ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

"Women's Reproductive Health Between Medical Awareness and Social Norms: The Case of Nomadic Communities in Algeria."

Touati sabah [1]
University akli mohand oulhadj ,bouira
amira.demographique@gmail.com
saad ouardia [2]
University akli mohand oulhadj ,bouira
ou.saad@univ-bouira.dz

Received:29/10/2025 Accepted : 16/11/2025

Abstract:

Reproductive health in nomadic communities lies at the intersection of medical awareness and socio-cultural norms. Medical awareness refers to accurate knowledge about reproductive health, including the ability to have a responsible sex life, safe reproduction, and the right to access family planning services and related healthcare.

These concepts emphasize the importance of medical examinations, prenatal care, education about sexually transmitted infections, and the impact of family planning on the health of individuals and families. Conversely, social norms impose various restrictions, particularly in nomadic communities characterized by strong traditions and social values that may govern individuals' choices regarding reproduction and family planning.

These restrictions and norms significantly impact women's reproductive health, hindering their full access to medical care and awareness.Therefore, achieving reproductive health requires an integrated approach that combines the provision of high-quality medical care and the dissemination of health awareness with combating harmful social norms and rules to ensure that every woman enjoys her right to health and well-being and the ability to make free and responsible decisions about her reproductive life.

Keywords: Reproductive health ; Social judgments ; Medical awareness.

مجلة الحكمة للدراسات والأبحاث المجلد 05 العدد06 بتاريخ 20-11-2025

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

الصحة الإنجابية للمرأة بين الوعي الطبي والأحكام الاجتماعية حالة المجتمعات الترحالية في الجزائر.

تواتي صباح[1]

جامعة أكلي محند أولحاج البويرة

amira.demographique@gmail.com

ساعد وردية [2]

جامعة أكلي محند أولحاج البويرة

ou.saad@univ-bouira.dz

ملخص:

الصحة الإنجابية في المجتمعات الترحالية تقع عند تقاطع الوعي الطبي من جهة والأحكام الاجتماعية الثقافية من جهة أخرى، يشير الوعي الطبي إلى المعرفة الصحيحة حول الصحة الإنجابية التي تشمل القدرة على الحصول على حياة جنسية مسؤولة، والأمان في الانجاب، والحق في الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة والرعاية الصحية ذات الصلة.

هذه المفاهيم تؤكد على أهمية الفحوصات الطبية، الرعاية أثناء الحمل، التوعية بأمراض منقولة جنسيا، وتأثير تنظيم الأسرة على صحة الأفراد والأسرة، في المقابل تضع الأحكام الاجتماعية قيودا مختلفة، وخصوصا في المجتمعات الترحالية الى تتميز بتقاليد قوية وقيم اجتماعية قد تحكم خيارات الأفراد بخصوص الإنجاب وتنظيم الأسرة، حيث تفرض قيودا وأحكام. تؤثر بشكل كبير على الصحة الإنجابية للمرأة، مما يحول دون الاستفادة الكاملة من الرعاية والوعي الطبي.

وبالتالي فتحقيق الصحة الإنجابية يتطلب تكاملا بين تقديم الرعاية الطبية عالية الجودة، ونشر الوعي الصحي من جهة، ومكافحة الأحكام والقواعد الاجتماعية الضارة لضمان تمتع كل امرأة بحقها في الصحة والرفاه والقدرة على اتخاذ قرارات حرة ومسؤولة بشأن حياتها الإنجابية.

الكلمات المفتاحية: الصحة الإنجابية ؛ الأحكام الاجتماعية ؛ الوعي الطبي.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

المقدمة:

ظلت المجموعات البشرية المستغلة للمجالات السهبية للجزائر طيلة عقود تتحرك ضمن مجال رعوي سهبي متكامل ، حيث اعتمدت أساسا على تربية الماشية كوسيلة للعيش، وعلى حياة الترحال كاستراتيجية للتكيف مع المجال الجغرافي المتميز بمناخه الجاف ويضعف قابليته للاستغلال الزراعي ، إلا أنه خلال العقود الأخيرة ونتيجة لتداخل العديد من العوامل السوسيواقتصادية، الثقافية و المناخية، شهد ذلك المجال السهبي تحولات اجتماعية مجالية عميقة كان من أهم أشكالها انحصار الاقتصاد الرعوي الترحالي، وما أفرزه من تغيرات مست العلاقات الاجتماعية والمعيش اليومي للبدو الرحل ، اللذين دفعت بهم تلك الظروف إلى الاستقرار أو التقليص من مدى الترحال.(وزارة الثحة والسكان، 1994، ص 10)

هذه التحولات التي عرفتها المنطقة طرحت العديد من الإشكاليات المتعلقة بطبيعة العلاقة بين الواقع الجديد الذي فرضته تلك التحولات وبين مختلف القيم والتمثلات حول الواقع الاجتماعي بصفة عامة وواقع المرأة والأسرة بصفة خاصة وضعية تتأرجح بين تغيرات بنيوية ووظيفية من ناحية أخرى، ومجموعة من التصورات والتمثلات حول وضعيتها تلك من ناحية ثانية والتي تختلف باختلاف الأوساط السوسيومجالية، دون ان نستطيع الجزم بتوازن هذين المستويين.

فالتغير البنيوي يتجلى بالخصوص في الاتجاه نحو أشكال جديدة من التنظيمات الأسرية أبرزها ظهور أسر ترأسها نساء وتقلص عدد أفرادها بالإضافة إلى تفضيل النساء للأسرة النووية.

أما التغير الوظيفي فيتجلى في بعض التحول في الأدوار الاقتصادية والإجتماعية بين الجنسين، واتجاه المرأة نحو ممارسة أنشطة مدرة للربح، والإهتمام أكثر بتعليم وتكوين الفتاة.(وزارة الصحة والسكان، 2008، ص ص 19_ 24)

أما فيما يتعلق بالتصورات والتحولات الاجتماعية، فالمنطقة وكما هو الشأن بالنسبة لعدد من المناطق السهبية والرعوية، تعرف كثافة في القيم والمعايير الاجتماعية مثل الشرف، الطاعة، الحياء والتي تفرض قيودا

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

على المرأة وتجعلها حبيسة عدد من التصورات والتحولات التقليدية التي تقلص وتحجم مساهمتها ودورها في التنمية.

ومن هنا ارتئين بالبحث الآتي للإجابة على مايلي:

- فما هو واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المناطق السهبية الترحالية؟
- ما هي إنعكاسات التحولات التي شهدتها المنطقة على مستوى الواقع والتحولات في مجال الصحة الإنجابية؟

من أجل الإجابة عن هذه التساؤلات استعملنا جانبين أساسين في المنهجية المتبعة وهما: البحث الوثائقي في مختلف الأدبيات التي تناولت موضوع الدراسة بالإضافة إلى البحث التطبيقي المتمثل في تجميع المعطيات الميدانية، والذي فرض علينا إستعمال تقنية الإستمارة بالمقابلة.

شمل البحث حوالي 80 مبحوثة تم إختيارهن بطريقة العينة العشوائية يتوزعن على ثلاثة جماعات قروية ترحالية في الوسط السهبي في ولاية الجلفة.

- وقد أخذنا بعين الاعتبار أثناء إجراء المقابلات والاستمارات مجموعة من المتغيرات السوسيوإقتصادية كالوضع العائلي، السن، المستوى التعليمي، حجم الأسرة ونمق العيش فالنساء يتشكلن من فئات عمرية مختلفة تراوحت بين أقل من 18 سنة وأكثر من 60 سنة وذلك من أجل تسجيل التغير الحاصل في خصوبة النساء والسلوكيات الصحية لهن (كعدد الأطفال، نسبة التردد على المؤسسة الصحية ..) بالنسبة للمستوى التعليمي فنجد أن هناك هيمنة للأمية بين النساء 70% من المستجوبات، وذلك راجع لعوامل إقتصادية وسوسيوثقافية. أما باقي النساء تراوح مستواهم التعليمي بين الإبتدائي والمتوسط، بعض هؤلاء النساء يمارسن أنشطة مدرة للدخل من أجل مساعدة أسرهن بعد أن أصبحت رئيسات أسر (مطلقات – أرامل)، أو من أجل تأمين بعض إحتياجاتهن، في ظل وضعية اقتصادية متردية بعد تراجع

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

الاقتصاد الرعوي الترحالي الذي كان يشكل مورد العيش الرئيسي لأغلب الأسر.(وزارة الصحة والسكان، 2008، ص ص 23_ 26).

بالنسبة لنمط العيش بالمنطقة فهو يشمل نمطين: نمط العيش الترحالي الذي يمارس تحت الخيام في السهوب والمنتجعات الواسعة من أجل ممارسة الرعي وتربية الماشية، ثم نمط الاستقرار بالمراكز القروية وأحيانا قليلة بالمنتجعات وتجدر الإشارة أن معظم النساء المستقرات خصوصا المسنات كن في الماضي يعشن حياة الترحال قبل الإستقرار بتلك المراكز شبه الحضرية، أما عن الفضاء الذي تعيش داخله النساء فهو فضاء يتم تسيره وفق معايير وأخلاق موحدة، سواء من أجل تدبير العلاقات مع الجيران أو الغرباء، أو داخل الأسرة نفسها، هذه المعايير الأخلاقية لا زالت جارية إلى حد الأن لدى الرحل مع بداية تلاشيها وتراجعها لدى السكان المستقرين.(وزارة الصحة والسكان، 2006، ص ص 25_ 30).

فبالنسبة للفضاء الجماعي هناك مجموعة من المفاهيم مثل "الولف" الذي يستعمل من أجل تحديد المجال الرعوي الذي إعتادت الأسرة الرعي فيه ثم "الوقر" الذي يستعمل من أجل تحديد فضاء التخييم وتوجيه الخيمة، والذي يحرم على أي غريب تجاوزه بدون إذن رب الأسرة، وفيما يتعلق بالفضاء المنزلي الخاص، فإن ضبط العلاقات الأسرية داخله يتم بواسطة مفهوم "الحشمة"، واحترام وضع الأب خاصة إذا تعلق الأمر بأسرة مكونة من الأب والأم والابناء وزوجاتهم.

من الناحية النظرية، لابد من الإشارة إلى أن هذا البحث يتبنى التعريف بالصحة الإنجابية بمفهومها الشامل، المدرج لأول مرة في وثيقة سياسية دولية، خلال المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994 "الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا وإجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة". وبالتالي لم تعد الصحة الإنجابية تقتصر على تحديد النسل وضبط الخصوبة(وزارة الصحة والسكان، 2006، ص 31)، بل أصبحت تشمل

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

أمورا متعددة بدءا بالحمل ووصولا إلى أمور أكثر حساسية ودقة مثل العنف الجنسي وما ينتج عنه من مشاكل نفسية.

نستنتجه من هذا التعريف هو أن الصحة الإنجابية للنساء تعني الرخاء والسلامة الجسمية والعقلية والنفسة وأخيرا الاجتماعية للمرأة، لذلك يمكن تلخيص الصحة الإنجابية في النقاط التالية:

- حمل وولادة بدون مخاطر تتمثل المخاطر في (وفاة الأم أو الطفل، مرض).
- تغذية سليمة للفتاة (المراهقة والأم قبل وأثناء وبعد الولادة)
- تخطيط أسري قائم على إعتبار الرغبة في الإنجاب والمشاركة في أخذ القرار بهذا الشأن مع الشريك أو الزوج.
- حياة جنسية سليمة من الأمراض المتنقلة جنسيا خاصة منها السيدا.
- حياة زوجية وأسرية من دون عنف جسدي أو نفسي أو جنسي.
- فترة ما بعد "توقف الحيض" صحية وسليمة.(سمير فريد، 1993، ص 25).

من خلال هذا التعريف يتبين أن مؤشر الصحة الإنجابية يعد من أحد المؤشرات الهامة لقياس مدى استفادة النساء من البرامج التنموية سواء بالمدن أو القرى. يستمد هذا المؤشر أهميته من كونه يتداخل فيه وضع المرأة الإقتصادي التعليمي والاجتماعي ثم الثقافي. حيث لا يمكن فصل أوضاع المرأة الصحية عن وضعها العام في المجتمع.

واهتمامه بها من الناحية التعليمية ومن ناحية توفير القدرة على اتخاذ القرار، وتوفير إمكانيات مادية، فهي كلها عوامل تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة إما بالسلب أو الإيجاب.

لذلك سنحاول مقاربة بعض جوانب الصحة الإنجابية المتمثلة في رصد صحة الأم في فترتي الحمل والولادة، ثم الخصوبة النسائية وما يتلوها من تخطيط أسري واتخاذ القرار في هذا الشأن، وذلك في أفق إماطة

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

اللثام عن المتغيرات الاقتصادية والسوسيوثقافية التي لا زالت تتحكم في هذا الجانب من واقع المرأة، ولبلوغ ذلك، قسمنا هذه الدراسة إلى محورين رئيسيين:

1 .**السلوك الصحي للمرأة الحامل:**

كنقطة من المعلوم أن المرأة الحامل تكون أكثر حاجة للرعاية الصحية، وذلك منذ مراحل الحمل الأولى إلى حين الولادة وما بعدها ، فخلال هذه الفترة يجب على المرأة إتباع نظام غذائي خاص بها يضمن ما تحتاجه من مواد ضرورية لجسمها كاليود والكالسيوم والحديد والفيتامينات ..... كما أن كثرة الأعمال المنزلية التي تقوم بها عادة يمكن أن تؤثر على صحة الأم والطفل معا، والأهم من ذلك يد يجب أن يكون تحت مراقبة طبية خلال فترة الحمل وأثناء الولادة، وذلك تجنبا لأي تعقيدات صحية من شأنها الإضرار بصحة الأم وطفلها، لكن السلوك الصحي لدى النساء في منطقة الدراسة قد يكون بعيدا عن هذا المنظور ، والذى سنتطرق له كما يلي: (Ammami massino,1999,p 125)

1.1. القنوات العلاجية التي تتبعها المرأة الحامل:

يتطلب حمل المرأة زيارة دورية للطبيب مرة كل ثلاث أشهر ، أي بمعدل ثلاث مرات أثناء الحمل في الحالات العادية، وذلك من أجل إجراء الفحوصات اللازمة لمراقبة وتتبع صحة الأم والنمو الطبيعي للجنين، لكن نلاحظ أن نسبة ضئيلة فقط من النساء اللواتي تلجأن للمؤسسية الصحية في حالة الحمل، فهن لا يتجوزن 27.5 % من مجموع النساء المبحوثات، أما الأغلبية فيعشن حملهن بدون الاستفادة من خدمات الطبيب، رغم كونهن في أمس الحاجة إلى الرعاية الصحية .(مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث، 2003، ص 27).

فأغلب النساء لا يدرين بأهمية متابعة الحمل، كما أنهن لا يلجأن للطبيب إلا في الحالات القصوى، أي في حالة إشتداد المرض وعدم نجاعة الطرق التقليدية المتبعة لديهن، وفي أحسن الحالات عند اقتراب

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

موعد الوضع، الشيء الذي يؤدي إلى إرتفاع نسبة وفيات الأمهات والأطفال أثناء الحمل أو الوضع، والتي أكدتها المبحوثات .

ورغم هذا الضعف في نسبة المتابعة الطبية للحمل لدى النساء ، فإنه عرف تغيرا عما كانت عليه الأمور في السابق، وهذا ما تبين من خلال دراسة توزيع نسب المستفيدات من الخدمات الطبية حسب السن، فالفئات العمرية 18 سنة – 31 سنة، كن الأكثر استفادة من الخدمات الطبية، أما في الفئة العمرية 45- 57 سنة فقد انعدمت لديهن هذه الممارسة عندما عشن تجربة الحمل في الماضي .

هذا الضعف في زيارة المؤسسة الصحية لدى النساء، دفعنا إلى التساؤل عن البدائل والقنوات العلاجية التي تلجأ إليها المرأة في حال ظهور مضاعفات أثناء الحمل أو بعد الولادة، فإذا ما استثنينا اللواتي يلجأن للطبيب أو المركز الصحي، نجد ممارسات علاجية أخرى يأتي على رأسها الفقيه ثم العلاج الذاتي بالأعشاب الطبية، كما تلجأ المرأة إلى طقوس علاجية أخرى كالأضرحة، أو المزاوجة بين هذه الطرق كالذهاب عند الطبيب وإستعمال أعشاب " دوا العرب " أو الكتبة " عند الفقيه الذي قد ينصحها بتناول بعض الأعشاب الطبية المستعملة في ذلك المجال(.صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2002، ص 64).

فمن خلال هذه الشهادات يتبين أن المرأة في حال عدم زيارتها المؤسسة الصحية عند إحساسها بالمرض ، تستعمل العلاج التقليدي الذي يختلف حسب حالتها ووضعها الصحي ، فإذا كانت حامل فإنها لا تكثر من شرب الأعشاب لان من شأن ذلك أن يفقدها الجنين، لذلك تفضل الذهاب عند الفقيه، الذي يصف لها علاجا عبارة عن"كتبة" تحملها المرأة في ملابسها إلى حين زوال المرض، فأغلبهن تظن أن سبب المرض هوه عين" أو "سحور" ، وبالتالي فحسب هؤلاء النساء فإن الفقيه وحده القادر على معالجتهن. أما إذا تعلق الأمر بمرض بعد الولادة "برد" "نفخ " أو "حمى" حسب تعبير النساء فهي تلجأ للوصفات المكونة من الأعشاب السخونة " أو الساخنة " المعروفة في هذا المجال، والتي تناقلتها النساء عن طريق الأمهات والمولدات التقليديات لاستعمالها لهذا الغرض، فمثل هذه الأعراض تتطلب تدخلا طبيا بدل

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

التشخيص الذاتي الذي تقوم به أغلب النساء، وذلك من أجل إنقاذ الأم والطفل(اليونيسيف، 2004، ص ص 118_120)، لكن عوض ذلك يتم تفضيل الفقيه والأعشاب على الطبيب، حتى في الحالات الخطيرة كحدوث نزيف دموي مثلا أثناء الحمل أو بعد الولادة فغالبا ما يتم تشخيص المرض من طرف المرأة نفسها أو المحيطين بها كالمولدة التقليدية أو إحدى النساء المسنات، وهي التي تصف نوعية العلاج الذي يجب إتباعه، ولا يتم زيارة الطبيب إلا بعد إستنفاد الطرق التقليدية للعلاج، حيث يتفاقم المرض، أنذاك قد تفكر في زيارة الطبيب، مثل هذه الممارسات من شأنها الإضرار بصحة الأم والجنين، والتي تتطلب مراقبة طبية جدية ومتواصلة من شأنها تحقيق الأهداف التي جاءت من أجلها الصحة الإنجابية للمرأة.(مركز المرأة العربية للتدريب، 2003،ص ص 85_87).

نفس الوضعية نلاحظها بالنسبة لمكان وضع النساء، فنسبة قليلة منهن فقط بلدن بالمركز الصحي، أو المستشفى بنسبة 8%، في حين أن أغلب النساء يضعن في بيوتهن تحت إشراف القابلة أي المولدة التقليدية، وتظل النسبة الى جمعت بين البيت والمستشفى خاضعة لظروف الولادة العسيرة أو لتوفر إمكانيات مادية.

2.1. العوامل التي تحول دون الإستفادة من الخدمة الصحية العصرية:

أعلنت غالبية النساء أن سبب عدم لجوئهن للطبيب يعود بالدرجة الأولى إلى بعد المؤسسة الصحية أو عدم توفرها على أجهزة ضرورية للتشخيص، فالرحل يعيشون بعيدا عن المركز القروي الذي لا تزوره النساء إلا بضع مرات خلال السنة. حيث تضطررن من أجل تشخيص طبي قطع مسافات تزيد عن 60 كلم أحيانا في ظل ظروف تتميز بعدم توفر وسائل النقل وهشاشة الطرق، لذلك فهن لا يزرن الطبيب إلا بعد استنفاذ الوسائل العلاجية التقليدية المتوفرة، كما أنه في الوقت الذي تنعدم فيه عيادات طبية مختصة في مجال تطبيب المرأة. تشتكي النساء من ضعف التجهيزات بالمركز الصحي وعدم توفره على أبسط الوسائل الضرورية للتشخيص، فارتفاع تكلفة الحصول على الخدمات الصحية، وضعف التغطية الاجتماعية الصحية أو

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

انعدامها، تعد احدى أهم الأسباب التي تعيق المرأة الفقيرة من طلب الخدمات الصحية، يأتي بعد ذلك سبب أخر مرتبط(ادامسون بيترولسلي، 2003، ص ص 173_176) بوضع المرأة المتزوجة داخل المجتمع والتي إما تجد صعوبة في إقناع الزوج بضرورة زيارة الطبيب. خصوصا في غياب إستقلال مادي لها من أجل تغطية تكاليف الفحوصات والتحليلات المخبرية.

أو تجد صعوبة في التحرك والتنقل داخل المجالات العمومية أثناء غياب الزوج أو إنشغاله في أعمال الرعي، وذلك لمراقبة المجتمع والقبيلة لتحركات المرأة فهي لا بد أن تأخذ الإذن من زوجها، أو أن يرافقها شخص بالغ من الأسرة. وقد تتذرع النساء أحيانا بغياب الزوج في حال عدم توفرهن على إمكانيات مادية من أجل المتابعة لدى الطبيب.

بالإضافة إلى هذه العوامل هناك عوامل أخرى كتفضيل إستعمال الأعشاب أو تفضيل الفقيه عوض الطبيب، ربما هذا راجع للأمية المنتشرة بشكل كبير بالمنطقة بين صفوف النساء 70% من المبحوثات أميات، حيث يلجأن إلى هذه الممارسة العلاجية لكونها في اعتقادهن أكثر نجاعة من زيارة المؤسسة الصحية، فالتجربة أثبت لهن أن هذه الوسائل لها قوتها وفعاليتها العلاجية، كما أنها أقل تكلفة من العلاج العصري. وهناك عوامل أخرى تحدثت عنها النساء، مثل عدم وجود من يراقب أبنائهن اثناء زيارة الطبيب، أو إمتناع بعضهن عن زيارة المركز الصحي الذي به طبيب رجل خصوصا اللواتي ليست لهن إمكانيات لتغطية تكلفة العلاج الخاص، ويزداد هذا الإعراض عن زيارة الطبيب عندما تكون المرأة مصابة بمرض في جهازها التناسلي حيث يخجلن أن يفحصهن طبيب " رجل "، حيث يعتقدن أن الطبيبة بما أنها من نفس جنسهم ستفهم أكثر مشاكلهن الصحية.(سليمان بن عزوز فرج، 2004، ص 46)

3.1. العمل وتأثيره على صحة الحامل.

تتراوح أنشطة النساء بسهوب الجزائر بين العمل داخل الخيمة من أجل توفير وإنتاج الحاجيات والخدمات لعائلتهن كالطبخ والتنظيف تحويل وتخزين المواد الغذائية ثم نسج الخيمة وبنائها، ورعاية وتربية

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

الأبناء، وبين العمل خارجا من أجل القيام ببعض الأنشطة التي تعتبر امتداد لعملها داخل بيتها، مثل جلب الماء وجمع الحطب بالإضافة إلى العناية بالماشية.

لهذا العمل الذي تنجزه المرأة داخل وخارج بيتها تأثير مباشر على صحتها أثناء الحمل، خصوصا إذا علمنا أن النساء لا يغيرن من مجرى حياتهن ومن الأشغال التي يقمن بها طيلة اليوم فزمنها يكون طويلا وشاقا، فهو يتراوح بين أشغال البيت وحمل الحطب وجلب الماء وحش الكلأ، هدم وبناء الخيمة، وما يتطلبه ذلك من إنحناء وحمل للأشياء الثقيلة لمسافات ليست بالقصيرة.

فالمرأة تظل تعمل إلى يوم إحساسها بالمخاض، دون أن تشتكي، لأنها قد تتعرض للانتقاد من طرف الأسرة خاصة إذا كانت تعيش داخل أسرة ممتدة، فهناك تصورات لازالت متوارثة لدى الرجل، فزوجة الإبن تخجل من إظهار حملها أمام أبوي زوجها، كما أنها تستمر في إنجاز نفس الأعمال، فالمرأة المثالية حسب تصور المجتمع هي المرأة الصبورة التي تتحمل التعب دون أن تشتكي.

(ministere de la sante de la populations et de la réforme)

كما أن النساء يباشرن العمل المنزلي بمجرد الولادة، دون أخذ قسط وافر من الراحة، ورغم ذلك فإن النساء المسنات يؤاخذن الجيل الجديد من الأمهات، ففي نظرهن هن أكثر تقاعساً لأنهن لم يعدن يشتغلن كثيرا كما في السابق، ويأخذن وقتا أطول للراحة هذا السلوك الغير الصحي للمرأة الحامل، يؤدي إلى إرتفاع نسبة الوفيات لدى النساء أثناء الوضع، بالإضافة إلى حدوث حالات الإجهاض، حيث تعجز أغلبهن، ولظروف إقتصادية واجتماعية عن الالتزام باحتياطات عملية لحماية الجنين خصوصا في الأشهر الثلاث الأولى، كترك الشغل الشاق، وعدم حمل الأشياء ثقيلة الوزن...إلخ

4.1.التوازن الغذائي والصحة الإنجابية:

يبقى الاهتمام بالتوازن الغذائي لدى المراهقة وأثناء الحمل وبعده ضروريا، كما أن له علاقة وطيدة بصحة المرأة في سن إنقطاع الحيض، فهو يعد إحدى العناصر الأساسية للصحة الإنجابية.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

فالتوازن الغذائي يحتل مكانة مركزية على الصعيدين الكمي والكيفي في رعاية الصحة وفي مقاومة الأمراض بصفة عامة، ويشمل ذلك الأطفال والنساء والحوامل والمرضعات.

فمن خلال المعاينة المباشرة لمجموعة من الأسر بالمنطقة، تبين أن التغذية تفتقر في غالب الأحيان للتنوع، رغم أنها تتكون من 4 إلى 5 وجبات في اليوم الواحد، والأمر هنا يخص جميع الفئات الاجتماعية الفقيرة والميسورة، كما أنها تبقى أحيانا غير كافية مقارنة مع حجم الأشغال اليومية التي تقوم بها المرأة، والتي تتطلب غذاء كاملا ومتوازنا. زيادة على ذلك فالنساء الحوامل، وكما أكدت جل المبحوثات اللواتي سبق لهن أن عشن تجربة الحمل، لم يكن يغيرن من سلوكهن الغذائي.(سليمان بن عزوز فرج، 2004، ص ص 65_70)

فباستثناء حديث النساء عن الوحم، والذي قد تشتهي فيه النساء مأكولات متوفرة في فترة الحمل أو غير متوفرة، أو أكل أشياء لا تؤكل أصلا، تستمر النساء في إستهلاك نفس أنواع الوجبات التي اعتدن أكلها خلال الأيام العادية، فلا تخصص الأسرة طعاما للحامل أو المرضع فهي تأكل مما تأكل منه الأسرة، وغالبا ما تكون هذه التغذية فقيرة من الكالسيوم واليود والفيتامينات والحديد نتيجة لعدم تنوعها. وهو سلوك قد يؤثر على صحة الأم والجنين. فالأم تكون أكثر عرضة خلال هذه المرحلة بنقص الحديد من الدم خصوصا إذا ما استمر ذلك مع إستمرار الحوامل في الاشتغلال بنفس الوتيرة والحجم الذي كن يشتغلن بها قبل وقوع الحمل، إذن وفي ظل هذا الواقع الصحي للنساء بالمنطقة يبقى من الصعب تحقيق صحة إنجابية أفضل لهن.(Rahma Bourquia,2000, pp 45_49)

2. المرأة والخصوبة بين المواقف والممارسات:

يمكن اعتبار تعديل إستراتجية الولادة باستعمال موانع الحمل، من أهم التحولات التي مست الأسر الجزائرية، حيث ارتبطت بالإنتقال من الموقف السلبي العاجز تجاه حالات الحمل المتكررة التي تعتبر قدرا

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

تعيشه المرأة دون أن تتمكن من توجيهه أو التحكم فيه، إلى موقف إيجابي يريد تغيير وقع الحياة البيولوجية لتخضع لتخطيط اجتماعي، ولحاجيات الأسرة، رغم أن الأوساط القروية لازالت بعيدة عن تحقيق ذلك.

فعلى الرغم من تبني الدولة لسياسة التخطيط العائلي منذ أواسط الستينات، فإن تدخلها في المجتمع القروي قد ساعد على تضخيم البنية الديموغرافية للعائلة، حيث اختزلت التخطيط العائلي في بعده التقني على حساب الجوانب الإجتماعية والثقافية لهذه العملية.

والهدف هنا ليس هو قياس مدى فشل أو نجاح سياسة التخطيط العائلي والبحث عن أهدافها ومدى تحققها، وإنما الهدف هو قياس مدى الوعي الصحي للنساء المتعلق بالخصوبة وتأثير ذلك على صحتها الإنجابية من جهة، وقياس إرتباط وتأثر هذه الأخيرة بالتصورات والتمثلات التي يحملها المجتمع حول جسدها، من هذا المنطلق سنتطرق لموضوع الخصوبة والإنجاب في المنطقة من خلال مقاربة السلوك الإنجابي والديموغرافي للمرأة كواقع معطى، في علاقته بنظام التصورات التي يحملها المجتمع حول الخصوبة.(وزارة الصحة والسكان، 2008، ص ص 95_105).

1.2. ارتفاع نسبة الولادات إحدى السمات الأساسية لخصوبة المرأة بالمنطقة:

إن ما يشد الانتباه في موضوع الخصوبة بالمنطقة موضوع الدراسة، هو الإرتفاع الكبير في نسبة الولادات، وبالتالي في عدد الأبناء داخل الأسرة، فرغم برامج التخطيط العائلي التي تتبانها الدولة، لم تعرف الجهة الشرقية تغيرا كبيرا في حجم الأسر بها، خصوصا في الوسط القروي.

وأثناء دراستنا لهذا المؤشر، أخذنا بعين الاعتبار الإختلافات العمرية، لما لهذه الأخيرة من أهمية في دراسة تطور نسب الولادات بالمنطقة.

ففي فئات السن 18 سنة فأقل ومن 19 سنة إلى 31 سنة، لم يتجاوز عدد ولادات النساء 4 أطفال، حيث ولدت في الفئة العمرية 18 سنة فأقل من طفل إلى إثنين بنسبة 75 % ، أما الفئة العمرية 19- 31 سنة ولدت النساء من 3 إلى 4 أطفال بنسبة 66% في المقابل نجد أن نساء الفئة العمرية من

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

32 سنة إلى 44 سنة فما فوق، قد تجاوز لديهن عدد الأطفال خمسة فأكثر، مع وجود إختلافات في عدد الأطفال حسب الفئات، حيث أعلى نسبة ولادة لدى الفئة العمرية 32 إلى 44 سنة متمركزة في ولادة 3 الى 4 أطفال بنسبة 44% وفي ولادة 5 أطفال فأكثر بنفس المعدل، في حين نجد أن 75% من الفئة العمرية 58 سنة فأكثر وضعت من 5 أبناء فما فوق خلال فترة خصوبتهن، كما أن هناك حالات لنساء تم رصدها وضعن أكثر من 10 أبناء .

اذن من خلال قراءة هذا الشكل تبين أن الولادات لا زالت مرتفعة وإن كان هناك بعض التوجه، ولو بوتيرة متباطئة، نحو تقليص الولادات بالنسبة للفئات العمرية الشابة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن نساء هذه الفئة مرشحات محتملات لولادة اكثر خلال المستقبل أما عن سن المرأة عند الولادة الأولى نجد أن النساء لا زلن يلدن في سن جد مبكرة بفعل الزواج المبكر للفتيات والذي يكون في سن 16 سنة وأحيانا أقل، فالزواج المبكر ظاهرة لازالت مستمرة لدى الرحل رغم صدور مدونة الأسرة التي عملت على رفع سن الزواج إلى 18 سنة ذلك أن النساء يلدن بمجرد زواجهن، ونادرا ما يلجأن في هذه الفترة إلى إستعمال وسائل منع الحمل مثبتة بذلك خصوبتها، فبعد مرور شهر دون حمل، تطرح تساؤولات عن عدم حملها ، وعن دورها كامرأة، فالإنجاب بالنسبة لما يمثل عنصرا أساسيا للتعريف عن نفسها وعن صحتها كامرأة غير عقيمة، هذه الولادات في سن مبكرة يمكن أن تحدث مضاعفات صحية قد تكون خطيرة أحيانا، مسببة بذلك وفاة للأم أو فقدانا لطفلها.

(ministere de la sante et de la population, office nationale des statistiques)

2.2. تصورات النساء حول العدد المثالي للأبناء:

بدراستنا للعدد المثالي للأبناء التى تتمنى النساء إنجابه، نجد أن هناك تناقضا بين هذه التمنيات وبين الواقع الذي يعبر عن إرتفاع في البنية الديموغرافية للمنطقة، فأغلب النساء أعلن أنهن يكتفين بطفلين

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

فقط وهذا بنسبة 45 % خصوصاً لدى الفئات الشابة الحديثة العهد بالزواج، والتي أصبحت تعيش صعوبات كثيرة في الحياة في حين توزعت النسب الأخرى بين راغبات بطفل واحد 2.5 % و 3 أطفال 25% ثم 4 أطفال ب 15 %، أما اللواتي لم يغيرن من موقفهن المتمثل في ولادة 5 أطفال فأكثر فلم يتعدى 2.5 % من مجموع النساء، إلا أن هناك نساء لم يستطعن تحديد عدد الأطفال المرغوب فيهم، مبررين ذلك أنه أمر إلهي، حيث أكدن أن الأولاد عطاء إلهي خارج عن نطاق تصرف الزوجين وبالتالي لا يستطعن التقرير فيه.

هذه الرغبة في تقليص عدد الولادات عبرت عنها إحدى النساء بأن الأولاد يضرون بصحة الأم. وأخرى بررتها بارتفاع تكاليف المعيشة.

فالأسرة لم يعد بمقدورها تحمل مصاريف الحياة اليومية ومصاريف الدراسة لكل الأبناء خصوصا مع الظروف الحالية التي تشهد تراجعا في دخل الأسرة، والذي يوازيه إرتفاع تكاليف المعيشة والحاجيات اليومية.

هذا التناقض بين الواقع والخطاب حول عدد الأبناء، يكشف عن حقيقة أساسية، وهي ضعف إنغراس خطاب الدولة نحو تنظيم الولادات والمباعدة فيما بينها لدى الساكنة من جهة، ومن جهة أخرى على وجود قيم ومواقف إجتماعية لازالت تقف حاجزا أمام تحقيق رغبات النساء، والتي سنحاول إكتشافها فيما بعد.

فإذا كان موقف النساء من الإنجاب – على مستوى التصورات – يعبر عن مرحلة انتقالية فإنه على مستوى الواقع لا زالت النساء تساهم في إعادة إنتاج نفس البنيات العائلية التقليدية فيما يتعلق بحجمها، حيث لم يحدث تغير جذري فيما يخص السلوكيات الديموغرافية للأسرة بالمنطقة. وهذا ما يدفعنا للتساؤل عن اسباب عدم تحقيق إنسجام بين تصور المرأة والذي تعتقد أنه الأفضل وبين ولادتها الفعلية، لكن قبل

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

ذلك ولكي تكون الصورة أكثر اكتمالا سوف نحاول قياس مدى استجابة النساء الاستعمال موانع الحمل والعوامل التي تحول دون ذلك.(سليمان بن عزوز فرج، 2004، ص 95).

3.2. المرأة والتخطيط الأسري.

سوف نتناوله من خلال النقط التالية: استعمال وسائل منع الحمل أولا سلطة اتخاذ القرار المتعلقة باستعمالها ثانيا، ثم العوامل التي تحول دون استعمالها ثالثا.

1.3.2. استعمال وسائل منع الحمل:

فيما يتعلق بمسألة التحكم بالإنجاب من تمديد لفترات ما بين الولادات أو تحديد للنسل نجد أن النساء يلجأن لاستعمال وسائل منع الحمل المتمثلة في الحبوب بنسبة 30% فقط بصفة منتظمة، في حين أن 17.5% يتناولنها من حين لأخر، إما بسبب النسيان أو من أجل الاستراحة منها، لذلك تلجأ بعض النساء 20 % إلى تعويضها ببعض الوسائل الأخرى المانعة للحمل مثل اللولب أو العد الشهري بالنسبة للنساء المتعلمات، وغالبا ما يعوضنها بالوصفات التقليدية المكونة من بعض الأعشاب الطبية، وهي وسائل تقليدية تستعملها النساء مباشرة بعد العملية الجنسية مع الزوج من أجل الحيلولة دون حدوث الإخصاب وتلقيح للبويضة.

أي أنه في الماضي كانت النساء ساذجات، يجهلن بوجود حبوب منع الحمل، وكن يلدن بدون توقف طول فترة خصوبتهن إلى حين مرحلة انقطاع العادة الشهرية عنهن. فالنساء رغم استعمالهن للحبوب وإن بنسبة متواضعة، فإن بعضهن لا يدرين كيفية التعامل الصحيح معها.(سمير فريد، 1993، ص35)

فاستعمال هذه الوسيلة لازال لدى بعض النساء غير المتعلمات مطبوعا بالعشوائية، أي تستعملها أثناء المعاشرة الجنسية مع الزوج ظنا منها أن ذلك سوف يحول دون الإخصاب، فاالتعليم سيكون له دور كبير في تعرف النساء على الوسائل العصرية المانعة للحمل وطريقة استعمالها، فتعليم وتكوين المرأة يساهم بشكل جد إيجابي في الحد من الخصوبة، مقارنة مع غير المتعلمات اللواتي يزداد طلبهن على الأطفال.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

إن عامل الأمية كان له تأثير كبير على خصوبة النساء، حيث أنه كلما انخفض المستوى التعليمي كلما قل استعمال الحبوب المانعة للحمل.

في حين يرتفع استعمال تلك الوسيلة لدى المتزوجات اللواتي لديهن مستوى تعليمي مرتفع، فالمستوى التعليمي يساعد على انتشار الوعي الصحي بين صفوف النساء من خلال تناولهن لأفكار جديدة عن وسائل تنظيم الأسرة والكيفية الصحيحة لاستعمالها، أو تعويضها في حال التوقف عنها بوسيلة أخرى كالعد الشهري، لكونهن يعرفن جيدا أوقات الإخصاب، فالنساء الأميات وكما اتضح من خلال المقابلات المعمقة معهن، يقعن في أخطاء كثيرة كالتوقف الإرادي عن استعمالها وعدم تعويضها بوسيلة أخرى، مسمين ذلك فترة "استراحة" ، كما أن هناك بعض الأفكار المروجة بخصوص مساوئها بين صفوف الأمهات.

2. 3. 2. سلطة اتخاذ القرار لاستعمال موانع الحمل:

يظل دور المرأة في اتخاذ القرارات الخاصة بالأسرة محدودا في بعض المجالات أبرزها تلك المتعلقة بتربية الأبناء وتمدرسهم، بالإضافة إلى بعض القرارات الأخرى كزواج الأبناء، بالمقابل تظل مجموعة من القرارات في غالب الأحيان من اختصاص الرجل، خصوصا تلك المتعلقة بالميدان الاقتصادي وتدبير مداخيل الأسرة كبيع المواشي وشراء الحاجيات، ولا يحق للمرأة أن تتدخل وتعطي رأيها في هذه القرارات إلا بعد أن تتراكم أقدميتها في مؤسسة الزواج وتتقدم في السن ، ونظريا يظل إتخاذ القرار في استعمال وسائل منع الحمل من اختصاص الزوجين معا بالتشاور فيما بينهما ، إلا أننا نلاحظ أن المرأة تظل بعيدة عن تحقيق ذلك.

كما أن الزوج يمكن أن يؤثر على قرار المرأة في الحد من الولادات أو المباعدة بينها بشكل غير مباشر من خلال شراء أو عدم شراء وسيلة منع الحمل، خاصة بالنسبة للنساء اللواتي يسكن بعيدا عن المراكز القروية أي الرحل، حيث أن المرأة قد لا تزور المركز إلا بعد مرور عدة أشهر، وبالتالي فإن الزوج هو الذي يتكلف بشراء الوسيلة المستعملة من الصيدلية أو جلبها من المركز الصحي وغالبا ما يرفض جلبها من هذا الأخير.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

2. 3. 3. العوامل التي تحول دون استعمال المرأة لموانع الحمل:

تعلل النساء اللواتي لا يستعملن موانع الحمل، أو تتوقفن عن استعمالها من حين لأخر يجهلهن بوجودها أو عدم إمكانية الحصول عليها، وذلك بنفسه 30% من مجموع النساء، وأخص بالذكر هنا المسنات اللواتي أكدن، وكما أشرت سابقا، أنهن لم يكن يسمعن بوجود وسائل عصرية لمنع الحمل، فهي ممارسة مرتبطة بالأمهات الشابات اللواتي أصبحن أكثر تعاطيا لاستعمال موانع الحمل، أما 30% من النساء فيبررن ذلك بالرغبة في الإنجاب، وانجاب ابن ذكر، خصوصا إذا حدث أن ولدت المرأة إناثا بشكل متتابع، وألح عليها الزوج أن تلد ابنا ذكرا، فالأبناء الذكور يعتبرون مصدر افتخار ليس للأب فقط، وإنما كذلك للأم التي لا تخفي سعادتها وارتياحها عندما ترزق بمولد، وهذه الظاهرة تكاد تكون عامة في الجزائر، وذلك للقيمة المطلقة التي يحظى بها الذكور في المجتمع . مثله في ذلك مثل باقي المجتمعات العربية فالغرض من الزواج بالدرجة الأولى هو ضمان لاستمرارية النسل، فانجاب البنات لا يقابل بنوع من الارتياح، كما أن بعض النساء لا يستعملن موانع الحمل لأنهن يفقدن الأبناء إما بعد ولادتهم مباشرة أو التعرض لحوادث الاجهاض، و علل 15% من المستجوبات ذلك يكون الحبوب المانعة للحمل أو اللولب يضر بصحة المرأة، حيث يربطون بين مجموعة من الأمراض كالقلب أو السرطان وإستعمال موانع الحمل وهذا ناتج عن عدم وعيهن الصحي عامل الأمية، كما أن بعض النساء تظن أن ذلك يحول دون حياة جنسية متوازنة وطبيعية وأن استعمال اللولب مثلا يفقد المرأة أنوثتها.(سمير فريد،1993، ص 93)

وهناك 10% من النساء اللواتي أعلن أن عدم استعمالهن لموانع الحمل يرجع بالأساس إلى منع الزوج الذي يرغب في عدد أكبر من الأطفال ، ثم 15 % من النساء أكدن أن موانع الحمل بصفة عامة حرام، وأن الولادة شأن إلا هي لا يمكن لبشر أن يتدخل فيه.

وبالنتيجة ينظر للطفل من طرف الأباء كعطاء رباني، فهو مهاب أو معطى و ليس مرادا من طرف الزوجين وبالتالي فإن مجال الإنجاب لدى البعض لازال مستقلا من الإرادة البشرية وكل ذلك مرده إلى ثقافة

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

وقيم دينية لازالت سائدة في المنطقة، حيث تؤسس لعلاقة ضيقة بين الزواج والانجاب، ولا تترك مكانا لتحديد النسل.

2. 4. الاستراتيجية الانجابية للمرأة:

من أجل فهم ومقاربة الإستراتجية الانجابية للمرأة، قمنا باستجواب النساء عن أسباب ولادتهم المتكررة، حيث تبين أن هناك مجموعة من القيم والعادات السائدة في المجتمع، والتي تجعل المرأة، رغم وعي بعضهن بسلبية الولادات المتكررة صحيا وإقتصاديا، تستمر في نفس السلوك الإنجابي. فبالإضافة للاسباب السابقة المتعلقة بالزوج والذي يكون هو الأخر راغبا في إنجاب عدد أكبر من الأبناء خصوصا الذكور، نجد أن هناك نساء يعتبرن أن الإنجاب هو الوسيلة المثالية التي تبرر وجود المرأة وتضفي عليه معنى.

كما أن الأبناء يمنحون للمرأة سلطة ومكانة داخل البيت، وتتعزز هذه المكانة أكثر مع ولادتها للذكور، فوجودهم يؤسس لحضور المرأة ويدعمه، كما يؤهلها لوضع اجتماعي محترم كأم سواء بالنسبة للزوج أو العائلة أو المجتمع، فأحيانا تلجأ المرأة إلى الإكثار من الأبناء في أقل فترة زمنية بمجرد زواجها، وذلك كإثبات لخصوبتها لكي لا تدرج في خانة العقيمات من جهة، ومن أجل المحافظة على حياتها الزوجية من جهة أخرى، فحسب تصور البعض كثرة الأبناء تحمي المرأة من الطلاق(صندوق الأمم المتحدة للسكان،2019، ص 113)، ان المرأة يجب أن تلد أكبر عدد من الأبناء لكي لا يستطيع الزوج تطليقها أو الزواج بأخرى، لأن ذلك سيكلفه كثيرا وأن الأبناء ركيزة تستند عليها المرأة لضمان استمرار حياتها الزوجية.

ففي مجتمع لازال لم يتخلص من ظاهرة تعدد الزوجات، والتي كانت تؤطره بشكل كبير في الماضي، من الصعب على المرأة فيه أن تكتفي بطفل أو طفلين حتى أربعة، ففي حالة التعدد تكون هناك تراتبية بين الزوجات تبعا لعدد الأولاد لكل واحدة. فالتي يكون لها العدد الأكبر من الأبناء تكون لها سلطة أكبر داخل البيت فهي أم الأولاد بالنسبة للزوج، فخصوبة المرأة تعد كوسيلة وحيدة في هذه الحالة، لتأكد سلطتها على

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

أفراد العائلة، حيث يتحول الأبناء إلى أصوات ترجح كفتها في ميزان السلطة، حيث كلما أنجبت أطفالا كلما أصبحت لها سلطة داخل البيت وتحررت بالتالي من سلطة أم الزوج ولو جزئيا أحيانا.

أما بعض النساء فيرون في الأبناء يد عاملة إضافية يمكن أن تساعدهم و تغنيهم عن استئجار يد عاملة، فهم يفضلون الاعتماد على أبنائهم في عملية الرعي عوض لاستئجار راع يكلف الأسرة أكثر، أي الرجل هنا يتعاون مع أولاده الذكور، كما أن البنات يتم الاعتماد عليهن أيضا في إنجاز مجموعة من الأشغال داخل البيت وخارجه، من ترتيب للبيت أو الخيمة ، وجلب الماء والحطب، بالإضافة إلى مهمة مراقبة الإخوة الأصغر سنا.

فكثرة الأشغال والمهام اليومية تتطلب مساعدة عائلية إضافية إضافة إلى كل ما سبق فان إنجاب الأطفال لدى بعض الأسر لازال يتخذ كنوع من الاستثمار للمستقبل بالنسبة للوالدين أثناء شيخوختهم أو عند العجز التام بسبب المرض خصوصا الأبناء الذكور، فحسب تصور المجتمع الفتاة بمجرد زواجها، تفقدها الأسرة وتصبح جزءا من عائلة الزوج ، كما أن النساء يرغبن في ولادة الذكور من أجل مساعدتهن في حالة وفاة الزوج، خصوصا فيما يتعلق بمسألة الاهتمام بالماشية، حيث أن النساء لا يستطيعن بيعها أو المتاجرة فيها بأنفسهن في الأسواق ، فالابن الذكر هو الذي يتكلف برعيها وبيعها في حالة وفاة أبيه، أضف إلى ذلك أن وجود ابن ذكر في قانون الارث الإسلامي يحمي الأسرة بعد وفاة الاب من تدخل أفراد العائلة كالاعمام.

اذن نستنتج من خلال كل ما سبق، أن الإنجاب ليس مجرد سلوك طبيعي بيولوجي يجب ضبطه والتحكم فيه بواسطة موانع الحمل، وإنما هو أيضا ظاهرة اجتماعية – ثقافية واقتصادية ، تتحكم فيها العديد من التمثلات والقواعد والقيم الاجتماعية التي لا تخلو من أهمية.

فواضعو برامج التخطيط العائلي والحد من النسل لم ينتبهوا إلى الإكراهات السوسيواقتصادية ذلك أنها لم توضع في انسجام مع الشروط الاقتصادية الاجتماعية والثقافية التي تكتنف حياة الأسرة والمرأة، ولا

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

إنطلاقا من واقع المرأة التي تدفعها مجموعة من التصورات والمواقف والقيم الاجتماعية، إلى الزيادة في الولادات المتكررة كاستراتيجية تحقق لها مجموعة من المكاسب داخل الأسرة والمجتمع مسببة بذلك عدم انسجام بين تصورها حول العدد المثالي الذي تعتبره الأفضل وبين ولادتها الفعلية، والتي تبقى بعيدة عن تحقيق أهداف الصحة الإنجابية.

الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة يتبين أن وضعية المرأة الصحية بالمنطقة لا زالت متردية، رغم بعض التحول والذي مازال في بدايته في مجال الخصوبة والتعاطي للمؤسسات الصحية العصرية، فالواقع الصحي للمرأة يبقى بعيدا عن تحقيق أهم أهداف الصحة الإنجابية المتمثلة في صحة الأم والطفل وعيش حياة زوجية صحية ومتوازنة، هذا التردي كان وراءه مجموعة من المعوقات الاقتصادية الاجتماعية والثقافية والتي تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة بطريقة غير متوازنة.

فمن جهة نجد أن هناك مجموعة من المعايير والقيم الاجتماعية المؤسسة. لذلك المجتمع، لازالت تقف حاجزا أمام تحقيق أهداف الصحة الإنجابية للمرأة، فالإكراهات الاجتماعية والثقافية تجعل من السلوك الصحي والإنجابي للمرأة خاضعا لمراقبة المجتمع، وخارجا عن إرادة المرأة، كاتخاذ القرار في استعمال موانع الحمل ، القيمة الاجتماعية والاقتصادية للابن الذكر، والنتيجة ولادات متزايدة وانعكاس سلبي على صحة الام والطفل .

ومن جهة أخرى نلاحظ غياب وجود وعي صحي بين النساء، وذلك راجع للأمية التي تنتشر بشكل كبير بين صفوف النساء، وأخيرا هناك عامل مرتبط بالعزلة المجالية وهشاشة البنية التحتية الصحية للمجال المدروس، فسرعة الفحص وضعف التجهيزات تجعل المرأة أكثر إعراضا عن زيارة المركز الصحي العمومي والذي يبقى الملجأ الوحيد للعديد من النساء لعدم توفرهن على إمكانيات مادية.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. أدامســـون بينزو لســـلي: حقائق للحياة تحد اعلامى، تر: جلال العزة، المركز العربي للمصـــادر والمعلومات، 2003، عمان .
2. ســليمان بن عزوز فرج، وضــع وإتجاهات الزواج المبكر للأناث في اليمن، نشــر التخطيط والتنمية وزارة التخطيط والتنمية)، العدد 6، أكتوبر 2004 .
3. سليمان بن عزوز فرج، مرجع سابق الذكر
4. سليمان بن عزوز فرج، مرجع سابق الذكر.
5. سمير فريد،تنظيم الأسرة والصحة ورفاه الاسرة في العالم العربي، وقائع المؤتمرالعربي للسكان، الأسكوا ، 1993 ، عمان، الأردن.
6. سمير فريد، مرجع سابق الذكر.
7. سمير فريد، مرجع سابق الذكر.
8. صندوق الأمم المتحدة للسكان ، مرجع سابق الذكر
9. صـندوق الأمم المتحدة للسـكان، السـكان والصـحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية ، نيويورك 2019.
10. صندوق الأمم المتحدة للسكان، مرجع سابق الذكر
11. مركز المرأة العربية للتدريب و البحوث، الفتاة العربية المراهقة (الواقع والإتجاهات)، 2003 ، تونس.
12. مركز المرأة العربية للتدريب والبحوث، الفتاة العربية المراهقة، تقرير تنمية المرأة العربية، 2003 ، تونس.

ISSN print/ 2769-1926 ISSN online/ 2769-1934

13. وزارة الصحة والسكان ، نفس المرجع 2008

14. وزارة الصحة والسكان السكان والتنمية، مرجع سابق الذكر.

15. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، جامعة الدول العربية، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي للمشروع العربي للطفولة ، 1994 .

16. وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر، التقرير الوطني، ن د س ت الوكالة الوطنية للوثائق الصحية، ديسمبر 2008، الجزائر.

17. وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لافاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان 2006.

18. وزارة الصحة والسكان، نفس المرجع.

19. اليونيسف : كبيرة على اللعب صغيرة على الزواج (الفتاة بين الأمومة واللعب) ، مركز الدراسات، أمان، 2004، عمان، الأردن.

مراجع باللغة الأجنبية:

1. Ammani massino; maternité et grossesse L'étude des représentations maternelles, precies presses universitaire de france, collections monographique de la psychiatrie de l'enfance, paris, 1 er editions, 1999.
2. Ministere de la sante de la populations et de la réforme hospitalière population et développment en algerie, rapport national, CIPD 10, 2003, alger.
3. Ministere de la sante et de la population, office nationale des statistiques, ligues des états arabes, enquéte algerienne sur la sante de famille 2002, 2004, alger.
4. Rahma Bourquia, Femme et honneur, culture et société au maghreb, volume I, 2ème editions, 2000 ,maroc.