مجلة "آفاق فكرية"

رت م د :2353 - 0367

رت م د إ: 2602-5507

ص. ص. 297 - 311

واقع الصحة الإنجابية لدى النساء في الجنوب الجزائري (دراسة ميدانية بمستشفى الأم والطفل- تامنغست)

The reality of reproductive health for women in southern Algeria (a field study at Mother and Child Hospital- Tamanghasset)

طارق بن بيه

جامعة تامنغست (الجزائر)، sociotam2012@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2024-01-31 تاريخ القبول: 2024-05-03 تاريخ النشر: 2024-05-05

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم قراءة إحصائية لبعض مؤشرات الصحة الانجابية للنساء في مدينة تامنغست؛ وبالتالي محاولة الوقوف على واقع الرعاية الصحية للنساء في سن الانجاب، ومدى توافر الخدمات الصحية الموجهة لتعزيز الصحة الانجابية.

ولغرض الدراسة الحالية تم استخدام أداة الاستبيان للحصول على معلومات عن الحياة الانجابية لعينة من النساء مرتادات المؤسسة الاستشفائية للأم والطفل بمدينة تامنغست، وكذا الحصول على معطيات ذات صلة من مصادر مختلفة، وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها:

- تنامي الوعي الصحي بين النساء في مدينة تامنغست بضرورة زيادة الاهتمام بالصحة الانجابية.

- هناك قصور في مجال الخدمات الصحية المتعلقة بالحياة الانجابية للمرأة؛ بالرغم من التحسن الذي سجلته معظم المستجوبات في هذه الدراسة.

- نقص واضح في المعطيات؛ خاصة المؤشرات الصحية التي تعبر عن حقيقة الوضع الصحي بالولاية، مثل: وفيات الرضع، ووفيات الأطفال دون الخامسة وغيرها.

كلمات مفتاحية: الصحة الانجابية؛ الخدمة الصحية؛ المؤشرات؛ الحياة الانجابية.

Abstract :

The current study aims to provide a statistical reading of some reproductive health indicators for women in the city of Tamanghast. Thus, we attempt to determine the reality of health care for women of reproductive age, and the availability of health services directed at promoting reproductive health.

For the purpose of the current study, a questionnaire tool was used to obtain information about the reproductive life of a sample of women attending the Mother and Child Hospital Institution in the city of Tamanghast, as well as obtaining relevant data from various sources. The study reached results, the most important of which are:

- Growing health awareness among women in the city of Tamanghasset about the need to increase attention to reproductive health.

- There are deficiencies in the field of health services related to women's reproductive life, despite the improvement recorded by most of the respondents in this study.

- A clear lack of data; Especially health indicators that express the true health situation in the state, such as: infant mortality, mortality of children under five, and others.

Keywords: reproductive health; health service; indicators; Reproductive life.

مقدمة:

تعتبر الصحة الانجابية جزءا أساسيا من الصحة العامة، وقد عرفت تقدما كبيرا منذ انشاء صندوق الأمم المتحدة للسكان سنة 1969. إلا أن الاهتمام بهذا الجانب برز لأول مرة في مؤتمر "بلغراد" سنة 1965 للخبراء والذي خصص لمناقشة موضوع الخصوبة.

كما يعتبر مؤتمر "بوخارست" 1974 أول مؤتمر دولي للسكان تعقده الأمم المتحدة؛ تم التطرق خلاله إلى موضوع تنظيم الأسرة. وخلص إلى ضرورة الأخذ بالاعتبار المسؤولية الفردية عند اتخاذ القرار المناسب المتعلق بالأسرة، حيث تبنت الجزائر وعديد الدول النامية شعار "التنمية هي أحسن وسائل منع الحمل".

ومع بداية الثمانينات بدأت الخدمات الصحية المتعلقة بالمرأة في سن الانجاب، حيث بادرت غالبية الدول إلى انشاء برامج توعوية لتنظيم الأسرة تحت مسمى "صحة الطفولة والأمومة وتنظيم الأسرة".

أما الصحة الانجابية بمفهومها الشامل لم يتبلور إلا في مؤتمر القاهرة سنة 1994، حيث أن أهم التوصيات التي صدرت عنه تمثلت في:

- الاهتمام بصحة المرأة خلال حياتها كاملة وليس فترة الانجاب فقط.
- زيادة فرص تمكين الجميع من خدمات الصحة الانجابية بما فيها تنظيم الأسرة.

وتأتي دراستنا هذه للوقوف على مدى تطبيق هاتين التوصيتين لدى النساء في مدينة تامنغست من خلال تحليل نتائج عينة الدراسة الميدانية للصحة الانجابية على ضوء بعض أبعاد المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019.

ولتحقيق غرض الدراسة تم طرح التساؤل التالي:

ماهي أهم مؤشرات ومتطلبات الصحة الانجابية والخدمات الصحية المتعلقة بها في مدينة تامنغست؟

1. تحديد المفاهيم:

1.1. الصحة الإنجابية:

تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها "هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا؛ في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من الأمراض والإعاقة. وهي تنطوي على قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة؛ وأن تكون لديهم القدرة على الإنجاب؛ وأن يكونوا أحرارا في تقرير موعد وتواتر ذلك، ويشتمل هذا الشرط الأخير– ضمنيا -على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسرة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون. وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة؛ التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب مولود يتمتع بالصحة (Organization Mondale de la Santé (OMS), 1999, p.15)

إلا أن هذا التعريف يتعارض مع القوانين السارية في الدول الاسلامية والتي أبدت تحفظاتها واعتراضها خصوصا في ما يتعلق بالعلاقات الجنسية خارج إطار الزواج، وإباحة الاجهاض دون سبب. لهذا اعتمدت كثير من الدول الاسلامية التعريف الآتي: (حسن مصطفى، 2001، ص.2)

"الصحة الانجابية هي حالة من الرفاهية البدنية؛ النفسية والاجتماعية في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي؛ ووظائفه وعملياته، مما يمكن من التمتع بحياة انجابية مرضية ومأمونة، والقدرة على الانجاب؛ والحرية في تقريره وموعده. وتمكين المرأة بأن تجتاز فترة الحمل والولادة بأمان، وتهيئة الظروف لانجاب مولود متمتع بالصحة".

2.1. الخدمة الصحية :

تعرف الخدمات الصحية في أبسط صورها بأنها؛ هي تلك الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي للمجتمع، وقائية كانت، أو توجيهية أو علاجية في هيكل صحي ملائم، بهدف حماية وتحسين الحالة الصحية للفرد والمجتمع.

وتعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها مجموع الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الارتقاء بمستوى الصحة الإنجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية؛ التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة

والعلاقات الشخصية. لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي (OMS, 1999, p.15).

2. المنهجية المتبعة والأدوات:

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية؛ تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي، والمتمثلة في محاولة تقديم قراءة لأهم مؤشرات الصحة الانجابية للمرأة في مدينة تامنغست، على ضوء بعض نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019.

ويتكون مجتمع الدراسة من النساء المرتادات لمستشفى الام و الطفل بمدينة تامنغست، خلال الثلاثي الثاني من سنة 2023، والتي عادة ما يقصدن مستشفى الام والطفل من اجل الولادة أو متابعة الحمل، حيث بلغ حجم العينة 60 امرأة متابعة في المؤسسة الاستشفائية؛ حديثة النشأة (2017/10/23). وتعد المؤسسة ذات الطابع الاداري العمومي، الوحيدة على مستوى الولاية التي تتخصص في الكشف عن أمراض النساء والتوليد والأطفال حديثي الولادة وجراحة الأطفال.

ومن الأدوات المعتمدة في الحصول على البيانات حول الصحة الانجابية في الجزائر عموما؛ معطيات الديوان الوطني للإحصائيات. إضافة إلى أداة الاستبيان حيث شملت مجموعة من الاسئلة هدفت إلى جمع أكبر قدر ممكن من البيانات المتعلقة بالصحة الانجابية للمرأة في تامنغست.

ولمعرفة مؤشرات الصحة الانجابية للمرأة تم استخدام بعض المقاييس والمعدلات والنسب التي تعبر عنها وتأثير بعض المتغيرات الديمغرافية لأفراد العينة في هذه المؤشرات، وبالتالي رصد امكانية وجود تباينات وفروقات لدى النساء المستجوبات تعزى لهذه المتغيرات.

3. عرض ومناقشة النتائج

1.3. وصف عينة الدراسة:

1.1.3. سن أفراد العينة:

يعتبر العمر متغير أساسي في أي دراسة ديمغرافية عموما؛ وفي ما يتعلق بالإنجاب تزداد أهميته؛ باعتبار الفئة المستهدفة من الدراسة هي فئة النساء في سن الحمل (15-45 سنة). وقد جاءت نتائج العينة كالتالي:

جدول 1

توزيع النساء في العينة حسب السن

الفئة العمرية	20-15	25-20	30-25	35-30	40-35	45-40	المجموع
النسبة (%)	6,7	23,3	36,7	21,7	5,0	6,7	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

يتبين من الجدول أعلاه أن أكبر نسبة من النساء اللاتي تقمن بالمتابعة الصحية في مستشفى الأم والطفل هي من الفئة 25-30 سنة بنسبة قاربت 37 % من عينة الدراسة، في حين تشير معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات إلى أن النسبة الأكبر للنساء المتابعات تتمركز في الفئة العمرية 30-35 بنسبة تقدر بـ 28.6 %؛ حيث تعتبر هذه الفئة هي العمر الحقيقي للخصوبة، ويرجع هذا التفاوت إلى طبيعة المجتمع بمدينة تامنغست حيث تتزوج النساء في سن مبكرة نوعا ما إذا ما قورنت بمناطق أخرى على المستوى الوطني.

2.1.3. المستوى التعليمي لأفراد العينة:

جدول 2

توزيع النساء حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	بدون تعليم	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
النسبة (%)	16,7	3,3	6,7	18,3	55,0	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

يلعب المستوى التعليمي للمرأة دورا مهما في الحياة الانجابية للمرأة باعتباره أحد العوامل الاجتماعية التي تؤثر على خصوبة المرأة خاصة من حيث تقليص فترة الانجاب، وتحديد اتجاه الأمهات نحو الانجاب؛ وفي عينة الدراسة وجدنا أن أغلب النساء اللاتي يقمن بالمتابعة الصحية هن من بلغن مستوى تعليمي جامعي بنسبة فاقت 50%، وحوالي 20 % من المستجوبات لديهن مستوى ثانوي؛ وهو ما تؤكده مختلف الدراسات التي أكدت أن المستوى التعليمي عامل محدد لاتجاهات الرعاية الصحية للأمهات.

3.1.3. المستوى التعليمي والحالة المهنية لأفراد العينة:

جدول 3

توزيع عينة البحث حسب المستوى التعليمي والحالة المهنية (%)

		الحالة المهنية			المجموع
		قطاع عام	قطاع خاص	ماكثة بالبيت	
المستوى التعليمي	بدون تعليم	-	3,3	13,3	16,7
	ابتدائي	1,7	-	1,7	3,3
	متوسط	3,3	-	3,3	6,7
	ثانوي	13,3	-	5,0	18,3
	جامعي	35,0	5,0	15,0	55,0
المجموع		53,3	8,3	38,3	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

يتضح من الجدول أن أغلبية نساء العينة يشتغلن في القطاع العام؛ أكثر من نصفهن جامعيات. وهذا مبرر كون قطاع الوظيفة العمومية يظل أكبر القطاعات في التوظيف خاصة القطاع الطبي والتعليم، حيث يعتبران الأكثر استقطابا للإناث. في حين بلغت نسبة النساء الماكثات في البيت حوالي 38% وهذا أمر يعتبر عاديا في المجتمعات الصحراوية مقارنة بمثيلاتهن في المناطق الشمالية.

2.3. مؤشرات الحياة الانجابية المتعلقة بالمرأة:

1.2.3. متوسط عمر المرأة عند اول زواج:

تعتبر من أهم العوامل المحددة لاتجاهات الخصوبة، فارتفاعه في أي مجتمع يعني تقلص الفترة الانجابية للمرأة وبالتالي يؤثر عكسيا على معدلات المواليد؛ فمعدلات الولادات ستعرف انخفاضا؛ ينعكس على مقاييس الخصوبة المتبقية، كارتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة.

في الجزائر؛ ومنذ الاستقلال مافتئ هذا المؤشر يعرف ارتفاعا كبيرا، حيث انتقل من 18.3 سنة للإناث سنة 1966 إلى 29.3 سنة حسب تعداد 2008، وبالنسبة لعينة الدراسة الحالية فقد بلغ متوسط عمر المرأة عند الزواج الأول في مدينة تامنغست حوالي 24.8 سنة وهو مؤشر على انتشار الزواج المبكر لدى النساء مقارنة بالمستوى الوطني. وهو معدل مبكر نسبيا للزواج إذا ما قورن

بمتوسط العمر عند أول زواج على المستوى الوطني، الذي يتراوح بين 29 و30 سنة خلال السنوات الأخيرة، ويرجع ذالك إلى طبيعة المجتمع الصحراوي عموما ،حيث تتزوج الإناث بصورة أبكر مقارنة مع مثيلاتها في المناطق الأخرى، ويلعب العامل التقليدي والعادات السائدة الدور الرئيسي في ذلك ،حيث وجدنا حوالي 11.7% من المستجوبات تزوجن قبل سن 19 .

2.2.3. متوسط عمر المرأة عند اول مولود:

تشير نتائج المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات **(Multi-Sixth national MICS6 Indicator Cluster Survey database)** إلى وجود تباينات في هذا المؤشر باختلاف المنطقة الجغرافية؛ حيث بلغ حوالي 25.43سنة على المستوى الوطني، وفي العينة الحالية وجد فرق بأكثر من سنة عن المعدل الوطني، حيث سجل 26.67 سنة، ويرجع ذلك إلى أن أغلبية أفراد العينة من النساء الجامعيات وبالتالي يتأخر لديهن قرار انجاب أول مولود.

3.2.3. متوسط عدد الأطفال لكل امرأة:

جدول4

توزيع النساء في العينة حسب عدد الأطفال

عدد الأطفال	1	2	3	4	5	6	7	8	متوسط عدد الأطفال
نسبة النساء (%)	31.67	31.67	13.33	13.33	5	1.67	1.67	1.67	2.8

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

يلاحظ انخفاض النسبة من النساء المتزوجات كلما زادت مرتبة الأمومة؛ حيث نجد أن أكبر نسبة سجلت وسط النساء ذوات المرتبة 1 و2 في حين بلغت نسبة النساء ذات المرتبة الخامسة في الأمومة حوالي 5% وتنخفض أكثر بعد مرتبة الأمومة هذه، ولعامل السن والمستوى التعليمي للمرأة بالغ الأثر في هذا التوجه للانخفاض كلما ارتفعت مرتبة الأمومة.

بالنسبة لمتغير متوسط عدد الأطفال لكل امرأة قدر بـ2.8 طفل لكل امرأة، وهو معدل يقترب من المعدل الوطني البالغ 3.0 طفل لكل امرأة حسب نتائج المسح الوطني 2019. وحوالي 85% من النساء لديهن أقل من أو يساوي 4 أطفال، وهو ما يعكس التغيرات والتحولات الاجتماعية التي عرفتها المرأة في

مدينة تامنغست، والتي كانت إلى عهد قريب من أعلى معدلات الولادات، وقد يرجع ذلك إلى المستوى الثقافي لدى المرأة، وأيضا تقلصها النسبي للفترة الإنجابية .

4.2.3. فارق العمر بين الزوجين:

وجدنا من ناحية متغير الفارق العمري بين الزوجين أن 10% ، من المستجوبين أعمارهم أكبر من أو تساوي أعمار أزواجهن، في حين أنه 90 % منهن يكبرها زوجها بمتوسط حسابي قدر بـ6.13 سنة، وهذا العمر يعتبر مناسب بحيث تكون هناك ملائمة وتقارب في الأجيال التي ينتمون إليها، وهو عامل قد يبعث على الاستقرار الأسري.

5.2.3. زيارة الطبيب أثناء الحمل:

جدول 5

توزيع النساء حسب عدد زيارات الطبيب أثناء فترة الحمل العادي والمستوى التعليمي(%)

		عدد زيارات الطبيب أثناء فترة الحمل العادي			المجموع
		من 2 الى 3 مرات	من 3 الى 5 مرات	من 5 الى 8 مرات	
المستوى التعليمي	بدون تعليم		50,0	50,0	100,0
	ابتدائي	50,0		50,0	100,0
	متوسط		50,0	50,0	100,0
	ثانوي	18,2	18,2	63,6	100,0
	جامعي	15,2	33,3	51,5	100,0
المجموع		13,3	33,3	53,3	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

سمحت الدراسة بمعرفة نسبة النساء اللواتي قمن بزيارة الطبيب خلال فترة الحمل، حيث قدرت نسبة من قمن بأكثر من زيارتين وأقل من 6 زيارات بحوالي 46.7%، وهي النسبة ذاتها تقريبا التي كشفت عنها نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 لفئة النساء اللواتي قمن بزيارة عمال الصحة خلال الثلاث أشهر الأولى بنسبة 46% من مجموع النساء، وحوالي 72.1% قمن بأربع زيارات على الأقل.

وبلغ متوسط عدد الزيارات للنساء في الدراسة الحالية؛ حوالي 5.13 زيارة لكل امرأة، مقارنة بمتوسط المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019 والذي بلغ فيه متوسط الزيارة 5.18%، أي أن

النساء في مدينة تامنغست لا يتأخرن عن المتابعة الصحية خلال فترة الحمل ويتمتعن بالوعي الكافي لأهمية الزيارات؛ كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول المرأة على 4 زيارات قبل الولادة للوقاية والعلاج وأخذ التطعيمات اللازمة.

وبالنسبة للعوامل الاجتماعية التي تؤثر على قرار عدد مرات زيارة الطبيب، فوجدنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة زادت عدد الزيارات فالنساء الذين لديهن مستوى أكبر من الثانوي يملن إلى زيادة عدد مرات إلى أكثر من 5 زيارات، بواقع 63.6% للواتي لديهن مستوى ثانوي، و51.5% للجامعيات.

3.3. مؤشرات الحياة الانجابية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية:

1.3.3. فقد الحمل:

يعد مؤشر فقدان الحمل؛ إجهاض أو ولادة ميتة، من المؤشرات الهامة والتي تقدم صورة واضحة حول مستوى الصحة الانجابية، والذي بدوره يتأثر بعوامل عدة تتعلق بخدمات الرعاية والمتابعة الصحية؛ ونذكر من هذه العوامل السن عند الزواج وكذا المتابعة الطبية للمرأة أثناء الحمل.

جدول 6

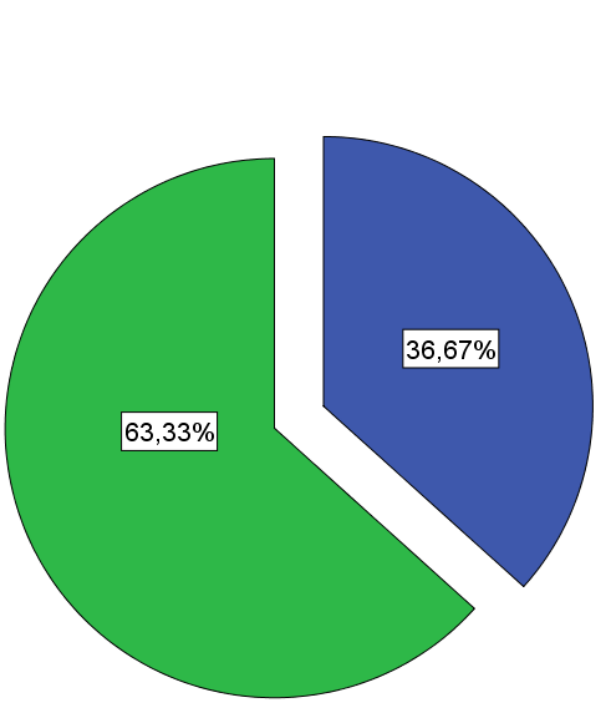
توزيع النساء اللائي تعرضن لفقدان الحمل حسب المستوى التعليمي (%)

		هل سبق وأن تعرضت لحالة فقد الحمل		المجموع
		نعم	لا	
المستوى التعليمي	بدون تعليم	13,3	3,3	16,7
	ابتدائي		3,3	3,3
	متوسط	1,7	5,0	6,7
	ثانوي	8,3	10,0	18,3
	جامعي	13,3	41,7	55,0
المجموع		36,7	63,3	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

تمثيل بياني1

توزيع النساء حسب حالة التعرض لفقدان الحمل



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

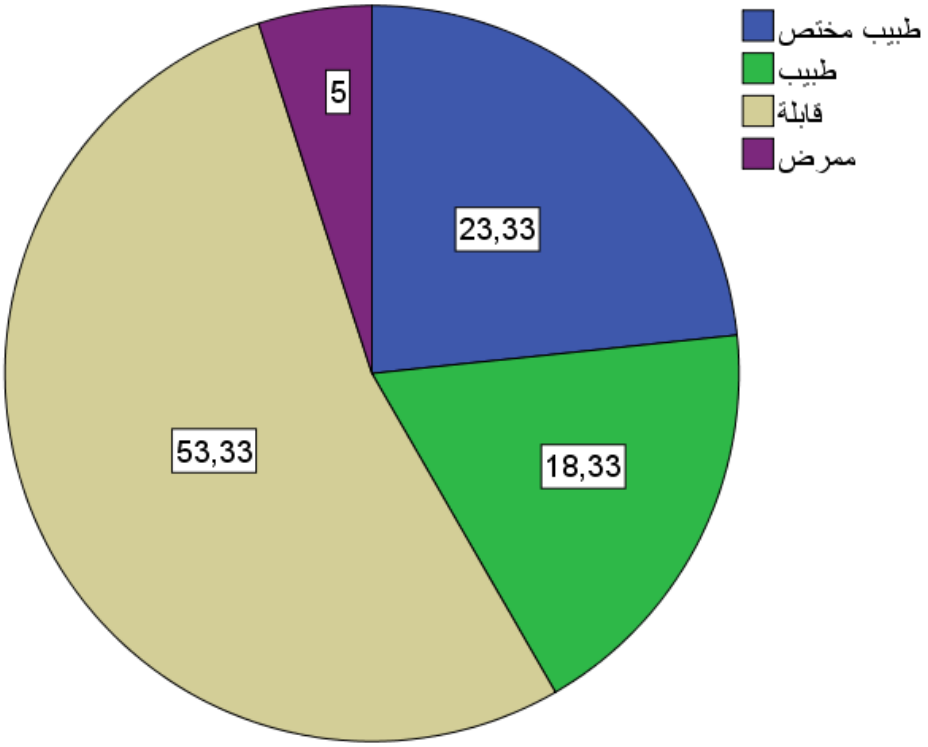
وفي الدراسة الحالية وجد أن حوالي 36.7% من النساء المستجوبات سبق لهن أن فقدن حملهن على الأقل مرة واحدة خلال حياتهن الانجابية، وهي نسبة كبيرة جدا؛ إذ تؤكد ما توصلت اليه مختلف المسوحات الوطنية بارتفاع هذه النسبة لدى النساء في الجنوب عموما.

ويشير الجدول أعلاه إلى أن توزيع النساء اللائي فقدن حملهن؛ على الأقل مرة خلال حياتهن الانجابية لم يكن لمتغير المستوى التعليمي دور كبير فيه باعتبار تسجيل أعلى النسب بين النساء اللواتي لديهن مستوى جامعي واللائي ليس لديهن مستوى تعليمي على حد سواء (13.3%).

2.3.3. الاشراف على عملية الوضع:

تمثيل بياني2

توزيع النساء حسب الاشراف على عملية الوضع



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

وجد أن معظم عمليات الوضع تتم على أيدي قابلات المؤسسة الاستشفائية، ثم الأطباء الاختصاصيين بنسبة 23.3% وهذا مرده إلى طبيعة المؤسسة من جهة؛ وإلى طبيعة الاستقطاب في عملية التوظيف التي تعتمدها المؤسسة، حيث تتوفر المؤسسة على 10 أطباء اختصاصيين، 11 طبيبا عاما، و22 قابلة، وإلى طبيعة الحالات التي يتم توجيهها إلى المؤسسة من طرف بقية المؤسسات الصحية بالولاية؛ كونها الوحيدة التي يتوفر بها اختصاصيي النساء والتوليد أجانب.

3.3.3. استعمال وسائل تنظيم النسل:

يعتبر تنظيم الأسرة كحق من حقوق الانسان الأساسية المعترف بها، بمثابة تمكين الأفراد والأزواج من تحديد عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات، لتحسين صحة الأم والطفل والحد من

استخدام الاجهاض ومن المخاطر الصحية، لتوسيع فرص المرأة في التعليم والتوظيف والمشاركة الاجتماعية (United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), 2004, P. 39).

جدول 7

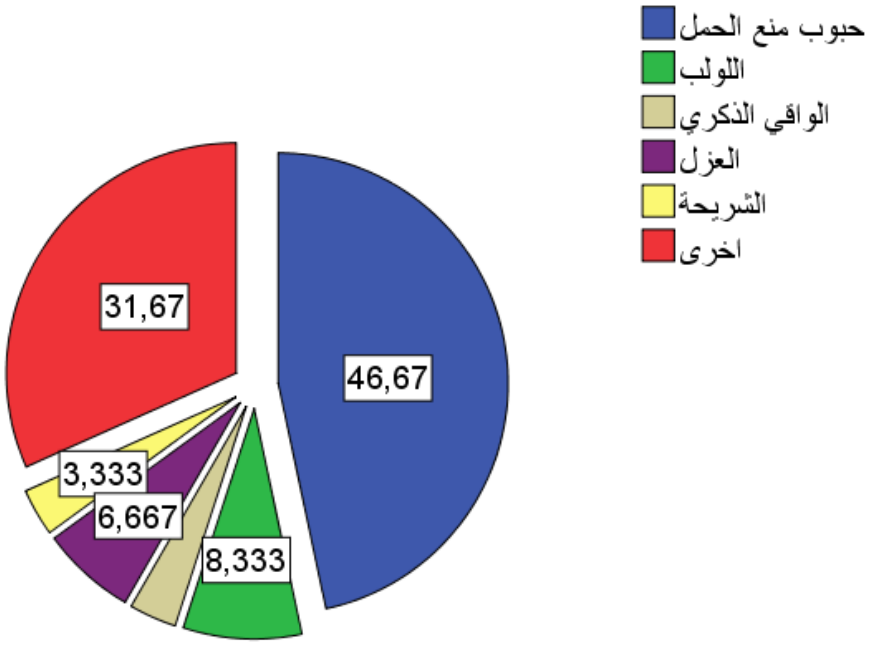
توزيع استخدام وسائل تنظيم النسل حسب المستوى التعليمي للمرأة (%)

		هل تستخدمين وسائل تنظيم النسل		المجموع
		نعم	لا	
المستوى التعليمي	بدون تعليم	15,0	20,0	16,7
	ابتدائي	2,5	5,0	3,3
	متوسط	10,0		6,7
	ثانوي	25,0	5,0	18,3
	جامعي	47,5	70,0	55,0
المجموع		100,0	100,0%	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

تمثيل بياني3

توزيع النساء حسب وسيلة تنظيم النسل المستعملة



المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن استعمال حبوب منع الحمل؛ كوسيلة لتنظيم النسل قد شكل أعلى النسب بحوالي 47% من مجموع النساء في العينة، بسبب كونها الأكثر شيوعا وانتشارا؛ وسهلة الاستخدام، إلى جانب فعاليتها المقبولة عموما.

وقد أشارت مختلف المسوح الوطنية المنجزة إلى أن غالبية النساء يقبلون على استخدام الحبوب وطريقة اللولب وعلى دراية كافية بها، في الوقت الذي لم يدرج مسح 2019 أي بيانات أو نتائج عن معرفة النساء لوسائل تنظيم النسل.

جدول 8

توزيع وسائل تنظيم النسل المتبعة حسب المستوى التعليمي للمرأة(%)

		وسائل تنظيم النسل المستخدمة						المجموع
		حبوب منع الحمل	اللولب	الواقي الذكري	العزل	الشريحة	أخرى	
المستوى التعليمي	بدون تعليم	10,7			50,0	50,0	21,1	16,7
	ابتدائي		20,0				5,3	3,3
	متوسط	10,7	20,0					6,7
	ثانوي	28,6	20,0	50,0			5,3	18,3
	جامعي	50,0	40,0	50,0	50,0%	50,0	68,4	55,0
المجموع		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على نتائج الدراسة الميدانية

ويلعب العامل الاجتماعي؛ والمتمثل في المستوى التعليمي للنساء المستجوبات دورا بارزا في التفاوت في النسب بين اللواتي تستعملن أكبر عدد من وسائل تنظيم النسل؛ إذ تستخدم الجامعيات كل وسائل منع الحمل المتاحة، حيث جاءت النساء ذوات المستوى الجامعي في مقدمة من يستعملن أي وسيلة من وسائل موانع الحمل، بنسبة فاقت 40 % من الجامعيات في كل وسيلة من وسائل تنظيم النسل . بينما بقية المستويات والحالة التعليمية لا يستخدمن بعض وسائل تنظيم النسل.

إلا أن تأثير متغير المستوى التعليمي كان ضئيلا في ما يخص نوع الوسيلة المستخدمة لتنظيم النسل؛ كما يبرزه الجدول أعلاه.

خاتمة:

توصلت الدراسة إلى أن حقيقة العمل بتوصيات مؤتمر القاهرة بعد مرور زهاء 30 سنة من انعقاده لا يزال بحاجة لبذل المزيد من الجهود في مجال الصحة الانجابية بالجنوب الجزائري الكبير، حيث أن الاهتمام بصحة المرأة يكون في فترة الانجاب فقط ولا يشمل الحياة العامة للمرأة. أما بالنسبة لزيادة فرص تمكين الجميع من خدمات الصحة الانجابية بما فيها تنظيم الأسرة فقد قطعت أشواطا كبيرة في انتشار وامكانية الحصول على وسائل تنظيم النسل.

وعليه يبقى موضوع الصحة الانجابية هو محل اهتمام العديد من العلماء والمفكرين وصانعي القرار في أغلب الدول، إلا أننا في مدينة تامنغست؛ الواقعة أقصى جنوب الجزائر، نحتاج إلى تسليط الضوء أكثر على مختلف مجالات الصحة العامة؛ وفي الصلب الصحة الانجابية للمرأة في المناطق الجنوبية؛ حيث يظل تقديم خدمات رعاية المرأة الحامل دون مستوى الخدمات المقدمة لمثيلاتها على المستوى الوطني؛ حيث أفرزت نتائج المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات لسنة 2019 أنها بلغت 96.8% أثناء فترة الحمل نظرا للتفاوت المسجل في ما يخص الهياكل وكذا الكادر الطبي المتخصص؛ بين مختلف مناطق الوطن، وكذا لمختلف العوامل الاجتماعية التي أثرت ؛ ولا زالت تؤثر على واقع الرعاية الصحية بالولاية ومن بينها مكان الإقامة والمستوى التعليمي.

وبالتالي يساهم تسليط الضوء على مثل هذه المواضيع في تقليص الهوة بين مؤشرات الصحة الانجابية المسجلة في المناطق الجنوبية ونظيراتها؛ خاصة ما تعلق بوفيات الأمومة والطفولة التي تسجلها هذه المناطق الواقعة في أقصى الجنوب؛ بسبب شساعتها الجغرافية وضعف الخدمات الصحية بها.

قائمة المصادروالمراجع:

1. دكاكن ن.، وطعبة ع. (2023). المحددات الديموغرافية لوفيات الرضع في إقليم جنوب الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) المنجز سنة 2018-2019. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية, 15(3), 23-36.
2. خديجة، سواكري، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15- 45 بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة200 ، دكتوراه 2020
3. محمد مصطفى حسن مصطفى، (2001)، الصحة الإنجابية بين الإناث صغيرات السن في مصر، رسالة دكتوراه في الاحصاء الحيوي والسكاني، جامعة القاهرة.
4. طويل ش. ز. (2022). تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات. مجلة المعيار, 13(1), 218-238.

5. قويدري م. ا., وصالي م. (2023). واقع المتابعة الصحية للمتابعة الصحية للأمهات خلال فترة الحمل وتأثرها بالعوامل الاجتماعية من خلال بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 mics-6 الجزائر. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية, 15(3)، 37-50.
6. نعيمة، أمزيان. (2020) ديناميكية السلوك الإنجابي في الجزائر؛ قراءة إحصائية لواقع الخصوبة ما بين 1962 و 2018، مجلة آفاق علمية، 12 (5), 201 -219.
7. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2020, Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS] 2019, Rapport final des résultats, Algérie.
8. Organisation Mondiale De La Sante, 1999.Interpréter la santé génésique, Forum CIPD, Lahaye, 8-9 Février.
9. UNFPA, état de la population mondiale, (2004), Le consensus du Caire, dix ans après : la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté, New York.
10. https://www.ons.dz/IMG/pdf/demographie 2019.pdf
11. https://www.ons.dz/IMG/pdf/demographie 2019_bis.pdf