثالث: المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس

أولاً-الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس

ثانيا-المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس

ثالثا-الاتجاهات تجاه علاج أعراض سن اليأس

رابعا-العلاج الضروري للمرأة في مرحلة سن اليأس

خامسا- دور العيادة لعلاج أعراض مرحلة سن اليأس

سادسا-الطب البديل و علاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة

خلاصة

تمهيد:

تعد الصحة والحيوية التي تتمتع بها المرأة بصفة عامة والأم بصفة خاصة بالضبط الأم الجزائرية من أهم العوامل التي تمكنها من التكيف مع المحيط الاجتماعي، الذي تعيش فيه وتتفاعل معه، ومن الأولويات التي تساعدها في أداء مهامها المختلفة سواء تعلق الأمر بالمهام المنزلية أو مهام العمل الإنتاجي خارج البيت، فضلا عن دورها الفاعل في تمكين المرأة من الدراسة والتحصيل العلمي ومن ثم احتلال مناصب مرموقة في العمل والزيادة في رقي المجتمع، أما اعتلال صحة المرأة أو الأم وتعرضها للمرض فإنه يحول دون قدرتها على التكيف مع المحيط الاجتماعي وعجزها عن أداء المسؤوليات والأعمال داخل المنزل وخارجه وفشلها ورسوبها في الدراسة وطلب العلم والمعرفة وبالتالي عدم قدرتها على احتلال الوظائف المرموقة والحساسة التي تطور المجتمع.

لهذا كان واجب على المرأة اتخاذ كل ما من شأنه من إجراءات وتدابير تؤمن تمتعها بالصحة الجيدة والنشاط الفعال، ولا يمكن بأي حال من الأحوال بلوغ المرأة هذه الغاية في غياب أهم المساعدات التي توفرها أجهزة الدولة والمجتمع المدني دون أن ننسى المجتمع العائلي وذلك عن طريق تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية لها مع إعطاء مختلف التوصيات الصحية والطبية التي من شأنها حمايتها ووقباتها من مختلف الأخطار الداخلية والخارجية، هذه الخدمات التي تجعلها نشطة ومنتجة وفاعلة في المجتمع الذي تعيش فيه، ويمكن إرجاع ذلك إلى كون سلامة المرأة من الأمراض الانتقالية والمزمنة هو العامل الأساسي الذي يمكنها من القيام بدورها الطبيعي في المجتمع كأم وزوجة.

المبحث الأول: الصحة الجنسية و الإنجابية للأم الجزائرية:

أولاً- أهم المؤتمرات التي اهتمت بالصحة الإنجابية:

كان من بين الاتفاقيات التي تبنت موضوع الصحة الإنجابية، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة التي ألزمت الدول الموقعة عليها بتطوير قوانين الأسرة تضمن للمرأة حقوقها الزوجية والإنجابية في أن تقرر بحرية وبمسؤولية عدد أطفالها والفترة بين إنجاب طفل وآخر، وفي الحصول على المعلومات والتعليم والوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق¹.

- أما فيما يخص المؤتمرات التي اهتمت بموضوع الصحة الجنسية والإنجابية للنساء فيوجد مؤتمرات:

1-مؤتمر السكان والتنمية في القاهرة سنة 1994:

قام مؤتمر السكان والتنمية بإدراج مجموعة من المصطلحات الغربية نوعا ما ومن بين هذه المصطلحات أدرج مصطلح الصحة الإنجابية وقام بتعريفه تعريفا شموليا فذكر أن الصحة الإنجابية هي حالة من رفاه كامل بدنيا وذهنيا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي، ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من الأمراض والإعاقة.

وقد عمل المؤتمر على توسيع الموضوعات والتوجيهات حيال الصحة الإنجابية ووضع تقرير المؤتمر أسسا للعمل وأهدافا وإجراءات شملت مواضيع مختلفة ومتنوعة لكنها تبقى تمس السكان بالدرجة الأولى ومن هذه المواضيع نجد موضوع السكان، النمو الاقتصادي والتنمية والتعليم والمساواة بين الذكور والإناث وكذلك موضوع الأسرة وأدوارها وحقوقها، أما فيما يتعلق بالصحة الإنجابية شملت الموضوعات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والنشاط الجنسي البشري والعلاقات بين الجنسين والمراهقين بالإضافة إلى الرعاية الصحية وبقاء الطفل وصحة المرأة والأمومة السليمة².

¹ حواء هدي، مؤشرات لأولويات الإعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الانجابية الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة

للسكان، لبنان، 2001، ص9-10

² حواء هدي، مرجع سابق، ص9

-وقد أكد المؤتمر على أن القدرة على تخطيط مدى تباعد وعدد مرات الحمل يؤثر تأثير إيجابيا ليس في أدوار المرأة الإيجابية فحسب في أدوارها الإنتاجية كذلك، من حيث قدرتها على المشاركة في الحياة الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والسياسية لمجتمعها (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2018).

وخرج مؤتمر السكان والتنمية المنعقد بالقاهرة 1994م بمجموعة من التوجيهات نذكر ما تعلق بالصحة الإيجابية.

1-إدماج برنامج تنظيم الأسرة في نهج جديد لخدمات الصحة الإنجابية، وإقناع العالم بأن تعليم المرأة وتمكنها هما أكثر الوسائل فعالية لتخفيض معدلات النمو السكاني وتعزيز التنمية المستدامة (مؤتمر الأمم المتحدة، 2018).

2- الدعوة إلى إباحة الإجهاض، وإعطائه صفة قانونية، وقد تجلى هذا في الفقرات التالية:

أ- الفقرة 17/4 التي تقول بأنه ينبغي بذل جهود خاصة لإشراك الرجل وتشجيعه على الاشتراك النشط في الأبوة المسئولة أو الصحة والسلوك الجنسي والتناسلي والوقاية من حالات الحمل غير المرغوب فيها.

ب - الفقرة 25/8 : والفقرة البديلة تطالبان بوضوح، بإجراء تغييرات شرعية وسياسية، مناطها معالجة ما يسمى بالإجهاض غير المأمون، وهذه الدعوة أو المطالبة ليست موجهة إلى الحكومات فحسب بل موجهة كذلك للهيئات والمنظمات الحكومية، على اعتبار أن الإجهاض غير المأمون شاغل رئيس من شواغل الصحة العامة.

ج- تدعو الفقرة 417 من الوثيقة إلى إنهاء الحمل، وتخفيف عواقب الإجهاض.

ويلقي موضوع الإجهاض وعلاقته بتنظيم الأسرة اعتراضا شديدا في كثير من الدول، وحتى من داخل الولايات المتحدة الأمريكية نفسها، حيث أصدر ثمانية من أعضاء الكونجرس الأمريكي بيانا وجهوه إلى أعضاء الجمعيات والوفود المشاركة في المؤتمر وأعلنوا فيه أنهم يتحدثون باسم عشرات الملايين من الأمريكيين الداعمين للحياة، ويحثونهم على مواجهة أي نوع من الضغط لتخلي عن حياة الأطفال الذين لم يولدوا بعد.

3- التشجيع على التربية الجنسية داخل المدارس، فقد جاء في الفقرة السابعة ما يلي:

"ينبغي على البلدان بدعم من المجتمع الدولي أن تحمي وتعزز، حقوق المراهقين في التربية، والمعلومات، والرعاية المتصلة بالصحة الجنسية والصحة التناسلية".

وجاء أيضا: "يجب أن تزيل البلدان العوائق القانونية والتنظيمية والاجتماعية التي تعترض سبيل توفير المعلومات، والرعاية الصحية والجنسية والتناسلية للمراهقين، كما يجب أن تضمن أن لا تحد مواقف مقدمي الرعاية الصحية على حصول المراهقين على الخدمات والمعلومات التي يحتاجونها، وفي إنجاز ذلك لا بد للخدمات المقدمة للمراهقين أن تضمن حقوقهم في الخصوصية والسرية والمواقف الواعية والاحترام".

ومما تجدر بنا الإشارة إليه في هذا العنصر هو الاعتراضات الساخنة حول ضرورة دمج التعليم الجنسي أما بالنسبة لدول العربية الإسلامية لم تكن معترضة فحسب بل رافضة رفض مطلق و اعتبار هذا البند مخل بأهم شرط من شروط تكوين أمتهم آل وهو الإسلام.

4- حفز مؤتمر السكان والتنمية كل البلدان على ضرورة زيادة تمويل مختلف الأنشطة السكانية إذا أن "تمويل برنامج خطة العمل من أول العام القادم و حتى عام 2000 يحتاج إلى 17 مليار دولار يتعين على الدول المانحة أن تقدم منها 7.5 مليار دولار فقط على أن تتولى دول الجنوب تدبير الأموال الباقية من مواردها خصوصا بعد الإشارة إلى ضرورة خفض الإنفاق العسكري السنوي لكل دولة وتوجيه الفائض نحو التنمية السكانية" (أسرار ومفاجآت أخطر مؤتمر عن السكان، 1994).

2- مؤتمر بكين سنة 1995:

حث مؤتمر بكين الدول المشاركة على تكثيف الجهود من أجل تبيان أهمية الصحة العامة والغذاء الجيد والتوعية حول المخاطر الصحية والمشاكل الأخرى المتعلقة بالحمل المبكر، وتماشيا مع هذه التوجيهات تم تحديد مؤشرات خاصة لقياس مدى تمتع مجتمع ما بصحة جيدة، فإضافة إلى سواء التغذية عند الفتيان والفتيات الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات أو أقل كما توجد مجموعة من العوامل التي تشير إلى صحة الأم الإنجابية:

أ- الخصوبة عند المرهقات: التشجيع على الحد من خصوبة الفتيات بطريقة تتماشى مع الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية السائدة في كل بلد، ومن بين الطرق المتبعة نجد:

- منع الزواج المبكر ورفع سن الزواج: إن منع الفتيات من الزواج المبكر ورفع سن الزواج يؤدي إلى قصر مدة الزواج وبالتالي إنجاب عدد أقل من الأطفال فزواج المرأة في عمر 25 سنة يختلف عن مثلتها التي تتزوج عند عمر 35 سنة أو أكثر

- التشجيع على تحديد النسل: القيام بتشجيع النساء على تحديد نسلهم وذلك عن طريق التوعية الإعلامية وتوزيع وسائل منع الحمل أو عن طريق تغيير القوانين التي تتناسب مع هذه الدعوة، وفي المجال الأول تشير المعلومات المتعلقة بانتشار وسائل منع الحمل واستعمالها ، إلى أن الجزائر تعرف تطور ملحوظ منذ سنة 1980م إلى يومنا هذا أما المجال الثاني والمتعلق بوضع مجموعة من القوانين التي من شأنها تخفيض نسل الأمهات الجزائريات فإن الجزائر لم تتبع أي قوانين فهذا الشأن سواء تعلق الأمر بالقوانين الترغيبية ولا القوانين الترهيبية.

ب- حياة جنسية مأمونة: "التشديد على حق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالحياة الجنسية، والسبب في ذلك يعود إلى تفاقم المشاكل الخطيرة التي تتعرض لها الفتيات ومنها الاغتصاب، فلقد أشارت الإحصائيات أن عدد لا يستهان به من الفتيات يمارسن الجنس للمرة الأولى بالإكراه عندما يقعن ضحايا للاغتصاب أو السفاح" (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2018).

إضافة إلى ذلك تواجه هؤلاء الفتيات أخطارا كبيرة "من حيث ارتفاع نسبة الوفيات بسبب الحمل، واحتمال العدوى بالأمراض المنتقلة جنسيا بما فيها مرض نقص المناعة المكتسبة - الإيدز- " (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2018)

تزداد نسبة الخطورة من تعرض الفتيات والنساء الصغيرات في السن إلى هذه التجربة بشكل خاص، "وذلك في ظل اعتقاد الرجال بأنهن أقل عرضة للإصابة الفيروس نقص المناعة المكتسبة - الإيدز -، وينتج عن ذلك إرغامهن على علاقات مع شركاء متعددين أو مع رجال أكبر سنا كما أن الفتيات اللواتي اليتيمات بسبب وفاة الوالدين بمرض الإيدز، وكذلك أولئك اللواتي يعشن في ظل الحروب الأهلية والصراعات المدنية،

يصبح أكثر عرضة للاعتداءات الجنسية والإصابة بمرض الإيدز" (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2018).

ج- **وفيات الأمهات والأطفال:** إن عملية الربط بين وفيات الأمهات والأطفال وبين موضوع الصحة الإنجابية، إذ يعد الأول دليل تمييز واضح ضد النساء في كثير من مناطق العالم، وذلك لكونهن "يتلقين غذاء أقل، وخدمات صحية أقل وتعلما أدنى من الفتيان والرجال، كما أنهن لا يتمتعن بسهولة الحصول على المعلومات والتوعية اللازمة لتمكينهم من اتخاذ قرارات واعية تتصل بحياتهن" (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2018).

ثانيا- تأمين الصحة الجنسية للأم الجزائرية:

من أهم وأخطر الأمراض التي غالبا ما تصيب المرأة وتعكر صفو حياتها في الأسرة والمجتمع، الأمراض الجنسية التي قد تصاب بها نتيجة اتصالها الجنسي بالشخص المصاب بالمرض وهذا لا يعني بضرورة الحال اتصال غير شرعي فقد تتزوج امرأة جزائرية من رجل أجنبي مصاب بمرض نقص المناعة المكتسبة وهي لا تتعلم بحالته الصحية فتصاب هي الأخرى بالمرض، كما يمكن للمرأة الجزائرية أن تصاب بهذا المرض من آلات حادة أو موس استخدمه قبلها شخص مصاب وترك أثره عليه مثلما هو الحال في الوشم وغيرها من الحالات التي من شأنها أن تؤدي بانتشار هذا المرض، ومن أجل تفادي الإصابة بهذه الأمراض من قبل المرأة عن طريق اتخاذ الإجراءات الآتية فيما يتعلق بصحتها الجنسية.

1- اتخاذ الحيطة والحذر فيما يتعلق بالاتصالات الجنسية مع الأشخاص الذين يحملون فيروس نقص المناعة المكتسبة، فالمرأة حين معرفتها بإصابة شخص ما بهذه الأمراض المعدية ينبغي تجنب الاتصال الجنسي معه حتى ولو كان زوجها، كما ينبغي الابتعاد عنه كلما استطاعت إلى ذلك سبيلا تفاديا للإصابة بالمرض.

2- ضرورة تعمد المرأة إلى التقليل من عدد المرات التي تتصل فيها جنسيا مع الرجل، إذا كلما كانت الاتصالات الجنسية مع المرأة كثيرة، كلما كانت هدفا للإصابة بالمرض الجنسي الذي قد ينتقل إلى

جنينها، وكلما كانت الاتصالات الجنسية قليلة كلما حفظت المرأة نفسها من الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة وحافظت على جنينها.

3- ضرورة تأكيد المرأة من نظافة شريكها الذي تتصل به جنسيا، وإذا لم تتأكد من ذلك فإنها ينبغي أن تمنع الممارسة الجنسية معه أو تلزمه على استعمال العازل الذكري الذي يحول دون انتقال السيبرمات المعدية إليها من الرجل وبالتالي تحافظ على سلامتها من الأمراض الجنسية.

4- إصرار المرأة عند اتصالها مع الرجل على نظافته ونظافة أعضائه مع الالتزام بنظافتها ونظافة أعضائها لكي تتفادى الإصابة بالأمراض الجنسية.

5- ضرورة قيام المرأة بالفحوصات الدورية لحمايتها الجنسية لكي تتأكد من سلامتها من الأمراض الجنسية وبالتالي قدرتها عن إنجاب الأطفال.

6- على المرأة اكتساب المعلومات والثقافة الجنسية الضرورية من الكتب والمجلات الصحف ووسائل الاتصال المختلفة وبخاصة الفضائيات والتلفزيون والفيديو، حيث أن هذه المعلومات والثقافة الجنسية من شأنها أن تجعلها على دراية كاملة بأسباب الصحة الجنسية والمرض الجنسي لكي تأخذ بأسباب الصحة وتتفادى أسباب المرض.

7- في حالة إصابة المرأة بالمرض الجنسي عليها مراجعة الطبيب المختص في هذه الحالات وذلك من أجل التعرف على أسباب الإصابة وأثرها وكذلك كيفية تفاديها، والطبيب المختص يمكن أن يعالج المرأة المصابة ويحررها من المرض أو الأمراض الجنسية المعدية التي تعاني منها .

8- ضرورة فتح أو تأسيس عيادات طبية جنسية يمكن أن تراجعها النساء البالغات سواء كن متزوجات أو غير متزوجات، إذ أن مثل هذه العيادات تستطيع تزويد النساء بالمعلومات والداريات والخبر عن طبيعة الاتصالات الجنسية السليمة والمشروعة، والاتصالات الجنسية المحظورة وغير المشروعة لكي يمكن بعد ذلك تجاوزها وفرض الحظر عليها.

ومما تجدر الإشارة إليه بل الاهتمام به هو أن الصحة الجنسية عند المرأة يمكن بلوغها عند مراجعة العيادة الطبية الجنسية باستمرار لكي يتم تشخيص الأمراض بصورة مبكرة وتتم عملية علاجها والوقاية منها.

ثالثا-تأمين الصحة الإنجابية للأم الجزائرية:

أما الصحة الإنجابية عند المرأة الجزائرية فيمكن بلوغها عند التقيد بما يلي:

1- ضرورة أن يكون الإنجاب في ظل السلامة الجنسية لكل من المرأة والرجل أي عدم إصابتها بالأمراض الجنسية التي غالبا ما تنتقل إلى الأجنة قبل ولادتها.

2- عند الحمل على المرأة مراجعة العيادة الإنجابية عدة مرات للتأكد من سلامة الحمل، ومن سلامة صحة المرأة وجنينها، فضلا عن تشخيص ومعالجة الأمراض الجنسية والغير الجنسية التي قد تصيب المرأة أثناء الحمل والولادة.

3- أن تكون هناك فترة زمنية بين إنجاب وإنجاب آخر، وهذه الفترة يمكن أن تتراوح من سنتين إلى غاية خمس سنوات لكي تعطي درجة من الراحة للأم الوالدة وتمكنها من تربية ابنها والحفاظ على صحته قبل الحمل والولادة التالية.

4- على العيادة الإنجابية أو المستشفى منح معلومات كافية للأم الحامل تمكنها من الحفاظ على الحمل والممارسات التي يمكن أن تقوم بها لغاية ولادة مولودها، كما يجب على العيادة الإنجابية تزويد الأم بمختلف المعلومات القيمة عن كيفية التعامل مع الطفل حديث الولادة والعناية بع ورعايته وتثنته والحفاظ عليه من الأخطار والتحديات الخارجية المحيطة به.

5- ضرورة منح العناية الإنجابية للأم الحامل الأدوية والعقاقير بل وحتى الحليب والمواد الغذائية الأخرى والملابس التي تحافظ على الطفل الوليد من الأخطار والتحديات وتمده بمقومات الصحة وتبعده عن شرور المرض وويلاته.

6- يتطلب الحمل والإنجاب وجود بيئة سكانية هادئة وآمنة يمكن أن تحافظ على مقومات الحمل وتحافظ على نجاح عملية الإنجاب لكي ينشئ الطفل في كنف الرعاية والصحة والحنان والشفقة التي تمكنه من العيش السليم وسط أجواء إيجابية وفاعلة، علما بأن هذه البيئة الملائمة للحمل والإنجاب. وهذه التسهيلات لا يمكن أن تتواجد بدون بناء مشاريع سكنية كبيرة تضمن توزيع المساكن الصحية المريحة للأسرة حديثة التكوين بغض النظر عن ظروفها ومعطياتها البيئية والاجتماعية والصحية.

المبحث الثاني: الوعي الصحي و الطبي عند الأم الجزائرية:

أولا-الثقافة الصحية و الطبية للأم الجزائرية:

تعتبر الثقافة الصحية وسيلة من أهم الوسائل التي تعتمد عليها الأمهات الجزائريات لوقاية أنفسهن من مختلف الأمراض سواء تعلق الأمر بالأمراض المعدية أو الأمراض المزمنة والمستعصية، والثقافة الصحية بمفهومها العلمي الدقيق هي " منظومة المعرفة الصحية التي يمكن أن يكتسبها الأفراد عبر وسائل وطرق مختلفة، وعند اكتسابها تكون لديهم ثروة من المعلومات الصحية العامة التي تمكنهم من فهم قواعد الصحة والمرض والتعامل معها وفقا لهدف صحتهم وحيويتهم في المجتمع الذي يعيشون فيه ويتفاعلون معه"، علما أن الثقافة الصحية في المجتمعات الجزائرية تعمل على خدمة الأهداف الصحية التي تسعى الدولة التي تحقيقها بغض النظر عن ما إذا كانت هذه الأهداف قريبة أو بعيدة كما أن هذه الأهداف موجهة لخدمة الرجال والنساء معا.

ولما كانت الأم بحكم خصائصها البيولوجية ومحدودية قدرتها على مواجهة المرض مقارنة بالرجل بالإضافة إلى كون الأم أكثر عرضة لمختلف الأمراض والأوبئة، فإن الثقافة الصحية تعد من الوسائل الوقائية المهمة التي يمكن أن تتسلح بها كل أم من أجل مقاومة أخطار وتحديات الأوبئة والأمراض، وإبعادها عنها حافظا على صحتها وسلامتها الجسمية والعقلية التي تساعد في أداء مهامها وتحمل مسؤولياتها الجسدية في المجتمع، فالأم في الجزائر لها عدة أدوار تقوم بها، الأم الجزائرية هي التي تحمل الجنين تلد الرضيع، تقوم بالتدريس والطبخ والتنظيف والعمل خارج المنزل تواصل دراستها... الخ، والقيام بهذه الأدوار لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يكون فعالا ودقيقا دون تمتع هذه الأم بالصحة الجسمية والعقلية التي تساعد على النهوض بأعمالها.

- مسؤوليتها في التربية والتقويم لأطفالها والعمل وإدارة شؤون المنزل وتنظيم الحياة الزوجية بما يضمن رفاهية الأسرة ولا ننسى رقيها في عملها وشغلها المناصب عالية وبالتالي المساهمة الفعالة في رقي وازدهار وتطور المجتمع.

- والثقافة الصحية المطلوب من الأم الجزائرية اكتسابها ينبغي أن تكتسبها منذ نعومة أظافرها وليس في سن متأخرة من عمرها، فالأسرة هي المحيط الاجتماعي الأول الذي تتعرف عليه البنت، وبالتالي يتوجب على الأسرة أن تطلع بمهمة ترميري وتعليم الثقافة الصحية إلى الأبناء منذ طفولتهم وذلك لن يتم إلا بواسطة التنشئة الاجتماعية والتربوية، الثقافة للأسرة الجزائرية ليأتي بعد ذلك دور المدرسة في غرس مبادئ الثقافة الصحية للتلميذ خاصة التلميذات من خلال تدريسهم وتدريبهم وتمارينهم على إتباع والتقييد بالصحة السليمة، كما تجدر الإشارة إلى الدور الكبير الذي تلعبه وسائل الإعلام والاتصال في تزويد البنات بالثقافة الصحية التي تمكنهم من الوصول إلى عمر الأمومة في صحة جيدة تساعدهم على القيام بمختلف مهامهم الأمومة على أحسن وجه، كما لا يقل دور المنظمات النسوية والمنظمات المهنية والجمهورية والشعبية ومنظمات المجتمع المدني على دور الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام والاتصال المختلفة في نشر وبلورة المعارف الصحية الأساسية بين مختلف الفئات العمرية النسوية خاصة فيما يتعلق بالمعارف الصحية الوقائية والتي من شأنها وقاية الأمهات من مختلف الأمراض المنتشرة سواء تعلق الأمر بالأمراض المعدية أو الأمراض المزمنة والمستعصية، ولا يقتصر الأمر على الوقاية منها فقط بل لابد من التعرف على طرق معالجتها والتصدي لها.

- وبضرورة الحال فإن المؤسسات المذكورة سابقا لا يمكنها القيام بدورها على أكمل وجه في غياب مختلف الأجهزة الصحية إذ تلعب هذه الأخيرة دورا فعالا في تمرير الثقافة الصحية إلى أغلب النساء، كما تعمل هذه الأجهزة الصحية على تعميق الوعي الصحي والاجتماعي عند هؤلاء النسوة خاصة الأمهات حيث يتم تزويدهن بكل ما يتعلق بالأمراض المنتشرة في فترة الحمل وكيفية التعامل معها في هذه الفترة لكي يتم التخلص منها بعد الولادة ولا تصبح مرض مزمن يلزم الأم بعد الولادة ونذكر على سبيل المثال مرض سكر عند الحامل وكذلك ضغط الدم عند الحامل.

أما فيما يخص تفاصيل ومفردات الثقافة الصحية التي يمكن تزويد الأمهات بها عبر مختلف الوسائل والمؤسسات السابقة الذكر فهي:

ثانيا-معلومات عن الجسم للأم الجزائرية:

لأبد من تقديم معلومات تفصيلية عن طبيعة جسم المرأة من حيث مركباته وأجهزته وخلاياه إذ تعتبر صحة النساء أكثر تعقيدا وأشد تنوعا من صحة الرجال، وبصورة خاصة بسبب الجهاز التناسلي والساعة البيولوجية والحمل وسن انقطاع الحيض ، فالتركيب العضوي للجسم يمكن تحليله إلى الأجهزة والأعضاء العضوية كالجهاز العظمي والجهاز العضلي وجهاز الدوران والجهاز الهضمي والجهاز التنفسي والجهاز العصبي والجهاز التناسلي... وغيرها من الأجهزة الموجودة في جسم المرأة. أما الأعضاء الموجودة في الجسم لا تختلف كثيرا في تعقيدها بين النساء والرجال ونذكر من بين هذه الأعضاء القلب والرئتين والمعدة والعين واللسان والأذن والكبد والكليتين والأطراف العليا والأطراف السفلى...الخ من الأعضاء الموجودة في جسم الإنسان، هذه الأعضاء والأجهزة ما هي إلا مجموعة من الخلايا المتحدة مع بعضها البعض، وبالتالي لا بد على كل امرأة المحافظة على كل صغيرة وكبيرة في جسمها فغياب أو استئصال واحدة له تأثير كبير على فعالية جسمها فما بالك إذ تعلق الأمر باستئصال جهاز أو عضو.

ثالثا-التغذية و ظهور الأمراض عند للأم الجزائرية:

أ-ظهور الأمراض: يجب تزويد كل النساء بمعلومات حول مختلف الأمراض التي يمكن أن تصيب الأجهزة والأعضاء في أجسامهن وذلك من حيث نوع المرض وخطورته وكيفية التعامل معه ومواجهته وكذلك الحث على تكثيف الجهود من أجل القضاء على مسبباته، فالأمراض قد تظهر نتيجة عضوية داخلية تتعلق بطبيعة ومركبات الجسم ووظائفه وقد تظهر نتيجة مؤثرات وقوى خارجية وعوامل بيئية لا علاقة لها بالتكوين العضوي أو البيولوجي للجسم كالعوامل المناخية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية والتربوية والإيكولوجية والبيئية.

ب- أغذية الأم: تعتبر الأغذية وأنواعها وما هو مفيد منها للجسم وما هو مضر وكيفية تناولها وكميات استهلاكها مع تحديد أوقات تناول الوجبات الأساسية اليومية بالإضافة إلى تنظيف وتحضير الأطعمة وكذلك حفظها وحمايتها من الفساد والتلف من أهم الإجراءات التي يجب اكتسابها من طرف كل الأمهات الجزائريات، فيجب على الأم التقييد بما يلي في تغذيتها وتغذية جميع أفراد أسرتها:

- الاعتدال في الطعام والشراب، بحيث لا يكن هناك نقص غذائي يؤدي إلا الضعف ولا إسراف يؤدي إلى سمنة.

- عدم الإفراط في تناول الخبز والاعتدال في كميته، لأنه يحتوي على كميات كبيرة جدا من حامض ألفيتيك الذي له قدرة على الاتحاد مع أملاح الكالسيوم والمغنسيوم في الأمعاء، فيؤدي ذلك إلى نقص الكالسيوم كما يفضل تناول الناضج بشكل جيدا وفي حالة الوزن الزائد يفضل حرق الخبز على النار قبل تناوله. كما ينصح أغلب المختصين في التغذية تناول الخبز المصنوع من القمح والشوفان.

- محاولة التقليل من كميات الشاي فقد تبين أن زيادة شرب الشاي يؤدي إلى حصول الجسم على كميات كبيرة من حامض التنيك، الذي يرتبط مع الحديد ومع فيتامين ب 12 مما يؤدي إلى نقصها وبالتالي إلى أنيميا . والمعروف أن شرب الشاي قبل ساعتين أو بعد ساعتين من الأكل من شأنه أن يزيل هذا الارتباط وبالتالي القضاء على نقص الحديد والاستفادة من فوائد الشاي.

- زيادة تناول زيت البراقين أو تناوله لفترات طويلة للتخلص من الإمساك يؤدي ذلك " إلى ذوبان بعض الفيتامين الموجودة في الطعام في زيت البراقين وفقدانها مع البراز مثل الفيتامين: أ، د، ك، هـ، مما يتسبب في نقص هذه الفيتامينات وظهور أعراض نقصها.

- يعتبر تناول الطعام ببطء ومضغه جيدا من آداب الطعام التي أوصانا بها رسول الله صلى الله عليه وسلم لما لها من فوائد في حماية الجهاز الهضمي وكذلك التمكين الجسم من امتصاص الطعام، ولذا وجب على الأم تدريب نفسها وأفراد أسرته على ضرورة عدم الإسراع في تناول الطعام.

- عدم الإكثار والإسراف في تناول السكر الأبيض المكرر، وكذلك الحلويات والمرطبات على اختلاف أنواعها بالإضافة إلى عدم الإكثار من تناول المشروبات الغازية التي شاع تناولها في المجتمع الجزائري فلا تخلو المائدة الجزائرية خاصة في شهر رمضان من هذه المشروبات الغازية المتنوعة. رغم ما تحتويه من مواد سامة تؤثر تأثير مباشر وفعال على جسم الإنسان خاصة على الجهاز الهضمي.

- لابد على الأم الجزائرية من تعويد نفسها وأطفالها على تناول وجبة الإفطار كل صباح ويفضل أن تكون هذه الوجبة متنوعة وكاملة لما لها من فائدة في حماية الجيم من الصداع والهزل والاضطرابات المعوية، كما أن تناول وجبة الإفطار تزيد من حيوية الجسم ونشاطه.

- إن محاولة التقييد بهذه النصائح التي شاع انتشارها في المجتمع الجزائري خاصة في وسائل الإعلام والاتصال وبالتحديد في مختلف البرامج التلفزيونية والإذاعية المختصة في المنزل والمرأة من شأنه حماية الأم وجميع أفراد أسرتها كبارا وصغارا من مختلف الأمراض المتعلقة بالتغذية أو بمعنى أصح وأدق الأمراض المنتقلة عن طريق الأغذية، بما في ذلك الأمراض الناجمة عن الطفيليات.

ج- **الأمراض المزمنة:** لابد من نشر الوعي حول أهم الطرق التي تقي بها الأم الجزائرية نفسها وأفراد أسرتها من مختلف الأمراض المزمنة والمستعصية المنتشرة في الوقت الحالي والتي نذر منها أمراض ضغط الدم - العالي، الواطئ- أمراض القلب وأمراض السكر وغيرها.

د- **الأمراض المعوية:** لابد من توعية الأم الجزائرية بأهم الطرق التي تتقيها من الأمراض المعوية كالملاريا والحصبة والتيفوئيد والتدرن الرئوي والأنفلونزا.. الخ مع التذكير أن طرق الوقاية قد تم التطرق إليها فيما سبق.

المبحث الثالث: المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس:

أولا-الأعراض البيولوجية و الفسيولوجية و السيكولوجية لمرحلة سن اليأس:

انقطاع الطمث لا يحدث فجأة ولكن تحدث أعراض تظهر تدريجيا نتيجة الاختلاف في معدل إنتاج الهرمونات ويزيد وضوحها بالتدرج.

وقد تعاني بعض النساء من أعراض شديدة ومتباينة، أما أخريات فقد تعانين من أعراض خفيفة، ونادرا ما تم هذه الفترة من العمر على بعض النساء من دون أعراض¹.

لقد واجهت دراسة الأعراض المصاحبة لسن اليأس حتى بداية عام 1980 صعوبات كثيرة حين كانت تدون تلك الأعراض دون أي محاولة للتفسير والشرح، بالإضافة إلى صعوبات فهم الباحثين لميدان البحث كما كان

¹ فناوي جعفر، سن اليأس عند الرجل والمرأة المرحلة الذهبية من العمر، هلا للنشر والتوزيع، شركة الجلالة للطباعة، 2004، ط1، ص45

الأطباء في حيرة من أسباب تلك الأعراض ومدى فعالية تأثير علاجها الذي يتم على أساس تجريبي لا على أسس علمية سليمة نتيجة للنقص في المادة العلمية المتعلقة بسن اليأس وحتى المعلومات المتاحة قد أظهرت نقصا خطيرا في عينة المرضى ومنهج البحث وعلى وجه الخصوص لم تكن هناك معلومات منشورة تتعلق بالتأثيرات المبكرة والمتأخرة عن استئصال كل من الرحم والمبيض وإفراز الإستروجين بالإضافة إلى النقص في التغيرات المتعلقة بالغدد الصماء فيما بعد سن اليأس وفي استخدام الإستروجين كعلاج وأخيرا النقص في دور المشاركة الاجتماعية والثقافية في تشكيل الأعراض، لذا يمكن القول بكل بساطة أنه قبل عام 1973 لم يكن هناك تحديد واضحا للأعراض الخاصة بمرحلة سن اليأس عند المرأة إلى أن عقد المؤتمر الدولي في هذا العام عن سن اليأس بجنوب فرنسا تحت إشراف منظمة الصحة العالمية حيث تم تصنيف الأعراض المصاحبة لسن اليأس على أساس تجريبي وتلقائي وسيكولوجي وأيضي وتوصلوا إلى أن تلك الأعراض ومضاعفاتها تنبثق من ثلاثة مكونات رئيسية وهي¹:

- 1- نقص النشاط المبيضي الذي يصاحب النقص الهرموني حيث ينتج عنه أعراض مبكرة ومتأخرة.
- 2- العوامل الثقافية والاجتماعية المحددة لبيئة المرأة حيث أن تلك الأعراض لا تعتمد فقط على حجم ومقدار نقص الإستروجين بل إن الخلفية الثقافية والاجتماعية للمرأة تؤثر في قدرتها على مدى مقاومة عملية كبر السن الطبيعية والتعامل مع التعقيدات النفسية لتغير الحياة كما أنه من الصعب فصل الأعراض الناتجة عن نقص الإستروجين عن أعراض كبر السن ومدى تأثير المشاكل العائلية على المرأة فيما بعد منتصف العمر.
- 3- عوامل سيكولوجية وتعتمد على طبيعة شخصية المرأة وإن تنوع وتعدد الأعراض يكون ناتجا للتفاعل تلك المكونات الثلاثة والتي تعني أن طبيعة وحدث تلك الأعراض إنما يرتبط بالإختلاف التعليمي والاجتماعي والاقتصادي والسلالي والجماعات السكانية وتكون هذه التصنيفات بمثابة تأكيد على أهمية البحث عن السبب الحقيقي وراء تلك الأعراض.

فمن وجهة نظر الفسيولوجية فإن تلك الأعراض ترجع إلى ثلاث متغيرات هي:

¹ هندومة محمد أنور حامد، سن اليأس عند المرأة، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص96

- مرحلة الشيخوخة وتتمثل في عدم قدرة المبيض على الاستمرار في وظيفته ودور الغدة النخامية في إفراز هرمونها المثير للمبيض لنقص الإستروجين والبروجستون.
- فقد الإفراز المبيضي (تغيرات في مستويات الدم الهرموني) كما يحدث اضطراب وعدم توازن في غدد صماء أخرى كالدرقية.
- تغيرات في توازن الملح والماء أي تغيرات في التركيب الكيميائي لسوائل الجسم وينشأ من تغيرات غدنية كما يمكن إرجاعها لعوامل سيكولوجية ولكن لا تقاس بنفس دقة التغيرات الكيميائية وهكذا فإن كل جزء من أجزاء الجسم يتعرض لمثل هذا التغير الهرموني الذي يؤثر على أجهزة الجسم.

هذا وتنقسم تلك الأعراض إلى مجموعتين هما:

1-1- أعراض بيولوجية: تنقسم تلك الأعراض إلى مجموعتين هما:

- أعراض مبكرة تتمثل في انقطاع الطمث أو عدم انتظامه والفوران.
- أعراض متأخرة وهي أكثر تعقيدا وتنتج من التغير الأيضي الذي يحدث في أنسجة محددة ويمكن أن نلخص تلك الأعراض فيما يلي:
- الأعراض التناسلية والهيكل العظمي والجلد والأغشية المخاطية وكذا جفاف الشعر أو فقده وغير ذلك.

1-2- أعراض سيكولوجية:

- أ- انقطاع الطمث: يمثل انقطاع الطمث أحد الملامح التعريفية والواقعية لمرحلة سن اليأس كما يعتبره الطابع الخارجي والواضح لتلك المرحلة العمرية حيث التوقف التدريجي أو الفجائي للدورة الحいضية، كما أن التغير في الوظيفة الحیضية يعتبر الدليل الطبي الأول لسن اليأس على الرغم من الإقلال التدريجي للخصوبة قد يبدأ من سن الخامسة والثلاثين وقد تعاني بعض النساء من الفوران إلا أن التغيرات في الوظيفة الحیضية قد تكون وفقا لواحدة أو أكثر من أنماط توقف الحيض .

ب - الفوران: ينظر للفوران على أنه العلامة الحقيقية المميزة لسن اليأس فقط وأنه من أكثر الأعراض التي تصيب النساء في سن اليأس و الأكثر تكرارا بالرغم من أنه يحدث بنسب ما بين 75 بالمائة و 85 بالمائة لدى النساء ولبعض الوقت ، و تستمر عادة أعوام طويلة في مرحلة ما بعد الخصوبة و نادرا ما تشتكي النساء من الهبات الساخنة بعد عشرون سنة من توقف الطمث و التوقف عن العلاج الهرموني و هي مرتبطة بالدرجة الأولى بمستوى الهرمونات في جسم المرأة و خاصة نقص معدل هرمون الإستروجين في الدم.

إن مصطلح كل من التورد الساخن و الفور إن (التوهج الساخن) يستخدمان غالبا ليحل أحدهما محل الآخر ، فبعض المؤلفين يشيرون للتوهج الساخن كشور ذاتي تمر به المرأة قل قياس التغير الفسيولوجي بينما التورد يختلف حدوثه طبقا لنمط سن اليأس وقت حدوثه حيث يحدث للنساء في سن اليأس الطبيعي بحوالي 75 بالمائة بينما تتراوح ما بين 37 بالمائة و 50 بالمائة لدى النساء اللاتي يتعرضن لاستئصال المبيض قبل سن اليأس ويوصف الفوران بالشعور بالحرارة (سخونة) في الوجه و الرقبة و الصدر يتبعه عرق شديد وأحيانا رعشة أو قشعريرة مصحوبة بخفقان مع بقع حمراء على الجلد و قد تختلف النساء من حيث شعورهن بهذا الأمر فقد تشعر البعض بالسخونة في أيديهن وتعاني أخريات من الفوران الساخن في كل أجسادهن مع ظهور لون قرمزي على الوجه مع انتشار لهذا اللون على الصدر بينما تشعر أخريات ببداية الحرارة من أقدامهن مع امتداد لهذا الإحساس إلى قمم رؤوسهن ، كما نلاحظ بعضهن رطوبة على راحتي اليدين و الرقبة مع عرق غزير قد يتسرب من ملابسهن أو فراشهن ليلا وقد تصل شدة الحرارة لبعضهن إلى درجة خلع الملابس ليلا مع فتح النوافذ ثم يتلوها برودة شديدة قد تحتاج لتغطية أكثر من غلق النوافذ مما يؤدي إلى اضطراب كل ليلة وتعب شديد وإنهاك كل صباح ، وعلى هذا فإن الفوران والعرق الليلي تخلف حدثهما واحدة لأخرى ، وعلى الرغم من فجائية لحظة وقوع الفوران إلا أنه يوجد غالبا شعور بلحظة اقترابه قبل حدوثه.

إن البراهين الحديثة تشير إلى أن بداية نوبات الفوران تحدث مباشرة بعد اختفاء هرمون الجسم الأصفر ولكن هذا الاحتمال لا يؤكد بالضرورة تلك العلاقة السببية ، كما أظهرت دراسة أخرى أن السيدات ذوات الفورات الساخنة الشديدة لديهن مستويات منخفضة من الإستروجين بالمقارنة مع اللاتي لا تحدث لهن تلك الفورات

و لذلك بلا شك فإن الفوران قد ينشأ من تداخل عوامل متشابكة تشتمل على نقص الإستروجين والتغيرات في بعض أجهزة الإرسال العصبية¹.

2-الأعراض المتأخرة:

توجد تغيرات ملحوظة في الأعضاء التناسلية لدى النساء بعد سن اليأس وتحدث تدريجيا كما يعترها كثير من التعقيد نتيجة التغيرات الأيضية التي تحدث في الأنسجة المحددة لأعضاء الحوض ونشير هنا إلى بعض التغيرات التي تصيب الجهاز التناسلي.

أ-المبيضان : إذ يتراجع حجمهما إلى الثلث تقريبا و تراجع قدرتهما على إفراز الهرمونات الجنسية و تتركز الغدة النخامية لنقص عيار هذه الهرمونات في الدم فتزيد من إفراز الهرمونات المحرصة للمبيضين².

يبدأ صغر المبيض في الحجم ابتداء من سن الثلاثين و يتضاعف بعد سن الخمسين و الستين حيث يحتوي كل مبيض على 700000 من الجريبات الصغيرة فهذا العدد يقل إلى النصف تقريبا من اللحظة الأولى للحيض و يستمر معدل الإقلال خلال حياة التناسل و قليلا ما يستمر حتى سن اليأس ، و لقد ذكر بيترز 1976 أن الجريبات الباقية تكون أقل استجابة للهرمونات النخامية أو للهرمون المنبه للمنسل النخامي ، ولهذا يحدث أثناء سن اليأس انخفاض تدريجي في عدد الجريبات المبيضة الناضجة مع هبوط مواز للمبيضين عن إفراز هرمون الإستروجين ونتيجة لهذا ينكمشان ويقل حجمهما ويضمران فعادة يقدر حجم المبيض قبل سن اليأس بحوالي 3.5 سم في العرض و بسمك 1.5 سم تقريبا و بعد مرور سنتين من سن اليأس يقل هذا الحجم إلى 2 سم في الطول و 0.5 سم في العرض و يستمر هذا المعدل في الانخفاض حتى تصبح مقاييس المبيض 1.5 سم³.

ب- الرحم:

توضح بنية الرحم تغيرات نوعية مع الحيض و الدورة التناسلية و سن اليأس وفيما بعده حيث يقل الوزن من حوالي 40 غرام إلى ما بين 15 و 10 غرام ، كما يحدث أيضا صغر في حجم انكماش وتقلص لبطانته كما

¹ هندومة محمد أنور حامد، مرجع سابق، ص 105-106

² الحمصي عصام، الموسوعة الطبية الموجزة، دار الرشيد، دمشق، ص195

³ هندومة محمد أنور حامد، مرجع سابق، ص106

تتكشف الدورة الدموية في الرحم ويتغير لونه فيصبح باهتا نتيجة قلة الدم الذي يصل إليه كما يحدث ارتخاء في أربطة الرحم و العضلات الضابطة لقاع الحوض الأمر الذي يؤدي إلى هبوط الرحم وارتخاء جدار المهبل الخلفي وخلالها يهبط المستقيم أو الأمعاء ويحدث هبوط كل من الرحم و المهبل عادة لدى النساء اللاتي أنجبن عددا من الأطفال أو ممن سبق لهن تكرار الحمل على فترات قصيرة بين الحمل والآخر ودون أن تمارس التمارين الرياضية لتقوية تلك العضلات بعد ولادتهن وقد تمت قرحة في عق الرحم في هذه الفترة من عمر المرأة نتيجة الالتهابات المتكررة.

ج. المهبل:

مع تغير الحياة يقل السطح المهبلي حيث يتعرض بعد سن اليأس لكثير من التغيرات المتمثلة في نقد المرونة مع التزايد للنسيج الضام تحت الغشاء المخاطي مع قصر تدريجي للمهبل أو ضيق له وفقد أيضا لتجاعيده وضمور لجلده مع جفاف وقلة لوعائيته كما تختفي بعد سن اليأس الإفرازات الحمضية التي تغطي جدار المهبل لحمايته بدرجة معقولة من الجراثيم و الطفيليات الضارة مما تجعله أكثر عرضة للتلوث.

وعليه فإن بعض هذه التغيرات السابقة قد تمنع أو تقلل من استمرار الجماع المنظم ، وعلى الرغم مما قيل عن الأعراض التي تصيب المهبل بعد سن اليأس إلا أننا قد لا نجد لها صدى أثناء قيامنا بدراسة ميدانية عن مرحلة سن اليأس عند المرأة حيث لا تعرف كثير من النساء على مثل هذه الأعراض و إن تعرفت عليها قد لا تهتم لها .

هذا وتوجد أعراض أخرى أعراض أخرى تتعرض لها المرأة خلال مرحلة سن اليأس والتي تطرأ على الفرج والغدد الثديية بالإضافة إلى إصابات في الأعضاء التناسلية حيث يوجد اعتقاد خاطئ أن هناك ارتباط بين تغير الحياة و حدوث السرطان و لكن ربما يبدو في الحقيقة أن حدوث سرطان الأعضاء التناسلية يكون في تلك الفترة ولذا فإن سن اليأس يمثله بداية لفترة غير مرضية لغالبية حالات السرطان لدى النساء وقد يتسبب في اضطرابات غددية وسوف نشير بإيجاز عن دار السرطان لكل من الرحم والثدي.

1-سرطان الرحم : ينشأ السرطان في مختلف الأعضاء التناسلية الأنثوية فهي على أشدها : الرحم حيث تمثل 20 بالمائة ثم الثدي 15 بالمائة يليه جسم الرحم بحوالي 6 بالمائة والمبيض 5 بالمائة أما قناة فالوب

فهي ضئيلة جدا وأن الإصابة بالسرطان يمكن أن تحدث في أي عمر ولكن السمن الأكثر حدوثا فيه ما يفوق سن الخامسة والثلاثين.

2-سرطان الثدي: إن نسبة الإصابة بسرطان الثدي تأتي في المرتبة الثانية بالنسبة لإصابة عنق الرحم حيث كثيرا ما تشكو المرأة في سن اليأس من عقد مؤلمة في ثديها وهي في الغالب انتفاخات صغيرة أو كبيرة في أنسجة غدة الثدي أو توسعات في أفنعة الحليب يمكن أن التحول إلى سرطان وهناك تغيرات قد تشاهدها المرأة على الثدي عند الإصابة بالسرطان منها إفراز أو دم من الحلمة مع انكماش لها.

بالإضافة إلى ما سبق ذكره هناك أعراض أخرى تعاني منها المرأة خلال مرحلة انقطاع الحيض وسنعرضها باختصار.

الأعراض البولية:

كثير من النساء يشكين من حدوث تغيرات في التبول حيث تبدأ من بداية مرحلة انقطاع الطمث و تسمى بسلس البول التوتري و عدم القدرة على السيطرة على البول خاصة أثناء أو الضغوط العصبية أو العضلية (أثناء العطس ، الجري ، الضحك ..) وتشعر النساء بحاجة إلى الذهاب للحمام طوال الوقت و تشكو أخريات من وجود آلام أثناء عملية التبول ، و يرجع سلس البول التوتري إلى أن العضلات المحيطة بالمثانة البولية و مجرى البول في الارتخاء و عندما يضعف جدار المهبل بسبب نقص الإستروجين فإنه لا يتمكن من تثبيت المثانة البولية مما يجعلها تسقط من مكانها و بدون تأثير الداعم من جدار المهبل و تأثر العضلات، فإن أقل ضغط نتيجة للعطس أو السعال يمكن أن يؤدي إلى نزول كمية قليلة من البول.

إن كل تلك الأعراض ناتجة عن نقص الإستروجين ولذلك فهي تستجيب للعلاج الهرموني إن قامت به المرأة للتخلص من مشاكلها.

الأعراض المصاحبة للهيكل العظمي في سن اليأس:

التغيرات الهرمونية التي تصاحب سن اليأس والذي يعتبر من أهم الاضطرابات المصاحبة لهذه الفترة العمرية وغالبا ما يتسم بانخفاض في كم العظام بدون أي تغير في المكونات الكيميائية و يحدث هذا الفقد بصورة غير منتظمة في الهيكل العظمي.

يمثل لين العظام خطورة بالغة على المرأة بعد سن اليأس من المحتمل أن تكسر عظامها بسهولة إذا وقعت و يحدث فقد للمكون المعدني لدى كل الأفراد أثناء كبر السن فمثلا عند النساء يبدأ فقد حجم العظام بعد سن الثلاثين بينما للرجال بعد سن الأربعين¹.

بالإضافة إلى تلك الاختلافات الجنسية يوجد أيضا اختلافات سلالية في ظهور هذا النوع من الأعراض فهو أعلى حدوثا لدى الجنس الأبيض يليهن الشرقيات و أخيرا الجنس الأسود كما أن لجم الجسم علاقة وثيقة بلين العظام فالمرأة النحيلة تبدو أكثر عرضة للإصابة بلين المرأة البدنية يضاف إلى ذلك أن الجلوس و الاسترخاء وعدم القيام بنشاط قد يسبب فقد الكالسيوم من العظام.

إن فترة سن اليأس لا تقتصر فقط على الأعراض البيولوجية كما سبق وان أشرنا و إنما تعاني المرأة خلالها من اضطرابات مزاجية ونفسية يمكن تحليلها فيما يلي:

الأعراض السيكولوجية واضطرابات المزاج:

على الرغم مما هو مشاع بين الناس فإنه لم تثبت البحوث العلمية أن سن انقطاع الخصوبة بحد ذاته لا يزيد بالضرورة عن احتمال ظهور الأعراض الاكتئابية عند المرأة مع الاعتراف

بأن بعض النساء يتعرضن للاكتئاب و للاضطرابات المزاجية الأخرى عندما يصلن إلى هذا السن خصوصا إذا كن يعانين من موجات الحر والتغيرات في حركات الأوعية الدموية فقد تبين أن وجود موجات الحر و العرق البارد يزيد من احتمال وجود اضطرابات المزاج و الاكتئاب وذلك لسبب غير واضح ، كما أن القلق و الاكتئاب يخفان و يذهبان تدريجيا باختفاء تلك الأعراض من موجات حر وغيرها وكذلك يرتبط احتمال وجود اضطرابات المزاج مع وجود تاريخ للاكتئاب أو أي أمراض نفسية أخرى مرتبطة بأحداث الحمل و الولادة أو أي اضطراب متعلق بالنشاط التناسلي مثل المزاجية المصاحبة لحبوب منع الحمل أو المزاجية المصاحبة للعادة الشهرية أي إذا كان هناك تاريخ مرض للاكتئاب أثناء مدة الحمل أو بعد الولادة فإن ذلك يعرض المرأة لأن تعاني في فترة سن انقطاع الخصوبة كما علينا أيضا أن لا ننسى أن المشكلات الحياتية وكروب الحياة لها أثرها أيضا فمثلا حدوث الطلاق أو زواج الزوج بأخرى أو وفاته أو فقدان أحد الأبناء أو مجرد وجود

¹ هندومة محمد أنور حامد، مرجع سابق، ص 118

مصاعب شديدة في تربية الأبناء وتكوين أسرة كل ذلك له دور كبير في تسبب أو على الأقل في ظهور الاضطرابات النفسية المصاحبة لفترة سن اليأس، ولعل من المناسب أن نذكر أن الأبحاث الطبية النفسية وجدت أن فقدان أحد الأبوين في هذه المرحلة العمرية لا يسبب أي اضطراب في المزاج كذلك لا يوجد تأثير سلبي كبير عندما يكبر الأبناء ويتركون بيت الأسرة الكبير، أما إذا كانت المرأة تعاني من اضطرابات نفسية في حياتها التي سبقت سن انقطاع الخصوبة فإن تلك الحالة سوف تزيد في هذه المرحلة ، كذلك يزيد وجود الأمراض العضوية مثل القلب أو السكري أو الضغط.

ثانياً-المشكلات الصحية في مرحلة سن اليأس:

تتعرض المرأة في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى مجموعة من الأمراض و المشاكل الصحية التي تؤثر سلباً عليها و على معاشتها لتلك المرحلة العمرية الحرجة و من بين تلك الأمر أو المشاكل ننكر :

2-1- ارتفاع ضغط الدم : يرتفع ضغط الدم في مرحلة سن اليأس من الإنجاب و هذا الارتفاع لا تعرف أسبابه حتى الآن و يحدث في فترات قصيرة و يتأرجح بين الارتفاع و الهبوط عدة درجات إلا أنه هناك دراسات قاست مستويات ضغط الدم الشرياني ل 716 سيدة نيجيرية في الأعمار ما بين (35 - 54) سنة ذكرت أن متوسط مستويات ضغط الدم الأعلى بالنسبة للنساء في سن اليأس عن نظيرتها فيما قبل من سن اليأس من الإنجاب.

2-2 - مرض القلب الوعائي : يسبب هذا المرض من خطر الوفاة إلى 21 بالمائة من النساء في هذا السن و إن معدل حدوث مرض القلب التاجي و الشرياني يتزايد مع التقدم في السن في كل الشعوب و الأجناس و أقل وضوحاً في جماعات العمر فيما قبل سن اليأس من الإنجاب و إن معدل إصابة الذكور بهذه الفئة من الأمراض تبلغ ثلثي حدوثها بالنسبة للنساء .

2-3- مرض هشاشة العظام : العظام ليست بنيانا قاسيا و إنما هي نسيج حي و طول فترة الحياة تتلاشى أنسجة العظام القديمة و تحل محلها أنسجة عظمية جديدة ، و يكون بناء العظام الجديد أسرع في فترتي العظام تفوق سرعة بنائها و بالتالي تتناقص كمية العظم في الهيكل العظمي وهذا التناقص في كمية العظم داخل الهيكل العظمي يصبح أكثر شدة عندما يتوقف إفراز هرمون الإستروجين في إطار عملية الانخفاض

النسيجي العظمي عند المرأة ، كما أن هشاشة العظام تكون أكثر شيوعا عند المرأة لأن كثافة العظام لدى الرجال أكبر منها لدى النساء .

2-4- المشاكل الجنسية : هناك نوعان من المشاكل الجنسية يظهران في سن اليأس من الإنجاب و هما: ألم الجماع الجنسي و فقدان الرغبة الجنسية .

و يرجع ألم الجماع الجنسي في مرحلة ما بعد الخصوبة إلى رقة جدار المهبل و جفافه وضموره مما يجعله غير قادر على التكيف بسهولة مع العضو الذكري ، و تكون المشكلة أشد سوءا بسبب اختلاف الرجال في التعامل مع زوجاتهم و في كيفية إثارتهم الكاملة حتى يصبح المهبل زلقا جيد التزييت بفعل إفرازات المرأة قبل محاولة الإيلاج .

ومن الممكن أن يكون الجماع في فترة سن اليأس من الإنجاب مخيبا للأمل في تحقيق الرغبة المرجوة ، و من ناحية أخرى فإن بعض السيدات اللاتي تجاوزن الأربعين عاما ينتابهن الشعور بالذنب لاستمرار نشاطهن الجنسي في ذلك العمر ومثل هذا القلق يمكن أن يحول دون الإثارة الجنسية ومن الصعب إلقاء اللوم كاملا على انقطاع الطمث ، ففقد الشهوة الجنسية يمكن أن يكون نتيجة عدم توافق بين العقل و القلب و الهرمونات¹.

2-5- الآلام أسفل الظهر المزمنة : يعتبر ألم أسفل الظهر المستمر مشكلا صحيا شائعا يمر به أغلب الناس لبعض الوقت لكن يبدو أن النساء أكثر عرضة له للتأثيرات الهرمونية و التغيرات في الوضع أثناء الحمل و أمراض النساء عموما.

2-6- أمراض المفاصل و العضلات : وفي مقدمتها الإصابة بالروماتيزم العضلي فهو كثيرا ما يحدث في مرحلة سن اليأس من الإنجاب نتيجة التعرق الشديد و التعرض للبرد بسبب الشعور بالآلام المختلفة ، فبعد أن يبدأ المبيضان في التوقف عن أداء مهمتهما تصبح الأربطة أكثر استرخاء و تقل قوة العضلة و تظهر أنواع من الأوجاع و الألم في الكتف و المرفقين ومفاصل الأيدي و يفقد الكالسيوم نتيجة لهبوط مناسب

¹ جون ستند، مرجريت، تر سيد علي رمضان، سن اليأس، دار الشروق، مصر، 1993، ص25-29

للإستروجين وترق العظام من أكثر عرضة للكسر و يرجع سبب تقوس العمود الفقري الذي يظهر أحيانا بعد سن اليأس الإنجاب إلى نقص الكالسيوم من عظام العمود الفقري بين الرقبة و لوح الكتف.

أخيرا تجدر الإشارة إلى أن انخفاض المستوى الثقافي للمرأة يلعب دورا كبيرا في ظهور تلك الأعراض سواء البيولوجية أو السيكولوجية وهذه الملاحظة مهمة لأن المرأة المثقفة أقل عرضة بكثير من المرأة الغير مثقفة وربما كان ذلك بسبب أن المرأة المثقفة عندها من منافع عملها و ثقافتها ما يقلل من اعتمادها على دورها الجنسي بينما لا تملك المرأة الغير مثقفة في القالب غير دور الزوجة و الأم في هذه الحياة فمتى وصلت سن انقطاع الخصوبة توقف دورها أو قل كأمر لكبر أبنائها وقلت رغبة الزوج الجنسية فيه لتغير شكلها وجاذبيتها وهذا ما كا قد أشرنا إليه فيما سبق حين ربطنا الوعي والتعليم بالصحة عموما وصحة المرأة خلال فترة سن اليأس.

ثالثا-الاتجاهات تجاه علاج أعراض سن اليأس:

الاتجاه الأول: يعتبر سن اليأس حدثا طبيعيا و أعراضه سوف تشفى تلقائيا و ليس هناك ضرورة تتطلب العلاج ولقد أجريت مناقشات عديدة عن سن اليأس إذا كان ظاهرة طبيعية أم مرضية من بينها الحديث الذي أجري عن طريق إذاعة بي بي سي لجماعة من النساء حيث دار النقاش حول عدم معالجة سن اليأس هرمونيا لأنه ظاهرة طبيعية تحدث لجميع النساء وأن الطبيعة لا تفعل أي شيء دون سبب و لهذا فهو أمر حتمي وليس نتاج المجتمع كما يجب على المرأة ألا تعتقد أن المرحلة سن اليأس نتائج سيئة و إذا حدث هذا فإنما يرجع للموقف الاجتماعي للمرأة و للاختلاف الثقافي في نظرتة لسن اليأس فالمعتقدات المبكرة بان سن اليأس يعتبر فترة ضرر وأدى إلى حد بعيد في حياة المرأة ولكن على العكس من ذلك فإن أغلب النساء تمر بأعراض قليلة في سن اليأس ولا يمثل لهن أزمة بل إحساس متزايد من الصفاء والهدوء والسعادة وتذكر ماري سشارلين أن كلا من البلوغ والحمل والولادة وسن اليأس يجب أن ينظر إليها النساء و الأطباء و الممرضات على أنها عمليات طبيعية ولا ينتج أنها أمراض بينما الكتب الطبية المتخصصة تنقل آراء مناقضة لهذا نظرا لتعاملها مع حالات مرضية في الحمل و الإنجاب بالإضافة إلى آراء بعض الأطباء حول الأنوثة والنظريات.

الطبية التي تؤكد أن الأنثى تعاني من إضرابات بيولوجية وسيكولوجية في مرحلة من اليأس ولازال الجدل مستمرا حول أن كل الأشياء الطبيعية يجب أن تكون مفيدة.

الاتجاه الثاني: يعتبر من اليأس مرض النقص أو العجز المبيضين و توصف الأدوية منذ البداية كالعقاقير ومضادات الاكتئاب والتي تعتبر ضارة بسن اليأس وعلى الرغم من هذا إلا أن 3 بالمائة من النساء في بريطانيا يتناولن تلك الأنواع من العقاقير رغم النصائح الطبية المقدمة المتوفرة والتقارير التي لم تظهر أي تحسن.

الاتجاه الثالث : و هو الأكثر تقدما و يتمثل في استخدام الإستروجين كمساعدة في علاج أعراض سن اليأس ولقد توافق الأطباء مع هذا الاتجاه في وصف الإستروجين كعلاج مناسب و ذلك للتخفيف من الأعراض بالإضافة أيضا لهرمون البروجسترون و لأي مشاكل في المستقبل كما اتفق أطباء النساء والتوليد بجامعة أمريكا على أن المرأة التي تعطي جرعات مناسبة من هرمون الإستروجين ليس فقط أثناء مرحلة سن اليأس ولكن فيما بعد أيضا سوف يؤخر من لحظة حدوث التغيرات في الجلد مثلا وتحفظ بجمالها لوقت أطول من التي لا تأخذ هذا العلاج بصورة سليمة.

تجدر الإشارة إلى أن العلاجات الهرمونية في سن اليأس مازالت موضع جدال حاد في الأوساط الطبية و بين أوساط النساء أنفسهن فقبل عقد من الزمن كان يتم تشجيع النساء على تناول الهرمونات لحماية أنفسهن من مرض القلب وإبقاء أدمغتهن يقظة وعظامهن قوية لكن عام 2002 عندما أجرت معاهد الصحة القومية فجأة دراسة كبيرة عن العلاج الهرموني بعنوان مبادرة الصحة النسائية فقد أظهرت النتائج الأولية أن النساء اللواتي يتناولن هرمون الإستروجين و البروجسترون أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي و الجلطات الدماغية وكذا التخثرات الدموية و النوبات القلبية و قد صدم هذا الخبر الملايين من النساء اللواتي كن يتناولن الهرمونات. بعد نتائج مبادرة الصحة النسائية تراجع نسبة استعمال الهرمونات إلى حد كبير و فقدت النساء ثقتهن بهذا النوع من العلاج ولجأن إلى علاجات طبيعية لأعراض سن اليأس لكن سلامة تلك العلاجات البديلة و فعاليتها لم تدرس عن كثب و بالتالي يجب الافتراض أنها تتطوي على مخاطر توارى مخاطر العلاجات الهرمونية التي وافقت عليها إدارة الأغذية والعقاقير وهنا نلفت انتباه النساء اللواتي مازلن يتابعن العلاجات الهرمونية التقليدية إلى نتائج دراسة حديثة أظهرت ترابطا بين انخفاض نسبة تناول الهرمونات والتراجع الغير

متوقع في معدلات سرطان الثدي وقد أثرت عدة أسئلة عن تلك الأدوية وعليهن ألا يتوقعن أجوبة واضحة عما قريب لأن الباحثين مازالوا يجهلون الكثير عن الهرمونات بما في ذلك منافعها ومخاطرها بالنسبة لكل امرأة.

بعض الأطباء مازالوا يعتقدون أن العلماء سيثبتون ذات يوم أن الإستروجين أو حتى نسخة اصطناعية منه كافية لكسر سنوات الشيخوخة لكن في الوقت الحاضر قلة منهم يرون أن الهرمونات لا يجب أن تكون أول علاج تجربته النساء اللواتي في سن اليأس للتخفيف من الأعراض ربما باستثناء اللواتي يبلغن سن اليأس قبل الـ 51 من العمر بكثير بدلا من ذلك يقول الأطباء أن النساء يجب أن يبذلن قصارى جهودهن لتفادي الأدوية من خلال إحداث تغييرات في نمط حياتهن ثبت أنها تساعدن مثل زيادة النشاط الجسدي و الحد من الإجهاد التنفسي ، تخفيف الوزن و الإقلاع عن التدخين و إن اختارت المرأة العلاج بالهرمونات ننصحها بأخذ أقل جرعة فعالة ممكنة لأقصر فترة ممكنة.

غالبا ما تواجهنا مشاكل صحية عديدة تتعرض لها في كل مرحلة من حياتنا نظرا للتغيرات الهرمونية التي تطرأ على الجسم ومرحلة سن اليأس كغيرها من المراحل العمرية التي بحث فيها العلماء والأطباء منذ زمن وسنتعرف على تاريخ علاج أعراض سن اليأس في العنصر التالي:

رابعا-العلاج الضروري للمرأة في مرحلة سن اليأس:

من المعروف أنه حتى العصور الوسطى لم يكن شيء يعرف عن بنية و شكل و موضع أعضاء المهمة كالرحم و المبيضين فقد كانت سرية حتى بذل أقصى جهد للكشف و التحليل عنها ، هذا و تنقسم أنماط العلاج إلى ثلاثة و هي :

1- علاج الظواهر: يرمي هذا العلاج إلى حل المشكلات الأكثر إزعاجا مثل الهبات الحرارية و الأرق ،

و يمكن اقترانه بعلاج هرموني أساسي ، لأن علاج الظواهر يقتصر على تخفيف الاضطرابات

القائمة في حينها .

- 2- **العلاجات التناوبية** : و هدفها كبح الاضطرابات الناشئة على مدى طويل ، مثل حالة ترقق العظام و تلجأ إلى مثل هذه العلاجات النساء اللواتي لا يستطعن الاستفادة من العلاج الهرموني لأسباب طبية أو اللواتي يرفضن ذلك العلاج.
- 3- **العلاج الهرموني** : و هو علاج أساسي لترقق العظام يقوم على تعويض الجسم نقص الإستروجين و البروجسترون الناجم عن توقف عمل المبيض.

هذا وسنذكر أهم الطرق والعلاجات التي يمكن للمرأة أن تستعملها في مرحلة سن اليأس وهي :

أ- **العلاج الغذائي** : تشير الدكتورة **ميلي كاين** إلى أنه بالرغم من أن بعض النساء يمكن أن يستقن من العلاج بالهرمونات البديلة و الأفضل أن يكون العلاج قصير المدى و بالهرمونات الطبيعية و تقول " كطبيبة كنت دائما أوّمن بأن العلاج بالهرمونات البديلة يجب أن يكون الملجأ الأخير للمرأة التي تمر بفترة انقطاع الحيض النهائي و قد أكدت أنه يجب اللجوء إلى هذا العلاج كاحتمال أخير بعد الأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية العامة و النظام الغذائي و نمط الحياة و هي العوامل التي يمكن أن تلعب دورا في ظهور الأعراض التي ترافق انقطاع الطمث . وعلى هذا الأساس فإن أفضل طريقة للتعامل مع مرحلة نهاية الخصوبة و السنوات التي تليها هي تحسين صحة المرأة إلى أقصى الحدود و يعني هذا تناول الطعام المناسب والغني بالهرمونات الطبيعية الموجودة في الأغذية، وممارسة الرياضة والتقليل من الضغوطات التي تتعرض لها المرأة وتجنبي السموم الكيميائية الموجودة في البيئة المحيطة بها .

ب- **العلاج بالصوم** : الصوم حسب ما أكدته التجارب و الاختبارات يعتبر أفضل وسيلة ليس العلاج اضطرابات سن اليأس من الإنجاب فحسب بل لمحاربة جميع اضطرابات الشيخوخة بوجه عام ، فالصوم يخفف كل عبء جسماني و نفسي الجسم من الرواسب الضارة كما يزيل التجمعات الدهنية في سائر أنحاء الجسم ويكافح السمنة المزعجة في سن الشيخوخة فالصائم بالرغم من امتناعه التام لعدة أيام عن الغذاء فإنه يشعر بنشاط جسماني وانفتاح نفسي¹.

¹ أمين رويحة، المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، دار القلم، بيروت، 1974، ط1، ص214

ت- **العلاج بالأعشاب** : إن إجراء بعض التغييرات في نمط الغذاء و كذلك الاستعانة بفوائد بعض الأعشاب يمكن أن يخفف لدرجة كبيرة من متاعب مرحلة نهاية الخصوبة و مضاعفاتها ، فصحيح أن المبيض يتوقف عن إفراز هرمون الإستروجين لكن الغدة الكظرية (فوق الكلية) تظل تنتج لكن بكميات طفيفة جدا ، و وجد أن عشب الجينسينغ يحفز و يقوي الغدة الكظرية على إنتاج المزيد و كذلك عشب الشمر و العرقسوس و الينسون و كذلك عشبة المرمية التي تساهم في التقليل من غزارة العرق التي تعاني منه المرأة في هذه المرحلة¹.

ث- **ممارسة الرياضة** : بدخول مرحلة ما بعد الخصوبة أو اقتراب هذه المرحلة يصبح لممارسة الرياضة أهمية كبيرة ، حيث تعد وسيلة فعالة لحماية العظام ضد الهشاشة و توفير الوقاية من أمراض القلب و لمقاومة المتاعب النفسية التي تتخلل هذه المرحلة و أفضل هذه الرياضات و أبسطها رياضة المشي و العدو، التنس، السباحة حيث من المستحسن أن تمارس المرأة نوع من هذه الرياضات بمعدل لا يقل عن ثلاث مرات أسبوعيا و لمدة نصف ساعة في المرة الواحدة .

ج- **العلاج الاجتماعي و النفسي** : يجب أن يلتجأ إلى هذا النوع من العلاج قبل تقاع الأعراض المرضية فهو علاج وقاية أكثر منه علاج شفاء .

فمعرفة المرأة بطبيعة التغييرات في هذه المرحلة العمرية و من ثم مساعدتها على قبولها و التعايش معها يجعلها أقل عرضة للاضطرابات ، فتحتاج المرأة إلى بعض جلسات العلاج النفسي الفردي الذي يبدد مخاوفها و يقلل من شعورها بالوحدة و انعدام الدور الاجتماعي و يفتح أمامها آفاق واسعة للمشاركة الأسرية بحيث تبتعد عن اختزال وجودها في الحمل و الولادة و الدورة الشهرية.

خامسا- دور العيادة لعلاج أعراض مرحلة سن اليأس:

لقد وصف بوتيان قيمة عيادة سن اليأس في التركيز و التحكم للعلاج بالإستروجين حيث الخص الفوائد التالية :

¹ أيمن الحسيني، أسرار المرأة وحياتها الخاصة الصحية والنفسية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين ميله، الجزائر، 2005، ص133-134

- تخدم عيادة سن اليأس النساء بعد منتصف العمر و الأكبر سنا من فائدة طبية و برامج تخطيط العائلة والإنجاب وعمل الفحوص الطبية الجسمانية بوجه عام وذلك لأنه في الزيادة الأولى للعيادة تتم بعض الإجراءات الأولية كالتاريخ الطبي و الوزن و ضغط الدم و الكشف عن الثدي وأعضاء الحوض.

-برامج لاتقاء خطر سرطان الثدي وداء البول السكري.

-مكان لتجمع كل التخصصات الطبية و شبه الطبية (باطنيون و نفسانيون و سوسولوجيون وأطباء تغذية وأطباء نساء ومحللون نفسانيون) بحيث تتوافق تلك التخصصات معا في إيجاد حل لأي مشكلة سواء طبية أو غيرها وجميعهم موجودون لإبداء المشورة في محاولة لمعالجة المرأة من جميع النواحي بدلا من الاقتصار على معالجة النقص الهرموني.

- توضيح وتقديم مدى الدور الفعال للعلاج بالإستروجين الأعراض الناجمة عن النقص الهرموني كآلم الظهر والصداع وفقد الطاقة والنشاط والتهاب المفاصل وفي بعض الأحيان قد الكون بعض النساء محظوظات بدرجة كبيرة لعدم تأثرهن بهبوط المبيضين وعلى هذا فإن الطبيب لا يدفعهن للعلاج ولكن في نفس الوقت يمكن أن تعاني المرأة في سن اليأس من التدمير الطويل المدى و الذي ينعكس أيضا وبدرجة متساوية على عائلتها ولهذا فإن هرمون الإستروجين يمكن أن لا تحصى فوائده التي تعود على تلك النساء.

- تقوم تلك العيادات بدور في تقديم البرامج التعليمية وذلك بإيضاح المعلومة الأفضل للمريضة مع المشاركة في تغيير الاتجاهات تجاه سن اليأس إلى الأفضل¹.

- القيام بالأبحاث المستمرة للوقوف على مدى جدوى التأثير للأدوية الهرمونية ولقد أصدرت تصريحات حكومية على لسان منظمات رسمية بالولايات المتحدة الأمريكية للتأثير على اتجاهات الأطباء وذلك في تحذيرهم عن وصفهم لتلك العقاقير بالإضافة إلى صدور قوانين تحكم علاقة الطبيب بالمريضة.

سادسا: الطب البديل وعلاقته بمرحلة سن اليأس عند المرأة:

¹ هندومة محمد أنور حامد، مرجع سابق، ص 199

تجدر الإشارة إلى أن هناك ما يسمى بالطب البديل وعلاقته بسن اليأس حيث أصبح الطب البديل شائع الاستعمال في علاج أعراض سن اليأس حيث وجد 21 بالمائة من النساء في سن اليأس يستعملن الطب البديل مع الهرمونات البديلة.

يضم الطب البديل التداوي بالأعشاب، لكن الاعتقاد الخاطئ والسائد أن كل شيء طبيعي غير مضر والواقع أن بعض الأعشاب تحتوي على مواد كيميائية معينة قد تكون مضرّة حيث يجب استعمال الأعشاب بحذر وعدم استعمالها من قبل النساء المصابات بالسرطان وأعراض تخثر الدم ومثال هذه الأعشاب زيوت مستخرجة من زهرة الربيع حيث تقلل من آلام الثدي كما يوجد أيضا الوخز بالإبر الذي يقلل من أعراض سن اليأس مثل الحرارة و التعرق ويستمر تأثيرها لمدة ثلاثة أشهر وهي فعالة في علاج أعراض سن اليأس عند النساء اللواتي لديهن إصابة سابقة بسرطان الثدي.

في الوقت الذي يصاب فيه مزاج المرأة بالحدة نتيجة أعراض سن اليأس كما ذكرنا سابقا حيث يبدأ هذا مع دخول المرأة لعالم ما بعد عمر ال45 عاما وبسبب الهبات الساخنة المصحوبة بنوبات عرق ليلي تجعل الزوجات يشتكين من حرارة تغلي في أجسادهن نصحت دراسة غذائية مصرية بضرورة تناول مشروب "الشمندر" الذي يمكنه إطفاء الشعور بهذه الهبات الساخنة ويجعل المرأة أكثر هدوءا واستقرارا وأكثر اعتدالا في المزاج خلال هذه المرحلة الهامة من العمر.

"ويقول أستاذ علوم وتكنولوجيا الأغذية بجامعة أسيوط الدكتور فوزي عبد القادر للشرق الأوسط إن هذه السن مصحوبة بنقص هرمون الإستروجين الذي يعد رمز الأنوثة من دون منافس ويمثل ما بين 50 و70 نانو غرام لكل مليلتر بلازما للمرأة الغير حامل إلا أنه يتبدل حين تدخل المرأة إلا ما بعد الخامسة والأربعين عاما من عمرها إذ يقال عندئذ أنها بلغت سن اليأس ولا مجال لإنكار هذه الحقيقة أو رفض هذا المسمى لأن الاصطلاح هو الأعمق والأدق وكذلك الأوفق في هذه الحالة حيث تياس المرأة من الإنجاب وليس من الحياة.

كما جاءت بعض الدراسات التي تحث النساء اللواتي يعانين من اضطرابات انقطاع الطمث أو سن اليأس على تناول حبات فول الصويا المتوفرة على شاكلة الفول السوداني (الفستق) لأنه يساعد على مقاومة نوبات

الطفح الجلدي الحاد وقالت الدراسة أنها تابعت 60 امرأة اتبعت نظاما غذائيا يحتوي على نسبة غذائية منخفضة من الدهون المشبعة مع تناول نصف كوب من حبوب الصويا المحمصة بصورة يومية ولاحظت الدراسة أن نسبة الإصابة بالطفح الجلدي تراجعت بنسبة 27 بالمائة في حين أن النساء اللاتي تناولن حبوب الصويا وقمن بممارسة التدريبات الرياضية لمدة 4 أو 5 ساعات في الأسبوع تراجعت نسبة الطفح لديهن الى النصف تقريبا.

خلاصة:

لكي تتمتع الأم الجزائرية بالصحة الجسمية والعقلية والنفسية والجمالية وتتمتع بالحيوية والنشاط فعلى المحيط الخارجي توفير الخدمات الاجتماعية والترويحية والصحية والتربوية والعلاجية لها، مع وضع مختلف البرامج الوقائية والعلاجية التي تساعد على تجنب الأمراض سواء تعلق الأمر بالأمراض المعدية أو الأمراض المزمنة والمستعصية وحمايتها من مختلف الأزمات وتتمتع بالصحة الجيدة دائما، إذ تعمل البرامج الوقائية على تفادي الأمراض الجسمية والنفسية والجنسية التي قد تتعرض لها الأم نتيجة تفاعلها الاجتماعي مع أفراد المجتمع والنفسي مع أفراد أسرتها والجنسي مع زوجها.

ويمكن إرجاع ذلك إلى كون هذه البرامج الوقائية تؤمن الصحة الجنسية والإنجابية للأم وتقلل من أخطار الإصابات بالأمراض المعدية وكذا الأمراض المزمنة. كما تمكنها من القيام بدورها الإيجابي والتربوي والتعليمي والاجتماعي في منزلها وكذلك دورها الاجتماعي ولتنشئ في المجتمع الذي تعيش فيه، ناهيك عن دورها وسعيها من أجل تقديم كل ما من شأنه المساهمة في تطوير المجتمع والرفي به.

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى الدور الإيجابي والفعال الذي تلعبه مختلف الدراسات والبحوث العلمية والنشرات في تعميق الثقافة الصحية بين النساء ودرأ أخطار الإصابة بالأمراض عن طريق الأساليب الوقائية والعلاجية التي يمكن أن تنتشر بين النساء عبر وسائل الإعلام والاتصال المختلفة.



الإطار الميداني للدراسة

الفصل الرابع: الجانب التطبيقي

تمهيد

أولاً- مجال الدراسة الميدانية

1-1- المجال الزمني للدراسة

1-2- المجال المكاني للدراسة

ثانياً- المنهج المستخدم

ثالثاً- عينة البحث

1-3- طريقة المعاينة

رابعاً- أدوات جمع البيانات

خامساً- إجراءات تفرغ بيانات الدراسة وتحليلها

سادساً- التعريف بخصائص العينة

سابعاً- اختبار الفرضيات

1-7- وسائل منع الحمل والمشاكل الصحية للمرأة في سن اليأس

1-1-7- استنتاج الفرضية الأولى

2-7- الحبوب وتأثيرها على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب

1-2-7- استنتاج الفرضية الثانية

3-7- وسائل منع الحمل ونوع الأمراض التي تتعرض لها المرأة في سن ما بعد الإنجاب

1-3-7- استنتاج الفرضية الثالثة

تمهيد:

يعد العمل الميداني وسيلة هامة جدا من وسائل جمع البيانات عن أي ظاهرة ديمغرافية ما و الذي يتناولها بصورة منهجية من خلال أدواته المعروفة، كما يحتل في نفس الوقت أهمية خاصة في البحوث الاجتماعية والدراسات الديمغرافية، بالإضافة إلى أنه يعد طريقة لدعم الدراسة النظرية، حيث يجعل من المسح بالعينة مثلا أداة مهمة وفعالة في الإجابة على الفرضيات المقترحة من خلال وصف العينة المستهدفة وتطبيق الاختبارات اللازمة ومن ثم يثري الجانب التطبيقي والذي يتعرض فيه أهم النتائج التي تميز آخر جزء من الدراسة والذي سنتطرق فيه إلى تحليل وتفسير البيانات مع عرض النتائج المتوصل إليها.

أولاً- مجال الدراسة الميدانية:

1-1-المجال الزمني للدراسة:

أجريت الدراسة في الموسم الجامعي 2020/2019 حيث انطلقت فعليا الدراسة الميدانية من شهر ديسمبر إلى غاية شهر مارس وذلك بعد الانتهاء من إعداد الاستمارة التي عالجت بين أجزائها مختلف الفرضيات المقترحة للإجابة على التساؤل الرئيسي.

1-2-المجال المكاني للدراسة:

تم استجواب المبحوثات في الفترة الزمنية المذكورة على مستوى بلدية الأغواط مع الإشارة إلى أن تكون أفراد العينة حسب اختيار طريقة المعاينة ممثلة للمجتمع الكلي والذي يخص النساء اللواتي يتراوح أعمارهن فوق 49 أي سن ما بعد الإنجاب قصد استجوابهن حول مختلف المتغيرات التي تساهم في توضيح معالم التخطيط العائلي من خلال استعمال وسائل منع الحمل على مستوى بلدية الأغواط وأثرها على صحة المرأة في سن اليأس .

ثانياً- المنهج المستخدم:

إن طبيعة الدراسة التي تدور حول وسائل منع الحمل وأثرها على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب تستلزم الباحث إتباع المنهج الوصفي و الإحصائي اللذين يعتمدان على جمع المعلومات والبيانات من إطار حقل البحث، تم تحليلها واستخلاص النتائج الخاصة بالدراسة وفق التساؤلات التي انطلقت منها الدراسة وتكمن أهمية المنهج الوصفي في هذه الدراسة في المساعدة على تحقيق أهداف الموضوع وذلك بالحصول على بيانات من مجال الدراسة حول آثار استعمال وسائل تكمن أهمية المنهج الإحصائي على جمع البيانات من الواقع تم تفرغها وتبويبها في شكل كمي ثم تحليلها ومقارنتها للتحليل النظري.

ثالثاً- عينة البحث:

لإجراء هذه الدراسة لابد من التعرف على مجتمع البحث وتحديد. وعليه في العينة هي مجتمع الدراسة الذي تجمع من خلاله البيانات الميدانية، وهي تعتبر جزء من الكل أي بمعنى أن تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع بشرط أن تكون ممثلة للمجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، فالعينة جزء من أفراد المجتمع الأصلي والذي تعمم نتائجها على المجتمع ككل، والغرض من اتخاذها هي أنه في كثير من الأحيان يستحيل إجراء الدراسة على المجتمع ككل.

3-1- طريقة المعاينة:

تمت المعاينة بالنسبة للمجتمع الأصلي من خلال اختيار طريقة المعاينة القصدية لـ 50 مبحوثة تتوفر فيها الشروط التالية:

- أن يكون سن المبحوثات من 49 سنة فما فوق.
- أن تكون قد استهلكت إحدى وسائل منع الحمل في سن الإنجاب .

رابعاً- أدوات جمع البيانات:

للحصول على البيانات التي تمكننا من الوقوف على فهم وتفسير الأسباب التي كانت وراء الإشكالية والتساؤلات المطروحة، اعتمدنا في دراستنا هذه على إحدى التقنيات ألا وهي أداة الاستمارة، وهي تحتوي على الكثير من التعريفات ونذكر من بينها التعريف الذي وضعه إحسان محمد الحسن وهي نموذج يضم مجموعة من الأسئلة سواء كانت مغلقة أو مفتوحة توجه إلى الأفراد أثناء المقابلة بغية الحصول على بيانات معينة، وللاستمارة دور كبير في إنجاح أي عمل علمي، وهي تفرض على المبحوث التقيد بموضوع البحث، وعدم الخروج عن أطره العريضة ومضامينه التفصيلية ومساراته النظرية والتطبيقية¹. وتناولت الاستمارة مجموعة من الأسئلة المفتوحة وأخرى مغلقة كانت في ثلاث محاور أساسية وهي:

¹ إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، بيروت، 1986.

1.المحور الأول: يحتوي على البيانات العامة.

2.المحور الثاني: يحتوي على بيانات خاصة باستخدام وسائل منع الحمل.

3.المحور الثالث: يحتوي على بيانات خاصة بتأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة .

خامسا- إجراءات تفرغ بيانات الدراسة وتحليلها:

لقد تم تفرغ بيانات هذه الدراسة في البرنامج الإحصائي (SPSS) وتم بعد ذلك تحليلها حيث تم الوصول إلى النتائج التي كان لابد من إحرازها في الجانب التطبيقي.

سادسا-التعريف بخصائص العينة:

قمنا بتعريف خصائص العينة المكونة من 50 مبحوثة من خلال وصف كل متغير من المتغيرات التي تناولتها الاستمارة على شكل أسئلة وذلك من أجل التعرف على كل الأسئلة التي تم وضعها من أجل مناقشة الفرضيات المقترحة والتي نسعى لإثباتها أو نفيها من خلال استعمال الاختبارات الإحصائية الملائمة والتي سيتحدد على ضوءها مدى جودة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال العينة المستعملة.

جدول رقم(08): يمثل توزيع أفراد العينة حسب فئات السن .

فئات السن	التكرار	النسبة %
55-49	26	52%
61-55	18	36%
67-61	5	10%
67 فما فوق	1	2%
المجموع	50	100%

يعتبر السن من أهم المؤشرات الديمغرافية التي تحدد خصوبة المرأة على اعتبار أن سن الخصوبة يبدأ من 15-49 أما سن التوقف عن الإنجاب والتي تعتبر مرحلة ما بعد الإنجاب تبدأ من 49 سنة فما فوق.نرى من خلال الجدول أن 52% من المبحوثات يتراوح سنهن 55-49 في حين لم يتجاوز نسبة المبحوثات عند

الفئة العمرية 67 فما فوق 2% ، في حين نرى أن نسبة المبحوثات التي تتراوح أعمارهن 55-61 هي 36% وسجلنا 10% في الفئة العمرية 61-67 .

وعليه فالعينة هي متنوعة تتيح لنا معرفة أثر وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب.

جدول رقم(09): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
20%	10	بدون مستوى
8%	4	ابتدائي
14%	7	متوسط
18%	9	ثانوي
30%	15	جامعي
10%	5	تكوين مهني
100%	50	المجموع

انطلاقاً من سياسة التعليم العام في الجزائر خاصة برنامج محو الأمية وباعتبار استعمال وسائل منع الحمل يتطلب مستوى معين ، إلا أن انتشار هذه الوسائل صار منتشر في أوساط النساء المتعلّمات والأقلّ تعلماً إذ نلاحظ أن أغلب أفراد العينة من ذوي التعليم الجامعي 30% ثم يليه اللاتي بدون مستوى ب20% في حين شكلت نسبة المبحوثات اللواتي لديهن مستوى ثانوي 18% ومستوى متوسط ب14% أما المستوى الابتدائي 8% والتكوين المهني 10% وعليه نلاحظ أن استعمال وسائل منع الحمل صار منتشراً بين النساء المتعلّمة والغير متعلّمة.

جدول رقم(10): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية (تعمل/ لا تعمل)

النسبة المئوية%	تكرار	الإجابة
56%	28	نعم
44%	22	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(10) توزيع الأفراد حسب الحالة المهنية (تعمل/لا تعمل) نلاحظ تنوع في العينة فنسبة 56% من المبحوثات يعملن أما نسبة 44% لا يعملن ومن هنا نستنتج أن أفراد العينة تتيح لنا الفرصة لمعرفة مدى تأثير استعمال وسائل منع الحمل سواء للمرأة العاملة أو الماكثة في البيت .

جدول رقم (11): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للزوج

النسبة%	التكرار	المستوى التعليمي
16%	8	بدون مستوى
6%	3	ابتدائي
10%	5	متوسط
22%	11	ثانوي
46%	23	جامعي
100%	50	المجموع

يوضح لنا الجدول رقم(11) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأزواج فنلاحظ معظم الأزواج لديهم مستوى تعليمي جامعي بنسبة قدرة بـ46% ثم يليها المستوى الثانوي بـ 22% ثم بدون مستوى بـ16% ثم يليها كل من المستوى المتوسط والابتدائي بنسبة 10% و6% وما يمكن استنتاجه هو أن هذه النتائج المتحصل عليها قد توجي إلى أنه كلما ازداد المستوى التعليمي لدى الأزواج ازداد لديهم الوعي بقضية تنظيم الأسرة واستعمال وسائل منع الحمل المساعدة على التخطيط العائلي .

جدول رقم (12) يمثل توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
18%	9	ريف
68%	34	حضر
14%	7	شبه حضري
100%	50	المجموع

يوضح لنا الجدول رقم (12) توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة فنلاحظ أن أغلب المبحوثات يقمن في الحضر بنسبة 68% يليها اللاتي تسكن في الريف بـ18% وشبه الحضري بـ14% ومن هنا نستنتج أنه يكثر استعمال وسائل منع الحمل للنساء التي تسكن في الحضر وينقص كلما خرجنا من المدينة إلى الريف.

جدول رقم (13): يمثل توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة

نوع الأسرة	التكرار	النسبة %
سكن فردي	41	82%
سكن اجتماعي	9	18%
المجموع	50	100%

يبين لنا الجدول رقم (13) توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة فنلاحظ أن أغلب المبحوثات صرحن أنهن يقمن في سكن فردي مع الزوج فقط أي ليس مع أهل الزوج وقد بلغت هذه النسبة 82% فيما يقابلها بنسبة 18% صرحن أنهن يقمن مع أهل الزوج وهذا ما يدل على أن الأسر التي تسكن وحدها أكثر استعمالاً لوسائل منع الحمل وتفضل العدد والقليل في الأسرة وذلك بإدراكها للنفقات المرتفعة التي تعرفها الأسر التي تختار الخروج عن الأسرة الكبيرة وتحملها الأعباء الاقتصادية والصحية والاجتماعية.

جدول رقم (14): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة

الدخل	التكرار	النسبة %
25000-15000	2	4%
35000-25000	26	52%
أكثر من 35000	22	44%
المجموع	50	100%

يوضح لنا الجدول رقم (14) توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة فنلاحظ أن معظم المبحوثات صرحن بأن دخلهن الشهري لأسرهن يتراوح ما بين 35000-25000 بنسبة قدرت بـ52% ثم تليها نسبة 44% ممن يحصلن على دخل شهري أكثر من 35000 ثم تليها نسبة 4% ممن يحصلن على دخل شهري يتراوح ما بين 25000-15000 ومن هنا نستنتج بأنه كلما ارتفع الدخل للأسرة حتما سيؤدي إلى ارتفاع

المستوى المعيشي للأسرة بشرط أن يتحكم الزوجان في نسلهما والتقليل من عدد الأطفال وذلك باستعمال إحدى وسائل منع الحمل.

جدول رقم (15): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تفضيل وسيلة عن بقية الوسائل الأخرى

النسبة%	التكرار	الإجابة
16%	8	لفعالية هذه الوسيلة
38%	19	سهولة استعمالها
6%	3	وفرة المعلومات عنها
2%	1	انخفاض ثمنها
38%	19	بناء على استشارة طبية
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم (15) توزيع أفراد العينة حسب تفضيل وسيلة عن بقية الوسائل الأخرى فنلاحظ أن أغلب المبحوثات تفضل وسائل منع الحمل عن بقية الوسائل الأخرى لسهولة استعمالها وبناء على استشارة طبية بنسبة تقدر بـ 38% لكل واحد منها تليها 16% لفعالية هذه الوسيلة تليها وفرة المعلومات عنها بـ 6% وانخفاض ثمنها بـ 2% ومن هنا كما تأكد لنا ما قلناه سابقاً أن النساء تستعملن هذه الوسائل من خلال وصفات طبية.

جدول رقم (16): يمثل توزيع أفراد العينة حسب معرفة النساء بوسائل منع الحمل .

النسبة%	التكرار	الإجابة
16%	8	نعم
22%	11	لا
60%	31	إلا أحد ما
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب معرفة كل امرأة بوسائل منع الحمل فنلاحظ أن أغلب النساء ليس لديهم معلومات إلى حد ما 31 وتليها نسبة النساء التي لديها معلومات عن وسائل منع الحمل بـ

60% تليها الإجابة ب لا بـ 22% وتليها نسبة النساء التي لديها معلومات عن وسائل منع الحمل بـ 16% ومن هنا نستنتج أن النساء ليس لديهم أي معلومات كافية عن وسائل منع الحمل واستعمالهم لهذه الوسائل راجع إلى الوصفات الطبية واختيار الوسيلة المتاحة والبسيطة والسهلة وقلّة الثقافة في هذا المجال . وسهولة استعمالها وغياب ثقافة في هذا المجال وقلّة المعلومات لدى النساء .

جدول رقم (17): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأييد الزوج في استخدام هذه الوسيلة.

النسبة%	التكرار	الإجابة
46%	23	نعم
6%	3	لا
48%	24	لا يهم
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(17) توزيع أفراد العينة حسب تأييد الزوج في استخدام هذه الوسيلة فنلاحظ أن أغلب الأزواج لا يهمهم استخدام هذه الوسيلة بنسبة 48% تليها الإجابة بنعم 46% وتليها نسبة 6% معارضين لهذه الوسيلة ومن هنا نستنتج أن الأزواج لا يهمهم استخدام وسائل منع الحمل وهنا نستنتج أن الزوجة هي المسؤولة عن اختيار هذه الوسائل.

جدول رقم (18): يمثل توزيع أفراد العينة حسب التفكير في موضوع تنظيم الأسرة قبل الزواج.

النسبة%	التكرار	الإجابة
42%	21	نعم
24%	12	لا
34%	17	لا يهم
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(18) توزيع أفراد العينة حسب التفكير في موضوع تنظيم الأسرة قبل الزواج فنلاحظ أن أغلب المبحوثات تفكر في موضوع تنظيم الأسرة قبل الزواج بنسبة 42% تليها نسبة 34% للنساء التي لا

يهما وتليها 24% من النساء التي لا تفكر في تنظيم الأسرة قبل الزواج وبهذا نستنتج أن النساء تفكر في مسألة تنظيم الأسرة قبل الزواج راجع لخوفها من الجانب الاقتصادي والاجتماعي والإحساس بالمسؤولية.

جدول رقم(19): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المدة الفاصلة بين كل طفل و آخر

النسبة%	التكرار	المدة
18%	9	سنة واحدة
50%	25	سنتين
32%	16	ثلاثة سنوات فما فوق
100%	100	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(19) توزيع أفراد العينة حسب المدة الفاصلة بين كل طفل وآخر فنلاحظ أن أغلب المبحوثات يتركنه مدة سنتين بين الطفل والطفل الآخر بنسبة 50% تليها نسبة 32% لثلاثة سنوات فما فوق وتليها نسبة 18% بنسبة سنة واحدة ومن هنا نستنتج أن المبحوثات يعملن عن تنظيم الأسرة والتباعد بين الولادات خوفا على صحتهن ومراعاة للجانب الاقتصادي والمادي والاجتماعي.

جدول رقم(20): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة

النسبة%	التكرار	الإجابة
76%	38	نعم
24%	12	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(20) توزيع أفراد العينة حسب تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة فنلاحظ أن أغلب المبحوثات تأثرن باستعمال وسائل منع الحمل بنسبة تقدر بـ76% أما المبحوثات الغير متأثرة قدرت بنسبة 24% ومن هنا نستنتج أن وسائل منع الحمل لها تأثير على صحة المرأة ويكون خلال المرحلة ما بعد سن الإنجاب وهذا من خلال ظهور أعراض صحية لدى المرأة في سن اليأس.

جدول رقم(21): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير المرض على نفسيتك

النسبة%	التكرار	الإجابة
70%	35	نعم
30%	15	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم (21) توزيع أفراد العينة حسب تأثير المرض على نفسيتك فنلاحظ أن أغلب المبحوثات تأثرن نفسياً من المرض بنسبة تقدر بـ70% تليها نسبة 30% لم تتأثر المبحوثات نفسياً من المرض ومن هنا نستنتج أن المرض يؤثر على المرأة من خلال ضغط نفسي على المرأة وجعلها عدوانية وكثيرة الانفعال حتى شعورها بأنها ستفقد حياتها وتترك أطفالها وأسرتهما وهذا ما يجعلها تحت ضغط نفسي رهيب.

جدول رقم(22): يمثل توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسيلة منع الحمل لأول مرة

النسبة%	التكرار	الإجابة
10%	5	بعد الزواج مباشرة
66%	33	بعد إنجاب الطفل الأول
20%	10	بعد إنجاب الطفل الثاني
4%	2	بعد التوقف عن الإنجاب
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(22) توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسيلة منع الحمل لأول مرة فنلاحظ أن أغلب المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل بعد إنجاب الطفل الأول بنسبة تقدر بـ 66% تليها بعد الإنجاب الطفل الثاني 20% وتليها بعد الزواج مباشرة بـ10% وتليها بعد التوقف عن الإنجاب بنسبة 4% ومن هنا نستنتج أن المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل لتحديد النسل وعدم إنجاب طفل بعد الطفل الأول وذلك لفرض التباعد بين الولادات وعدم استعمال وسائل منع الحمل مباشرة بعد الزواج دليل على خوفهن من العقم وعدم إنجاب أطفال في حياتهن فهن يرون بأن ضرورة إنجاب طفل وبعدها يكون تحديد وتنظيم الأسرة وجب في أن يكون لهن أطفال من أزواجهن مباشرة بعد الزواج.

جدول رقم (23): يمثل توزيع أفراد العينة حسب سبب استعمال وسيلة منع الحمل للتباعد بين الولادات

النسبة %	التكرار	الإجابة
76%	38	نعم
24%	12	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم (23) توزيع أفراد العينة حسب استعمال وسيلة منع الحمل للتباعد بين الولادات ونلاحظ أن نسبة 76% كانت بنعم أي السبب للتباعد بين الولادات بينما كانت 24% بجواب لا ومن هنا نستنتج أن أسباب استعمال وسائل منع الحمل في العينة المبحوثة هي التباعد بين الولادات وتنظيم الأسرة والحد من الولادات المتتالية وإنجاب الأطفال بعدد معقول وطريقة مدروسة ومنظمة.

جدول رقم (24): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأثير الوسيلة المستعملة (المختارة) بعد سن اليأس

النسبة %	التكرار	الإجابة
66%	33	نعم
34%	17	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم (24) توزيع أفراد العينة حسب تأثير الوسيلة المستعملة والمختارة بعد سن اليأس، نلاحظ أن أغلب المبحوثات تأثرن بهذه الوسيلة بنسبة 66% أما التي لم تتأثر تقدر بنسبة 34% ومن هنا نستنتج أن هذه الوسائل المستعملة لمنع الحمل تؤثر على صحة المرأة وتشكل خطر على صحتها بعد سن الإنجاب ومن هنا ننصح بعدم استعمال هذه الوسائل لمنع الحمل.

جدول رقم (25): يمثل توزيع أفراد العينة حسب متابعة المبحوثات من قبل طبيب مختص أم لا

النسبة %	التكرار	الإجابة
68%	34	نعم
32%	16	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(25) توزيع أفراد العينة حسب متابعة المبحوثات من قبل طبيب مختص أم لا ومن هنا نلاحظ أن نسبة 68% تعالجن عند طبيب مختص بينما نسبة 32% لا تعالجن عند طبيب مختص ومن هنا نستنتج أن المبحوثات يعين حجم الأمراض والمشاكل الصحية التي يتعرضن لها لذا تفضلن الطبيب المختص للمتابعة والعلاج من الأمراض الناتجة عن استعمال موانع الحمل.

جدول رقم(26): يمثل توزيع أفراد العينة حسب تأييد المبحوثات من استعمال وسائل منع الحمل بعدما عرفت أن لها مضاعفات على الصحة بعد سن اليأس

النسبة %	التكرار	الإجابة
18%	9	نعم
82%	41	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول رقم(26) توزيع أفراد العينة حسب تأييد المبحوثات من استعمال وسائل منع الحمل بعدما عرفت أن لها مضاعفات على الصحة بعد سن اليأس نلاحظ أن نسبة 82% من المبحوثات تعارض استعمال وسائل منع الحمل بينما 18% كانت مؤيدة ومن هنا نستنتج أن المبحوثات التي تمثل العينة المدروسة تعارض استعمال أي وسيلة تضر بصحتها ومهتمة باستعمال الآمن والغير مضر التي تعرضن له بعد سن اليأس.

جدول رقم(27): يمثل توزيع أفراد العينة حسب النساء اللواتي تتصح بعدم التوجه إلى استعمال الوسائل التي تضر بالصحة

النسبة %	التكرار	الإجابة
68%	34	نعم
32%	16	لا
100%	50	المجموع

يبين لنا الجدول (27) توزيع أفراد العينة حسب النساء اللواتي تتصح بعدم التوجه إلى استعمال الوسائل التي استعملتها وكانت لها أضرار على صحتهن، نلاحظ أن نسبة 68% من المبحوثات تتصح النساء بعدم التوجه إلى استعمال هذه الوسائل بينما 16% كانت الإجابة بلا أي عدم النصح ومن هنا نستنتج أن المبحوثات كانت تريد مشاركة تجربتها على النساء الأخريات جراء الأمراض التي تعرضن لها والمشاكل الصحية .

سابعا-اختبار الفرضيات:

7-1- وسائل منع الحمل والمشاكل الصحية للمرأة في سن اليأس: استعمال وسائل منع الحمل يؤدي إلى مشاكل صحية للمرأة ما بعد الإنجاب.

نقوم من خلال هذه الفرضية باختبار تأثير وسائل منع الحمل على صحة المبحوثات في سن ما بعد الإنجاب ولذلك نقوم بوضع جداول متقاطعة ما بين المتغير المستقل والمتغير التابع.

جدول رقم (28): يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية وقرار تأثير وسائل منع الحمل على صحتها

		نعم	لا		
السن	49-55	Effectif	17	9	26
		% dans	65.4%	34.6%	100.0%
	55-61	Effectif	15	3	18
		% dans	83.3%	16.7%	100.0%
	61-67	Effectif	5	0	5
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
	67 فما فوق	Effectif	1	0	1
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Effectif	38	12	50
		% dans	76.0%	24.0%	100.0%

يوضح لنا الجدول رقم (28) توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية وعلاقتها بقرارهن من تأثير وسائل منع الحمل على صحتهن في فترة سن اليأس، نلاحظ أن 76% من المبحوثات كانت قد تأثرت من استعمال وسائل منع الحمل من بينهم 100% من الفئة العمرية 61-67 و 83.3% من الفئة العمرية 55-61 و نسبة 65.4% في الفئة العمرية 49-55 و بعد حسابنا لمعامل الارتباط الذي

وجدناه (+0.279) أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين أي كلما زاد السن زاد تأثير وسائل منع الحمل على صحة المبحوثات.

ومن هنا نستنتج أن الفئة العمرية المحصورة بين 61 فما فوق هي الأكثر تأثراً وهذا ما يدل على استهلاكها لوسائل منع الحمل وانتشار هذه الوسائل بين النساء المتزوجات في هذا السن، وانخفاضها في الفئات العمرية 49-55 و 55-61 وذلك لمعرفة المرأة بخطورة استعمال هذه الوسائل و استحوادها على معلومات عن استعمال هذه الوسائل وضرورة استبدالها بوسائل أخرى.

جدول رقم (29): يمثل توزيع المبحوثات المستوى التعليمي وقرار تأثير وسائل منع الحمل.

		نعم	لا			
المستوى التعليمي	بدون مستوى	Effectif	9	1	10	
		% dans	90.0%	10.0%	100.0%	
	ابتدائي	Effectif	3	1	4	
		% dans	75.0%	25.0%	100.0%	
	متوسط	Effectif	6	1	7	
		% dans	85.7%	14.3%	100.0%	
	ثانوي	Effectif	7	2	9	
		% dans	77.8%	22.2%	100.0%	
	جامعي	Effectif	9	6	15	
		% dans	60.0%	40.0%	100.0%	
	تكوين مهني	Effectif	4	1	5	
		% dans	80.0%	20.0%	100.0%	
	Total		Effectif	38	12	50
			% dans	76.0%	24.0%	100.0%

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول رقم (29) والذي يوضح علاقة المستوى التعليمي للمبحوثات وتأثير وسائل منع الحمل نلاحظ أن نسبة 76% من المبحوثات صرحن بأن لهم تأثير من استعمال وسائل منع الحمل من بينهم 90% بدون مستوى و 85.7% مستوى متوسط و 80% تكوين مهني و 77.8% مستوى ثانوي و 75% مستوى ابتدائي و 60% مستوى جامعي وبعد حسابنا لمعامل الارتباط وجدنا يساوي (-0.19) وإذن هناك علاقة عكسية بين متغير المستوى التعليمي وقرار تأثير وسائل منع الحمل، فمستوى التأثير باستعمال وسائل منع الحمل كان كبيراً عند النساء اللواتي ليس لديهم مستوى يليه اللواتي لهن مستوى متوسط وهذا راجع ربما لعدم وعي هذه الفئة من النساء بمخاطر استعمال هذه الوسائل و قلة الثقافة الصحية لديهن فهمن الوحيد تقليل الولادات دون معرفة العواقب المترتبة من استهلاك تلك الموانع من الحمل.

7-1-1- استنتاج الفرضية الأولى:

تمر المرأة بثلاث مراحل في حياتها وهي البلوغ والمراهقة وسن اليأس ولا شك أن تعاشها مع أي مرحلة يؤثر على المرحلة التي تليها صحيا خصوصا إن أغلب النساء يعانين من أمراض أثناء مرحلة سن ما بعد الإنجاب نتيجة لاستعمالهن لوسائل منع الحمل في مرحلة الإنجاب.

-تأثير وسائل منع الحمل كان كبير في الفئة العمرية 61-67 و 67 فما فوق حيث كان تأثير كلي وهذا ما يدل على التأثير السلبي لصحة المبحوثات.

-المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على صحتها خلال فترة ما بعد الإنجاب فوعيها بضرورة تنظيم الأسرة والمحافظة على صحتها بتقليل من الأولاد يؤدي استعمالها لوسائل منع الحمل أثناء مرحلة الإنجاب مما يؤثر على صحتها في سن ما بعد الإنجاب قلة المستوى التعليمي للمبحوثات زاد من تأثرهن صحيا.

ومنه نستنتج أن سلوك المرأة خلال سن الإنجاب له أثر على صحتها خلال سن ما بعد الإنجاب وتفاوت درجة تأثير المتغيرات المتعلقة بسلوكها الإيجابي على صحتها فاستخدام موانع الحمل له تأثير سلبي كبير على حالتها الصحية في سن ما بعد الإنجاب.

7-2- الحبوب وتأثيرها على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب: كلما كان استعمال الحبوب يكون تأثيرها على صحة المرأة ما بعد الإنجاب.

نقوم من خلال هذه الفرضية باختبار تأثير استعمال الحبوب على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب ولذلك نقوم بوضع جداول متقاطعة ما بين المتغير المستقل والمتغير التابع.

جدول رقم (30): يمثل توزيع المبحوثات حسب الوسيلة المرغوب في استخدامها وقرار هل هذه الوسيلة لها آثار على صحتها.

		نعم	لا	
ماهي الوسيلة التي كنت ترغبين في استخدامها	الحبوب	Effectif	28	8
		% dans	77.8%	22.2%
	وسيلة اخرى	Effectif	10	4
		% dans	71.4%	28.6%
Total		Effectif	38	12
		% dans	76.0%	24.0%

من خلال معطيات الجدول رقم(30) والذي يبين توزيع المبحوثات حسب الوسيلة المرغوب في استخدامها وقرار هل هذه الوسيلة لها آثار على صحتها.

نلاحظ أن نسبة 76% من المبحوثات تأثرن باستعمال وسائل منع الحمل التي من بينها 77.8% من المبحوثات قد استعملت الحبوب وكان لها أثر على صحة المرأة بينما 71.4% استعملت وسيلة أخرى وكان لها أثر على صحة المبحوثة وبعد حسابنا لمعامل الارتباط وجدنا (0.67) إذن هناك علاقة طردية قوية بين الوسيلة المرغوب في استخدامها وتأثير هذه الوسيلة على صحة المبحوثات ومن هنا نستنتج أن استعمال الحبوب لمنع الحمل هو وسيلة لها تأثيرات جانبية على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب ونستنتج أن هذه الوسيلة منتشرة الاستعمال بين المبحوثات وسهولة استعمالها والحصول عليها وتقديمها بشكل كبير من طرف الأطباء إذن كلما كان استعمال الحبوب يكون هناك تأثير على صحة المرأة ما بعد الإنجاب.

جدول رقم (31): يمثل توزيع الفئة العمرية وقرار استعمال الوسيلة للتباعد أم لا .

		نعم	لا		
السن	49-55	Effectif	20	6	26
		% dans	76.9%	23.1%	100.0%
	55-61	Effectif	13	5	18
		% dans	72.2%	27.8%	100.0%
	61-67	Effectif	4	1	5
		% dans	80.0%	20.0%	100.0%
67 فما فوق		Effectif	1	0	1
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Effectif	38	12	50
		% dans	76.0%	24.0%	100.0%

يوضح لنا الجدول رقم(31) توزيع الفئة العمرية وقرار استعمال الوسيلة للتباعد، نلاحظ أن نسبة 76% من المبحوثات كانت الغاية منها في استعمال وسائل منع الحمل هو تباعد الولادات نجد من بينها 100% في الفئة العمرية 67 فما فوق و80% في الفئة العمرية 61-67 و76.9% في الفئة العمرية 49-55 بينما 72.2% في سن 55-61 وعند حسابنا لمعامل الارتباط وجدناه (+0.28) علاقة طردية ضعيفة بين متغيري السن واستعمال الوسيلة للتباعد(الحبوب) .

ومن هنا يتضح لنا من خلال النتائج أن السن يلعب دورا هاما في اتخاذ القرار نحو الوسيلة المستعملة والتي هي أغلبها هي حبوب منع الحمل لتنظيم الأسرة ومن هنا يمكننا القول أنه توجد علاقة طردية بين متغير

السن ومتغير اتخاذ القرار نحو الوسيلة المستعملة (الحبوب) للتباعد بين الولادات فهي سهلة الاستعمال و توفرها المجاني.

7-2-1- استنتاج الفرضية الثانية:

-إن صحة المرأة خلال سن اليأس تتأثر باستعمالها للحبوب خاصة كوسيلة لمنع الحمل أثناء مرحلة الإنجاب.

-استعمال الحبوب كوسيلة لمنع الحمل يؤدي بنتائج سلبية على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب .

ومن هنا يتضح لنا أن استعمال الحبوب كوسيلة لمنع الحمل هو مضر بصحة المرأة في سن اليأس و هو اختيار خاطئ للمرأة لتنظيم الأسرة.

7-3- وسائل منع الحمل ونوع الأمراض التي تتعرض لها المرأة في سن ما بعد الإنجاب: نوع

الوسائل المتعلقة بالمنع للحمل تؤثر على نوعية الأمراض للمرأة ما بعد الإنجاب ، ولذلك نقوم بوضع جداول متقاطعة ما بين المتغير المستقل والمتغير التابع والذي يتمثل في الجداول التالية:

جدول رقم(32): يمثل توزيع المبحوثات حسب تفضيلهن للوسيلة المستعملة وهل هذه الوسيلة لها آثار على صحتهن في سن ما بعد الإنجاب.

		لا	نعم		
ما سبب تفضيل هذه الوسيلة عن بقية الوسائل الاخرى	لفعالية هذه الوسيلة	1	7	Effectif	8
		12.5%	87.5%	% dans	100.0%
	لسهولة استعمالها	5	14	Effectif	19
		26.3%	73.7%	% dans	100.0%
	لوفرة المعلومات عنها	2	1	Effectif	3
		66.7%	33.3%	% dans	100.0%
لانخفاض ثمنها		0	1	Effectif	1
		0.0%	100.0%	% dans	100.0%
بناءا علي استشارة الطبيب		9	10	Effectif	19
		47.4%	52.6%	% dans	100.0%
Total		17	33	Effectif	50
		34.0%	66.0%	% dans	100.0%

نلاحظ من خلال الجدول (32) والذي يبين العلاقة بين تفضيل إحدى وسائل منع الحمل وهل هذا التفضيل له علاقة بآثار على صحة المبحوثات في سن ما بعد الإنجاب نلاحظ أن نسبة 66% من المبحوثات كانت قد تأثرت من استعمال وسائل منع الحمل من بينهم 100% لانخفاض ثمنها أي كل المبحوثات كانت قد تأثرت و 87.5% فضلن الوسيلة التي كانت فعالة و 73.7% فضلت الوسيلة السهلة الاستعمال و 52.6% فضلت الوسيلة المقدمة من طرف وصفا طبيبا و 33.3% فضلت لوفرة المعلومات عنها وبعد حساب معامل الارتباط وجدناه (0.26) علاقة طردية بين متغير تفضيل الوسيلة وآثار على صحة المبحوثات .

ومن هنا نستنتج أن كل المبحوثات التي اختارت الوسيلة لانخفاض ثمنها قد تأثرت بهذه الوسيلة وأغلب المبحوثات التي اختارت لفعالية الوسيلة وسهولة استعمالها قد تأثرت باستعمال هذه الوسيلة وهذا ما يدل على أن هذا الاختيار للمبحوثات يضر بصحتهن فالمبحوثات كانت تقوم بتنظيم الأسرة دون مراعاة العواقب المترتبة عن هذا السلوك .

جدول رقم (33): يمثل توزيع المبحوثات حسب استخدام إحدى وسائل منع الحمل وقرار معالجة هذه الأمراض عند طبيب مختص.

		هل استخدمي إحدى وسائل منع الحمل		Total	
		نعم	لا		
هل تعالجن هذه الأمراض عند طبيب مختص	نعم	Effectif	56	3	59
		dans % هل تعالجن هذه الأمراض عند طبيب مختص	94.9%	5.1%	100.0%
	لا	Effectif	17	5	22
		dans % هل تعالجن هذه الأمراض عند طبيب مختص	77.3%	22.7%	100.0%
Total		Effectif	73	8	81
		dans % هل تعالجن هذه الأمراض عند طبيب مختص	90.1%	9.9%	100.0%

من خلال معطيات الجدول رقم (33) والذي يمثل توزيع المبحوثات حسب استخدام إحدى وسائل منع الحمل وقرار معالجة هذه الأمراض عند طبيب مختص، نلاحظ أن نسبة 94.9% من المبحوثات التي استخدمت

وسائل منع الحمل كانت تعالج عند طبيب مختص من أصل 90.1% وبعد حساب معامل الارتباط نجده يساوي (0.255) إذن هناك علاقة طردية ضعيفة بين استخدام وسائل منع الحمل ومتغير معالجة الأمراض عند طبيب مختص.

وهنا نستنتج أن المبحوثات تعرضن لأمراض جراء استهلاك وسائل منع الحمل لذا توجهن إلى طبيب مختص لمتابعة صحتهن والوقوف على المشاكل الصحية التي يعانين منها مثل ضغط الدم والذي يستلزم طبيب مختص في القلب ومرضى الزيادة في الوزن ومرضى السكري والذي يستلزم طبيب مختص في السكري والكآبة وسرطان الرحم والذي يستلزم أيضا طبيب مختص إذن نوع الوسيلة المستعملة لمنع الحمل كان لها آثار كثيرة وظهر أنواع من الأمراض يعانين منها المبحوثات.

جدول رقم (34): يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئة العمرية وسبب تفضيل الوسيلة المستعملة وهل أثرت على صحتها.

		هل الوسيلة المستخدمة كان لها آثار على صحتك							Total	
				لفعالية هذه الوسيلة	لسهولة استعمالها	لوفرة المعلومات عنها	لانخفاض ثمنها	بناء على استشارة الطبيب		
نعم	السن	49-55	Effectif	3	9	0	0	5	17	
			% du total	7.9%	23.7%	0.0%	0.0%	13.2%	44.7%	
		55-61	Effectif	4	8	0	0	3	15	
			% du total	10.5%	21.1%	0.0%	0.0%	7.9%	39.5%	
		61-67	Effectif	0	0	1	1	3	5	
			% du total	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	7.9%	13.2%	
		فوق 67	Effectif	0	0	0	0	1	1	
			% du total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	
		Total		Effectif	7	17	1	1	12	38
				% du total	18.4%	44.7%	2.6%	2.6%	31.6%	100.0%
لا	السن	49-55	Effectif	1	1	1		6	9	
			% du total	8.3%	8.3%	8.3%		50.0%	75.0%	
		55-61	Effectif	0	1	1		1	3	
			% du total	0.0%	8.3%	8.3%		8.3%	25.0%	

Total	Total	Effectif	1	2	2	7	12		
			% du total	8.3%	16.7%		16.7%	58.3%	100.0%
Total	السن	49-55	Effectif	4	10	1	0	11	26
			% du total	8.0%	20.0%	2.0%	0.0%	22.0%	52.0%
		55-61	Effectif	4	9	1	0	4	18
			% du total	8.0%	18.0%	2.0%	0.0%	8.0%	36.0%
		61-67	Effectif	0	0	1	1	3	5
			% du total	0.0%	0.0%	2.0%	2.0%	6.0%	10.0%
	فوق 67	Effectif	0	0	0	0	1	1	
		% du total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	2.0%	
	Total	Effectif	8	19	3	1	19	50	
		% du total	16.0%	38.0%	6.0%	2.0%	38.0%	100.0%	

من خلال الجدول رقم(34) والذي يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئة العمرية وسبب تفضيل الوسيلة المستعملة وهل أثرت على صحتها، نلاحظ أن نسبة 16% من المبحوثات كان السبب لاستخدامها لوسائل منع الحمل لفعالية هذه الوسيلة أما 38% كان السبب لسهولة استعمالها و6% لوفرة المعلومات عنها و2% لانخفاض سعرها و38% بناء على استشارة طبية ونلاحظ أن 8% كانت في الفئة العمرية من 49-55 بالنسبة للسبب الأول بينما 8% كانت في الفئة العمرية 55-61 في نفس السبب أما بالنسبة للسبب الثاني والذي هو سهولة استعمالها كانت نسبة 20% بالنسبة للفئة العمرية من 49-55 و18% بالنسبة للفئة العمرية 55-61 ولا توجد في باقي الفئات العمرية أما بالنسبة للسبب الثالث والذي هو وفرة المعلومات عنها كانت 2% بالنسبة للفئة 49-55 و2% للفئة العمرية 55-61 و2% بالنسبة للفئة 61-67 ولا توجد في الفئة العمرية الباقية، أما بالنسبة لسبب انخفاض ثمنها كانت نسبة 0% بالنسبة للفئة العمرية الأولى والثانية و2% بالنسبة للفئة العمرية 61-67 و0% بالنسبة لما فوق 67 ونلاحظ في الفئة 49-55 أن نسبة 7.9% التي تأثرت بوسائل منع الحمل والتي كانت اختيارها لهذا الوسيلة على أساس فعاليتها ونسبة 10.5% والتي تأثرت بوسائل منع الحمل والتي كانت نفس اختيار والفئة العمرية.

بالنسبة للاختيار الثاني وهو سهولة الاستعمال كانت نسبة 23.7% بالنسبة للفئة 49-55 و21.1% للفئة العمرية 55-61 و0% لباقي الفئات العمرية.

وبالنسبة للاختيار الثالث وهو وفرة المعلومات نجد نسبة 2.6% للفئة العمرية 61-67 بينما 0% في باقي الفئات العمرية ونفس الشيء بالنسبة لسبب انخفاض ثمنها أما بالنسبة لسبب اختيار وسيلة منع الحمل على أساس استشارة طبية نجد نسبة 13.2% في الفئة العمرية 49-55 و 7.9% في الفئة العمرية 55-61 و 7.9% للفئة العمرية 61-67 و 2.6% بالنسبة لسن ما فوق 67 ومن هنا نستنتج أن نوع الوسيلة أثر على صحة المبحوثات لسن ما بعد الإنجاب حيث كان التأثير أكثر عند اختيار الوسيلة سهلة الاستعمال وخاصة في الفئة العمرية 49-55 والتي كانت المبحوثات متأثرة بنسبة كبيرة وظهر بها عدة أنواع من الأمراض كضغط الدم والسكري وكانت عدة مبحوثات يعانين من الكآبة والبعض منهم من سرطان الرحم.

7-3-1- استنتاج الفرضية الثالثة:

يعتبر سن اليأس أصعب مرحلة من الناحية النفسية للمرأة خلال هذه المرحلة تحدث لها تغيرات و تعرضها لأنواع من الأمراض كانت نتيجة لمرحلة سابقة، مثلا مرض ضغط الدم ومرض السكري والزيادة في الوزن والكآبة فنوع الوسيلة يؤثر على صحة المرأة وذلك لاختيارها لأسهل وسيلة لغرض الاستعمال وعدم استعمالها لوسائل صحية غير مؤثرة مثل الواقي الذكري وغيرها من الوسائل التي تستهلك عن طريق الفم خاصة.

خاتمة

خاتمة عامة :

لقد حاولنا في بحثنا هذا دراسة ما مدى تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب توصلنا من خلال هذه الدراسة التي شملت 50 مبحوثة على مستوى بلدية الأغواط إلى مجموعة من المتغيرات السوسيوولوجية التي تميز النساء المتزوجات المستعملات لإحدى وسائل منع الحمل ومن خلال إثبات الفرضيات المقترحة في أول الدراسة قمنا بالتأكد إحصائياً من وجود أو عدم وجود علاقة بين بعض المتغيرات الملاحظة المتمثلة في عمر المرأة، المستوى التعليمي مع استعمال البحوثات لوسائل منع الحمل، بالإضافة إلى نوعها فكانت النتائج كالآتي:

-تأثير وسائل منع الحمل كان كبيراً في الفئة العمرية 61-67 و 67 سنة فما فوق واستعمال موانع الحمل في هذه الفئة العمرية كان كبير .

-المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على صحة المرأة في سن ما بعد الإنجاب ومن هنا فإن سلوك المرأة أثناء مرحلة الخصوبة يؤثر على صحتها في سن اليأس وتتغير درجة التأثير حسب استعمال وسائل منع الحمل فانخفاض المستوى للمرأة و قلة الثقافة لديها يجعلها تستهلك لوسائل منع الحمل دون مراعاة النتائج المترتبة على هذا السلوك.

-يكون التأثير كبير باستعمال الحبوب لمنع الحمل فاستعمال هذا النوع له تأثير سلبي على صحة المرأة وله انعكاسات سلبية على صحتها وظهور عدة أنواع من الأمراض مثلا مرض ضغط الدم ومرض السكري وزيادة في الوزن والكآبة حتى سرطان الرحم لهذا سنحاول ختام بحثنا هذا بأهم التوصيات :

- توعية المرأة وتنقيفها والتعرف على حجم المشكلات الصحية التي تواجهها في مرحلة ما بعد الإنجاب.
- ضرورة نشر مخاطر استعمال الحبوب و نتائجها.
- المطالبة بمزيد من الرعاية من طرف الدولة وأفراد الأسرة للمرأة في مرحلة سن اليأس خاصة من طرف الزوج و الأبناء.
- الرعاية النفسية والطبية من طرف الجهات المختصة في ذلك .

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية

الكتب:

1. إحسان محمد الحسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطليعة، بيروت، 1986.
2. أمين رويحة، المرأة في سن الإخصاب وسن اليأس، دار القلم، ط1، بيروت، 1974.
3. أيمن الحسيني، أسرار المرأة وحياتها الخاصة الصحية والنفسية، دار الهدى للطباعة.
4. جون ستند، مرجريت، تر سيد علي رمضان، سن اليأس، دار الشروق، مصر، 1993.
5. الحمصي عصام، الموسوعة الطبية الموجزة، دار الرشيد، دمشق.
6. خالد زهدي خواجه، إحصاءات الخصوبة، المعهد العربي للتدريب على البحوث الإحصائية.
7. خليل عبد الهادي البدو، علم اجتماع السكان، دار حامد عمان، الأردن، 2008.
8. عباس، حمزة، أزيد من مليون مولود جديد سنويا بالجزائر، النهار، العدد 22800.
9. قناوي جعفر، سن اليأس عند الرجل والمرأة المرحلة الذهبية من العمر، هلا للنشر والتوزيع، شركة الجلالة للطباعة، ط1، 2004.
10. مفيد ذنون يونس، اقتصاديات السكان، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ط1، 2011.
11. منير عبد الله كرادشة، علم السكان والديمغرافيا الاجتماعية، دار الكتاب العالمي للنشر والتوزيع، الأردن، ط2، 2009.
12. هندومة محمد أنور حامد، سن اليأس عند المرأة، دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.

الرسائل الجامعية:

13. حواء هدي، مؤشرات لأولويات الإعلام والتنقيف والاتصال في الصحة الإنجابية الجمهورية اللبنانية، وزارة الشؤون الاجتماعية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، لبنان، 2001.

14. خليفي أحمد، السياسات السكانية والتحول الديمغرافي في العالم الثالث، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، نموذج الجزائر 1987-1962، الإسكندرية، 1991.
15. فطيمة دريد، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة للتنظيم العائلي للأسرة الجزائرية) ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع والتنمية، جامعة قسنطينة، 2006-2007.
16. مشتي سامية، الخصوبة المفضلة وتنظيم الأسرة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2003-2004.
17. وزارة الصحة والسكان مديرية السكان، السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010، ملخص، الجزائر، جويلية 2001.

ثالثا: المراجع الأجنبية

18. AARDES,1970,Enquete Socio-démographique
laprocréation,Direction du plan et des etudes économique,Alger.
19. Benkhelil R1998,Les Politiques de population et le context
international,Actes des journées d'études,Sidi Fredj 07 et 08
janvier1997,CENEAP .
20. Dekkar et al,(1999), Un Quart De Siècle D'études Sur La Survie De
L'enfant Algérien1970-1995 UNICEF-
21. Fellous M,1982,contraception Et Migration, planification
Familiale,Ed,Syros, paris.
22. Kouaouci A(1996),Genese et evolution de la politique de population en
Algerie(1962-94),International Planned Parenthood Federation(IPPF),Arab
world region,Tunis.

23. Leridon H. (1972) : « la démographie Analyse et modèles », INED, PUF, Paris.
24. MSPRH,2003,Population et développement en Algérie.Rapport national. CIPD+10 ?Alger ? decembre.
25. National de la famille et de la population. (1987) : Famille et population, nouvelle série n°5.6, Tunisie.
26. Nations–Unies, Apres la contraception. (1985) : Dissiper les rumeurs sur la fécondité ultérieure, Population Report, Série j, n°28, Ed. Anglaise.
27. Nations–Unies,1985,Enquête Sur La Fécondité Et Sur le Planning Familial, Population Report, element nouveau, série M.
28. Pressat R. (1979) : « Dictionnaire de démographie », PUF.
29. Safir T(sans année),Changement Social,Politique De Population Et Transition Démographique Dans Les Pays Maghreb.
30. Vallin Jacque et Thérèse Locoh(2001) population et développement en tunésié (la métanorphose) édition CERES tunis avril P 211.

الملاحق

ملحق رقم -01-

أولاً: بيانات عامة

- 1/السن: 1.[55-49] 2.[61-55] 3.[67-61] 4.[67 فما فوق]
- 2/الحالة العائلية: 1.متزوجة 2.أرملة 3.مطلقة
- 3/المستوى التعليمي: 1.بدون مستوى 2.ابتدائي 3.متوسط 4.ثانوي
- 5.جامعي 6.تكوين مهني
- 4/هل تعملين؟ 1.نعم 2.لا
- في حالة الإجابة بـ "نعم" ما هو نوع المهنة؟.....
- 5/المستوى التعليمي للزوج: 1.بدون مستوى 2.ابتدائي 3.متوسط 4.ثانوي
- 5.جامعي
- 6/مكان الإقامة: 1.ريف 2.حضر 3.شبه حضري
- 7/عدد الأطفال: 1.ذكور 2.إناث
- 8/مهنة الزوج (وضعية الزوج اتجاه العمل الممارس خلال الشهر السابق):
.....
- 9/نوع الأسرة: 1.سكن فردي 2.سكن جماعي (مع الأهل)
- 10/الدخل الشهري للأسرة:
1.[أقل من 15000] 2.[15000-25000] 3.[25000-35000]
- 4.[أكثر من 35000]

ثانيا: استخدام وسائل منع الحمل

11/هل استخدمت إحدى وسائل منع الحمل: 1.نعم 2.لا

12/إذا كان الجواب نعم ما هي الوسيلة المستخدمة؟.....

13/لماذا استخدمت هذه الوسيلة؟.....

14/هل لديك معلومات كافية عن جميع وسائل منع الحمل:

1.نعم 2.لا 3.إلى حد ما

15/هل هذه الأسباب جعلتك تتجهين إلى استعمال موانع الحمل:

1.الظروف الاقتصادية وعدم القدرة على تحمل مصاريف الأسرة

2.الخروج إلى ميدان العمل

3.تنظيم الأسرة

4.أخرى.....

16/ما هي الوسيلة التي كنت ترغبين في استخدامها:.....

17/ما سبب تفضيل هذه الوسيلة عن بقية الوسائل الأخرى:

1.لفعالية هذه الوسيلة 2.لسهولة استعمالها 3.لوفرة المعلومات عنها 4.لانخفاض ثمنها

5.بناءا على استشارة طبية

18/هل يؤيدك زوجك في استخدام هذه الوسيلة: 1.نعم 2.لا 3.نوعا ما

19/هل فكرت في موضوع تنظيم الأسرة قبل الزواج: 1.نعم 2.لا 3.نوعا ما

20/إذا كان الجواب لا ما هي الأسباب؟ 1.خوفا من العقم و الأعراض الجانبية 2.بسبب الدين

3.بسبب رفض الزوج والأقارب والعادات والتقاليد

21/ ما هي المدة الفاصلة بين كل طفل وآخر؟ 1. سنة 2. سنتين 3. ثلاث سنوات فما فوق

ثالثا: تأثير وسائل منع الحمل على صحة المرأة

22/ هل الوسيلة المستخدمة كان لها آثار على صحتك؟ 1. نعم 2. لا

في حالة الإجابة بنعم أذكر العارض الصحي:.....

23/ هل أثر مرضك على نفسيتك؟ 1. نعم 2. لا

24/ في حالة الإجابة بنعم هل أثر ذلك على علاقتك بأسرتك؟ 1. نعم 2. لا

في حالة الإجابة بنعم علل؟.....

25/ متى تم استعمال وسيلة منع الحمل أول مرة:

1. بعد الزواج مباشرة 2. بعد إنجاب الطفل الأول 3. بعد إنجاب الطفل الثاني

4. بعد التوقف عن الإنجاب

لماذا؟.....

26/ هل استعملت الوسيلة للتباعد أو للتوقف نهائيا: 1. نعم 2. لا

لماذا؟.....

27/ هل اتخذت القرار وحدك أو مع الزوج: 1. وحدك 2. مع الزوج

لماذا؟.....

28/ هل أثرت عليك هذه الوسيلة بعد سن اليأس؟ 1. نعم 2. لا

إذا كان الجواب نعم كيف ذلك؟.....

29/هل تعالجين هذه الأمراض عند طبيب مختص؟ 1.نعم 2.لا

لماذا؟.....

30/إذا كنت تعلمين أن موانع منع الحمل لها مضاعفات على الصحة بعد سن اليأس

هل كنت ستستعملينها؟ 1.نعم 2.لا

-برري في كلتا الحالتين.....

31/هل تتصحين النساء اللواتي تعرفينهن بعدم التوجه إلى استعمالها؟ 1.نعم 2.لا

-برري في كلتا الحالتين.....

ملحق رقم -02-

جدول رقم (01): يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية وقرار تأثير وسائل منع الحمل على صحتها

			نعم	لا	
السن	49-55	Effectif	17	9	26
		% dans	65.4%	34.6%	100.0%
	55-61	Effectif	15	3	18
		% dans	83.3%	16.7%	100.0%
	61-67	Effectif	5	0	5
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
	67 فما فوق	Effectif	1	0	1
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Effectif	38	12	50
		% dans	76.0%	24.0%	100.0%

جدول رقم (02): يمثل توزيع المبحوثات المستوى التعليمي وقرار تأثير وسائل منع الحمل.

			نعم	لا		
المستوى	بدون مستوى	Effectif	9	1	10	
		% dans	90.0%	10.0%	100.0%	
	ابتدائي	Effectif	3	1	4	
		% dans	75.0%	25.0%	100.0%	
	متوسط	Effectif	6	1	7	
		% dans	85.7%	14.3%	100.0%	
	ثانوي	Effectif	7	2	9	
		% dans	77.8%	22.2%	100.0%	
	جامعي	Effectif	9	6	15	
		% dans	60.0%	40.0%	100.0%	
	تكوين مهني	Effectif	4	1	5	
		% dans	80.0%	20.0%	100.0%	
	Total		Effectif	38	12	50
			% dans	76.0%	24.0%	100.0%

جدول رقم (03): يمثل توزيع المبحوثات حسب الوسيلة المرغوب في استخدامها وقرار هل هذه الوسيلة لها

آثار على صحتها

			نعم	لا	
ماهي الوسيلة التي كنت ترغيبين في استخدامها	الحبوب	Effectif	28	8	36
		% dans	77.8%	22.2%	100.0%
	وسيلة اخرى	Effectif	10	4	14
		% dans	71.4%	28.6%	100.0%
Total		Effectif	38	12	50
		% dans	76.0%	24.0%	100.0%

جدول رقم (04): يمثل توزيع الفئة العمرية وقرار استعمال الوسيلة للتباعد أم لا .

		نعم	لا		
السن	49-55	Effectif	20	6	26
		% dans	76.9%	23.1%	100.0%
	55-61	Effectif	13	5	18
		% dans	72.2%	27.8%	100.0%
	61-67	Effectif	4	1	5
		% dans	80.0%	20.0%	100.0%
	67 فما فوق	Effectif	1	0	1
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Effectif	38	12	50
		% dans	76.0%	24.0%	100.0%

جدول رقم (05): يمثل توزيع المبحوثات حسب تفضيلهن للوسيلة المستعملة وهل هذه الوسيلة لها آثار على

صحتهن في سن ما بعد الإنجاب

		نعم	لا			
ما سبب تفضيل هذه الوسيلة عن بقية الوسائل الأخرى	لفعالية هذه الوسيلة	Effectif	7	1	8	
		% dans	87.5%	12.5%	100.0%	
	لسهولة استعمالها	Effectif	14	5	19	
		% dans	73.7%	26.3%	100.0%	
	لوفرة المعلومات عنها	Effectif	1	2	3	
		% dans	33.3%	66.7%	100.0%	
	لانخفاض ثمنها	Effectif	1	0	1	
		% dans	100.0%	0.0%	100.0%	
	بناء على استشارة الطبيب	Effectif	10	9	19	
		% dans	52.6%	47.4%	100.0%	
	Total		Effectif	33	17	50
			% dans	66.0%	34.0%	100.0%

جدول رقم (06): يمثل توزيع المبحوثات حسب استخدام إحدى وسائل منع الحمل وقرار معالجة هذه

الأمراض عند طبيب مختص.

		هل استخدمي إحدى وسائل منع الحمل		Total	
		نعم	لا		
هل تعالجن هذه الأمراض عند طبيب مختص	نعم	Effectif	56	3	59
		% dans	94.9%	5.1%	100.0%
	لا	Effectif	17	5	22
		% dans	77.3%	22.7%	100.0%

Total	Effectif	73	8	81
	% dans هل تعالجين هذه الأمراض عند طبيب مختص	90.1%	9.9%	100.0%

جدول رقم (07): يمثل توزيع المبحوثات حسب الفئة العمرية وسبب تفضيل الوسيلة المستعملة وهل أثرت على صحتها.

هل الوسيلة المستخدمة كان لها اثار علي صرحتك								Total	
			لفعالية هذه الوسيلة	لسهولة استعمالها	لوفرة المعلومات عنها	لانخفاض ثمنها	بناءا علي استشارة الطبيب		
نعم	السن	49-55	Effectif	3	9	0	0	5	17
			% du total	7.9%	23.7%	0.0%	0.0%	13.2%	44.7%
	55-61	Effectif	4	8	0	0	3	15	
		% du total	10.5%	21.1%	0.0%	0.0%	7.9%	39.5%	
	61-67	Effectif	0	0	1	1	3	5	
		% du total	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	7.9%	13.2%	
	67 فما فوق	Effectif	0	0	0	0	1	1	
		% du total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	
	Total		Effectif	7	17	1	1	12	38
			% du total	18.4%	44.7%	2.6%	2.6%	31.6%	100.0%
لا	السن	49-55	Effectif	1	1	1		6	9
			% du total	8.3%	8.3%	8.3%		50.0%	75.0%
	55-61	Effectif	0	1	1		1	3	
		% du total	0.0%	8.3%	8.3%		8.3%	25.0%	
	Total		Effectif	1	2	2		7	12
			% du total	8.3%	16.7%	16.7%		58.3%	100.0%
Total	السن	49-55	Effectif	4	10	1	0	11	26
			% du total	8.0%	20.0%	2.0%	0.0%	22.0%	52.0%
	55-61	Effectif	4	9	1	0	4	18	
		% du total	8.0%	18.0%	2.0%	0.0%	8.0%	36.0%	
	61-67	Effectif	0	0	1	1	3	5	
		% du total	0.0%	0.0%	2.0%	2.0%	6.0%	10.0%	
	67 فما فوق	Effectif	0	0	0	0	1	1	
		% du total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	2.0%	
	Total		Effectif	8	19	3	1	19	50

		% du total	16.0%	38.0%	6.0%	2.0%	38.0%	100.0%
--	--	------------	-------	-------	------	------	-------	--------