



كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم الاجتماع



الطروحة التخرج لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم الاجتماع تخصص  
احياء اجتماعي الموسومة بـ:

المحددات الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية للصحة الإنجابية  
دراسة ميدانية بالمؤسسات الاستشفائية لولاية تلمسان

الأستاذ المشرف:

أ. د حمزة شريف علي

إعداد الطالب:

ميلودي عبد الرزاق

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	سيدى يظفح عادل
مشرفا ومقررا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	حمزة شريف علي
عضوا	جامعة وهران-2	أستاذ التعليم العالي	داودي نور الدين
عضوا	جامعة عين تموشنت	أستاذ التعليم العالي	طبري غماري
عضوا	جامعة وهران-2	أستاذ محاضر "أ"	فوزية شنافي
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر "أ"	طويل شمرزاد

السنة الجامعية 2021-2022

# كلمة شكر وعرّفان

في البداية الشكر والحمد لله جل في علاه وإليه ينسب الفضل كله في إكمال  
والكمال يبقى لله وحده هذا العمل المتواضع.

وأتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ المشرف أ. د حمزة شريف علي على قبوله  
الإشراف على هذه الأطروحة وعلى كل توجيهاته وملاحظاته القيمة.

والشكر الموصول كذلك إلى أساتذتي الكرام وإلى كل من ساعدني على إنجاز  
هذا العمل العلمي.

# الإهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد:

الحمد لله الذي وفقنا لتثمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة الجهد والنجاح بفضلته تعالى مهداة إلى روح الوالدين الكريمين رحمهم الله برحمته الواسعة التي وسعت كل شيء.

وإلى كل العائلة الكريمة الإخوة والأخوات.

إلى أفراد أسرتي وأخص بالذكر زوجتي وأولادي سندي في الدنيا ولا أحصي لهم فضلا.

إلى كل أقاربي، إلى كل الأصدقاء والأحباب من دون استثناء، إلى كل أساتذتي الكرام ورفقائي في الدراسة.

إلى كل من ساعدني في إتمام هذا العمل من قريب أو من بعيد.

**ميلودي عبد الرزاق**

# الفهرس

أ	قائمة الجداول
ج	قائمة الاشكال

## Liste des Abréviations

1	.....مقدمة عامة
---	-----------------

### الفصل الأول

#### الصحة الإنجابية: النشأة و المفهوم

11	.....مقدمة	
11	.....نبذة تاريخية عن نشأة الصحة الانجابية	1-1
13	.....تعريف الصحة الإنجابية	2-1
14	.....الصحة الجنسية	3-1
14	.....الفئات المعنية بالصحة الإنجابية	4-1
15	.....عناصر الصحة الإنجابية	5-1
16	.....العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية	6-1
18	.....الحقوق الإنجابية	7-1
19	.....الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية	8-1
20	.....السلوك الإنجابي	9-1
21	.....الصحة الإنجابية و تنظيم الأسرة	10-1
21	.....أهداف الصحة الإنجابية	11-1
22	.....العوامل المؤثرة على الإنجاب وتباعد الولادات	12-1

### الفصل الثاني

#### ماهية المباعدة بين الولادات

24	.....مقدمة	
24	.....مفهوم المباعدة بين الولادات	1-2
24	.....العوامل المساعدة على ممارسة المباعدة بين الولادات	2-2
26	.....فوائد المباعدة بين الولادات	3-2
28	.....أثر تباعد الولادات على صحة الام	4-2
28	.....أثر تباعد الولادات على صحة الطفل	5-2
28	.....أثر تباعد الولادات على العائلة	6-2
28	.....مؤشرات تباعد الولادات	7-2
29	.....وسائل منع الحمل وطرق استعمالها	8-2
38	.....خصائص وسائل منع الحمل	9-2
39	.....موقف الشريعة الإسلامية من تباعد الولادات	10-2
40	.....نبذة تاريخية عن برامج التخطيط العائلي في الجزائر	11-2

## الفصل الثالث الاسرة الجزائرية: التغير و التطور

45	.....مقدمة.	
46	.....تعريف الأسرة.	1-3
46	.....مفهوم الأسرة في الإسلام.	2-3
47	.....أنواع الأسرة.	3-3
48	.....وظائف الأسرة.	4-3
50	.....خصائص الأسرة.	5-3
51	.....مميزات الأسرة العربية.	6-3
52	.....مميزات الأسرة الجزائرية.	7-3
55	.....أشكال الأسرة الجزائرية.	8-3
56	.....تطور الأسرة الجزائرية.	9-3
58	.....تطور العلاقات داخل الأسرة الجزائرية.	10-3
59	.....مكانة الطفل في الأسرة الجزائرية.	11-3
59	.....مكانة الأسرة في الإسلام.	12-3
60	.....المرأة والعلاقات الأسرية في الجزائر.	13-3
61	.....مكانة المرأة وعلاقتها بالتحول الديمغرافي والأسري.	14-3

## الفصل الرابع الجانب الميداني

63	.....الإجراءات المنهجية للدراسة.	1-4
63	.....أهداف الدراسة.	1-1-4
63	.....حدود الدراسة.	2-1-4
64	.....مجالات الدراسة.	3-1-4
67	.....العينة.	4-1-4
67	.....أدوات البحث.	5-1-4
68	.....المنهج المستخدم.	6-1-4
69	.....الخصائص الديمغرافية و الاجتماعية لأفراد العينة و أسرهم.	2-4
93	.....اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج.	3-4
118	.....خاتمة عامة	
123	.....قائمة المراجع	
130	.....الملاحق	

# قائمة الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
34	أساليب منع الحمل التقليدية	1
35	أساليب منع الحمل الحديثة	2
64	المؤشرات الديموغرافية لولاية تلمسان لسنة 2018	3
66	الهيكل والموارد البشرية لمصالح امراض النساء والتوليد	4
66	النشاطات والاحصائيات لمصالح امراض النساء والتوليد	5
69	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير السن	6
70	توزيع العينة حسب متغير السن	7
71	توزيع العينة حسب المهنة	8
72	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير سن الازواج	9
73	توزيع العينة حسب سن الزوج	10
74	توزيع العينة حسب مهنة الزوج	11
75	توزيع العينة حسب الدخل الشهري	12
76	توزيع العينة حسب سن الزواج	13
76	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير السن عند اول زواج	14
77	توزيع العينة حسب شكل الزواج	15
78	توزيع العينة حسب مدة الزواج	16
78	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير مدة الزواج	17
78	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير فارق السن بين الزوجين	18
79	توزيع العينة حسب فارق السن بين الزوجين	19
80	توزيع العينة حسب نوع السكن	20
81	توزيع العينة حسب عدد الغرف	21
82	توزيع العينة حسب الخدمات	22
82	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير السن عند اول حمل	23
83	توزيع العينة حسب السن عند اول حمل	24
83	توزيع العينة حسب عدد الأطفال الاحياء	25
83	جدول الاحصائيات الخاصة بمتغير عدد الأطفال الاحياء	26
84	توزيع العينة حسب نصيحة الأولاد في المستقبل	27
84	توزيع العينة حسب طبيعة الولادة	28
85	توزيع العينة حسب نوع الرضاعة	29
86	توزيع العينة حسب اتخاذ قرار الانجاب	30
86	توزيع العينة حسب الموقف من تباعد الولادات	31
87	توزيع العينة حسب سبب تباعد الولادات	32
88	توزيع العينة حسب عوامل التحكم في ا لفترة ما بين الولادة	33
89	توزيع العينة حسب معرفة وسائل منع الحمل	34
89	توزيع العينة حسب الوسيلة المستعملة	35
91	توزيع العينة حسب بداية استعمال وسيلة منع الحمل	36
92	توزيع العينة حسب الوضعية الصحية	37

93	توزيع العينة حسب الموقف من تباعد الولادات	38
94	اختبار خصوصية النموذج	39
95	المتغيرات في المعادلة	42
95	ترميز المتغيرات الاسمية	43
96	اختبار خصوصية النموذج	44
96	المتغيرات في المعادلة	45
97	تحليل التباين للنموذج (ANOVA)	46
97	معاملات نموذج الانحدار الخطي المتعدد بين سن الزوجة وسن الزوج و المباعده بين الولادات	48
98	تحليل التباين للنموذج (ANOVA)	49
99	معاملات نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المستوى التعليمي للزوجة والمباعده بين الولادات	51
99	توزيع العينة حسب المستوى التعليمي للزوج وممارسة المباعده بين الولادات	52
100	اختبار مربع كاي	53
101	تحليل التباين للنموذج (ANOVA)	55
101	معاملات نموذج الانحدار الخطي البسيط بين وسط الإقامة و المباعده بين الولادات	56
102	اختبار مربع كاي	58
103	توزيع العينة حسب صنف السكن و المباعده بين الولادات	60
103	اختبار مربع كاي	61
103	توزيع العينة حسب نوع الزواج و المباعده بين الولادات	63
104	تحليل التباين للنموذج (ANOVA)	64
104	معاملات نموذج الانحدار الخطي البسيط بين نوع الزواج و المباعده بين الولادات	65
105	جدول الارتباطات لسبرمان بين عدد الأطفال الاحياء ذكور و اناث و المباعده بين الولادات	67
106	جدول الارتباطات لبيرسون بين الدخل الشهري للعائلة و المباعده بين الولادات	68
107	تحليل التباين للنموذج (ANOVA)	69
107	معاملات نموذج الانحدار الخطي المتعدد بين مهنة الزوجة و الزوج و المباعده بين الولادات	71
108	اختبار مربع كاي	72
109	توزيع العينة حسب السن عند اول حمل و المباعده بين الولادات	74
109	جدول الارتباطات لبيرسون بين السن عند اول حمل و المباعده بين الولادات	75
110	اختبار مربع كاي	76
111	اختبار مربع كاي	78
112	جدول الارتباطات لبيرسون بين عدد الأطفال الاحياء و المباعده بين الولادات	80
112	توزيع العينة حسب الرغبة في انجاب طفل اخر و المباعده بين الولادات	81
113	اختبار مربع كاي	82
113	توزيع العينة حسب طبيعة الولادة و المباعده بين الولادات	82
114	اختبار مربع كاي	83
115	اختبار مربع كاي	86
115	توزيع العينة حسب زيارة الطبيب بانتظام و المباعده بين الولادات	88
115	اختبار خصوصية النموذج	89
116	المتغيرات في المعادلة	90

# قائمة الاشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
64	الهرم السكاني لولاية تلمسان لسنة 2018	1
65	الخريطة الصحية لولاية تلمسان	2
70	التمثيل البياني للعيينة حسب المستوى التعليمي	3
72	التمثيل البياني للعيينة حسب قطاع العمل	4
73	التمثيل البياني للعيينة حسب المستوى التعليمي للأزواج	5
75	التمثيل البياني للعيينة حسب التامين	6
77	التمثيل البياني للعيينة حسب نوع الزواج	7
79	التمثيل البياني للعيينة حسب وسط الاقامة	8
80	التمثيل البياني للعيينة حسب طبيعة السكن	9
81	التمثيل البياني للعيينة حسب صنف السكن	10
85	التمثيل البياني للعيينة حسب الرغبة في إنجاب طفل اخر	11
86	التمثيل البياني للعيينة حسب تدخل الافراد في قرار الانجاب	12
87	التمثيل البياني للعيينة حسب الفترة المناسبة بين الولادات	13
88	التمثيل البياني للعيينة حسب وجود مساعد في تربية الاطفال	14
90	التمثيل البياني للعيينة حسب مصدر معرفة وسائل منع الحمل	15
91	التمثيل البياني للعيينة حسب الوسيلة المفضلة	16
92	التمثيل البياني للعيينة حسب تغيير وسيلة منع الحمل في حالة الفشل	17
93	التمثيل البياني للعيينة حسب اتخاذ قرار الانجاب	18
94	التمثيل البياني للعيينة حسب اتخاذ قرار الانجاب والمباعدة بين الولادات	19
98	التمثيل البياني للعيينة حسب المستوى التعليمي للزوجة والمباعدة بين الولادات	20
100	التمثيل البياني للعيينة حسب وسط الاقامة والمباعدة بين الولادات	21
102	التمثيل البياني للعيينة حسب نوع السكن والمباعدة بين الولادات	22
106	التمثيل البياني للعيينة حسب المهنة والمباعدة بين الولادات	23
108	التمثيل البياني للعيينة حسب سن الزواج والمباعدة بين الولادات	24
110	التمثيل البياني للعيينة حسب فارق السن بين الزوجين والمباعدة بين الولادات	25
111	التمثيل البياني للعيينة حسب مدة الزواج والمباعدة بين الولادات	26

## Liste des Abréviations

**A.A.R.D.E.E.S** : Association Algérienne pour la Recherche Démographique, Economique et Sociale.

**B.N.S.P.F** : Besoins Non Satisfaits de Planification Familiale

**C.I.P.D** : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

**CASNOS** : Caisse Nationale De Sécurité Sociales des Non-Salariés

**CENEAP** : Centre National d'Etude et d'Analyse pour la Population et le Développement

**C.H.U** : Centre Hospitalo-universitaire

**C.M.C**: Connaissance des Moyens Contraceptifs

**C.N.A.S** : Caisse Nationale Des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés

**D.I.U** : Dispositif Intra-utérin

**E.H.S** : Etablissement hospitalier spécialisé

**E.P.H** : Etablissement Public Hospitalier

**E.P.S.P** : Etablissement Public De Santé De Proximité

**F.I.P.F** : Fédération Internationale de la Planification Familiale

**F.N.U.A.P** : Fonds des Nations Unies Pour la Population

**F.P.A**: Family Planning Association

**I.S.F**: Indice Synthétique de Fécondité

**M.S.T** : les Maladies Sexuellement Transmissibles

**M.A.M.A** : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

**M.I.C.S** : Multiple Indicators Cluster Surveys

**O.M.S** : Organisation mondiale de Santé

**O.N.S** : Office Nationale des Statistiques

**P.M.I** : Centre de Protection Maternelle et Infantile.

**P.P.F.A**: Planned Parenthood Federation of America

**S.P.S.S**: Statistical Package for the Social Sciences

**T.B.N** : Taux Brut de natalité

**T.M.I** : Taux de Mortalité Infantile

**T.P.C** : Taux de Prévalence Contraceptive



# مقدمة عامة

## مقدمة عامة

أصبحت القضايا السكانية تشغل اهتمام الكثير من المفكرين ، و ذلك بسبب العوامل والتغيرات التي أدت إلى النمو السكاني الذي أثرا تأثيرا كبيرا على الموارد و على جهود التنمية خاصة في بلدان العالم الثالث التي كانت تعمل جاهدة على خلق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة و يرجع هذا التزايد السكاني حسبهم إلى ما حدث من تقدم طبي خاصة فيما يتعلق بالتكفل بالمرأة الحامل وجنينها و الذي أدى إلى انخفاض كبير في معدلات الوفيات ، في حين استمرت معدلات المواليد على وضعها المرتفع، هذا و إن كان قد حدث انخفاض للمواليد فانه لم يكن بالقدر الذي كان عليه انخفاض الوفيات مما تسبب في وجود تباين كبير بين المواليد و الوفيات. فأصبحت مسألة السكان مجالاً للدراسة استجابة لاعتبار " النمو السكاني " ظاهرة مقلقة وخطيرة تهدد البشرية بالفقر والتلوث وكان العالم الاقتصادي البريطاني مالثوس Malthus (1766-1834م) قد حذر قبل ذلك في مقاله في عام 1798م حول مبادئ علم السكان من الآثار السلبية (البيئية، الاقتصادية والاجتماعية...) المترتبة على النمو السكاني غير المتحكم فيه.

ولمواجهة هذه المشكلة تم عقد العديد من المؤتمرات الدولية التي بدأت بمؤتمر روما عام 1953 الذي دعا إليه قسم السكان بالأمم المتحدة لمناقشة أسباب النمو السكاني المتزايد خاصة في الدول النامية والمشاكل الناجمة عنه، وكان مؤتمر بلجراد عام 1964 هو من قدم مفهوم تنظيم الأسرة كحل لتخفيض نسبة المواليد وبالتالي خفض النمو السكاني.

ورغم الجهود المبذولة إلا أن المشكلة مازالت قائمة مما تطلب إيجاد حلول اخرى، حيث تم عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة المصرية في عام 1994، والذي أتى بمفهوم الصحة الإنجابية لحلها، والذي يهدف بالأساس إلى تحسين نوعية حياة الفرد. كما اعتمد على الاختيار الحر للفرد في مجال الإنجاب. فأورد برنامج عمل هذا المؤتمر عددا من الحقوق الإنجابية والتي تعتبر من حقوق الإنسان التي يجب على الدول أن تكفلها للأفراد، كما تضمن برنامج عمل المؤتمر أيضا الاهتمام الكبير بالتنمية البشرية التي تعتبر الصحة أحد محاورها بما في ذلك الصحة الإنجابية.

ومع ذلك فقد اختزل مفهوم الصحة الإنجابية في عقول كثيرة من الناس على انه تنظيم الأسرة، الذي هو في الأساس المباشرة بين الولادات على انه منعا للحمل، وهو من المفاهيم غير المرغوب فيها في مجتمعاتنا العربية والاسلامية.

إن الصحة الإنجابية كمفهوم جديد يعتبر من أهم الأولويات بالنسبة لسكان العالم، حيث سطرت عدة برامج عمل أخذت بعين الاعتبار هذا المفهوم من بينها:

- المجلس الدولي للسكان و التنمية سنة 1994 بالقاهرة.

- المجلس الدولي الرابع حول المرأة سنة 1995.

وذلك من اجل التحكم في النمو الديموغرافي من خلال ترقية الصحة عامة والصحة الإنجابية بصفة خاصة، حيث أوصى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بتعزيز دعم الأسرة على كل المستويات وفي كل المجالات بصفتها اللبنة الأساسية للمجتمع خاصة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية إذ أن هذه الأخيرة ليست فقط عنصر مهم للرعاية الصحية الأولية للفرد ولكن تأخذ بعين الاعتبار حماية حقوق الإنسان وذلك من خلال إتباع برنامج شامل لتلبية احتياجات الأفراد من حيث الصحة الإنجابية لا سيما احتياجات المرأة.

بصفة عامة فان العناية بالصحة الإنجابية يتطلب الحصول على خدمات متعلقة بها تشمل الصحة الجنسية وتنظيم الأسرة من خلال ترك فترة مناسبة بين الولادة وأخرى أي المباشرة بينها.

إذ تعد المباشرة بين الولادات من المواضيع التي لها علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية موضوع دراستنا وهي الوسيلة الأنجع للمحافظة عليها، ولهذا الغرض حاولنا في هذا البحث دراسة العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية من زاوية ممارسة المباشرة بين الولادات.

حيث أنها أضحت من أهم انشغالات الدوائر العلمية ومنظمات هيئة الأمم المتحدة ومخططي السياسة العامة في الكثير من المجتمعات في العالم. فعلى المجتمعات التي تواجه مشكلة الزيادة السكانية بصورة تفوق زيادة الإمكانيات المتاحة أن تنتهج سياسة متوازنة في هذا الميدان، وليس هناك في الوقت الراهن من حل ممكن وفعال غير التخطيط العائلي من خلال تشجيع الأسر على تنظيم وضبط نسلها وفق إمكانياتها المادية.

فالمباشرة بين الولادات هي جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية، إذ أنها الحل الأمثل لصحة الأمهات والمواليد، فهو يسمح للأزواج من ممارسة حقهم الأساسي في أن يقرروا بحرية وبمسؤولية عدد أطفالهم والفترة الزمنية الفاصلة بينهم. وهي كذلك سلوك صحي يوفر للزوجين الخيار الأمثل للتحكم في الإنجاب.

وهي تهدف بالأساس إلى عقلانية العملية الإنجابية وبالتالي المحافظة على صحة الأم وطفلها، ولهذا يجب اتخاذها كوسيلة للحد من وفيات الأمهات والأطفال هذا ما أكدته كل من المنظمة العالمية للصحة، صندوق الأمم المتحدة للسكان والفدرالية الدولية للتخطيط العائلي التي تعتبر تباعد الولادات هي الوسيلة الأساسية والمثلى للوقاية والحفاظ على الصحة الإنجابية، لأنها تعطي الأولوية للوقاية وليس للعلاج

(Kouaouci ,1997,p.83).

ولهذا الغرض أنجزت دراسات متعددة محليا ودوليا من قبل مؤسسات الأمم المتحدة والهيئات الدولية الأخرى فأظهرت السلوكيات السلبية والمخاطر الصحية التي تترتب عن الإنجاب المتكرر ولتجنب هذه المخاطر ظهرت فكرة تباعد الولادات وسطرت برامج لتجسيد هذه الفكرة.

ان برنامج تباعد الولادات هو برنامج مسطر يشجع الزوجين وخاصة المرأة على ترك فترة زمنية بين ولادة وأخرى باستعمال موانع الحمل المتوفرة، تقليدية كانت أو معاصرة. والهدف من وراء هذا هو الحفاظ على الأم والطفل من عواقب الولادات المتكررة والمتقاربة.

فتباعد الولادات بات ضرورة على أفراد الأسرة ممارسته لتحقيق الراحة النفسية والمادية.

ومن أهداف برنامج تباعد الولادات (لعجالي، 1985، ص.11):

1. تفادي الولادات الغير المرغوب فيها.
2. ترك فترة راحة للمرأة ما بين كل ولادة وأخرى.
3. السعي نحو تغيير عدد الأطفال من نفس المرأة.
4. الحد من الإجهاض.

ويتعلق برنامج تباعد الولادات أيضا بالتمهيد لبناء الأسرة بناء سليما وتنظيمها اجتماعيا واقتصاديا وثقافيا وصحيا وتنظيم العلاقات الزوجية.

أصبحت ممارسة المباحدة بين الولادات إجبارية للأسرة لدورها الكبير في تحسين مستوى الصحة الإنجابية ولتتبع تطوراى بلد علينا تتبع التغيرات التي طرأت على المجتمع وملاحظة أثرها على الأسرة.

فالأسرة هي المجتمع المصغر وكثرة عدد أفرادها يؤثر على البناء الاجتماعي، لهذا تسعى الجزائر إلى تحسين وتوعية جل الأسر للعمل ببرامج تنظيم الولادات لتحقيق التوازن الذاتي والجماعي.

ولتنفيذ هذا البرنامج فتحت الجزائر في البداية ما يسمى بمراكز رعاية الأمومة والطفولة<sup>1</sup> PMI، حيث دشن أول مركز لتباعد الولادات في مستشفى مصطفى باشا سنة 1967 م، برعاية صندوق الأمم المتحدة للسكان.FNUAP<sup>2</sup> وفي نفس الفترة أصدر المجلس الإسلامي الأعلى فتوى تبيح التنظيم الإرادي للولادات دون اللجوء إلى الإجهاض العمدي.

كما وضع مرشدين لزيادة الوعي بأهمية المباحدة بين الولادات وذلك لتفادي المشكلات الصحية، الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن إهمالها.

وكذلك الترويج لممارسة تباعد الولادات وضمان الوصول إلى وسائل منع الحمل التي تفضلها النساء والأزواج أمر ضروري لتأمين الصحة الإنجابية للمرأة.

<sup>1</sup> P. M. I : Centre de Protection Maternelle et Infantile

<sup>2</sup> F.N.U.A.P : Fonds des Nations Unies pour la Population

وفي هذا الصدد أنجزت عدة دراسات عن المجتمع الجزائري من بينها:

دراسة الجمعية الجزائرية للدراسات الديموغرافية، الاقتصادية والاجتماعية حول: " موقف الأزواج الجزائريين تجاه تنظيم الأسرة سنة 1966" والتي تبين من خلالها انخفاض مستوى المعرفة بوسائل منع الحمل إذ بلغت نسبة المعرفة في المدينة (44.5%) و(65%) لكل من النساء والرجال على التوالي، لتتخفف هذه النسبة في الريف إلى (15%) للنساء و(30%) للرجال كما تبين أن الرغبة في تنظيم الولادات تكون أكثر وضوحا كلما ارتفع مستوى المعيشة ومستوى التعليم. (ARDEES, 1968).

و دراسة مليكة لعجالي حول: " تباعد الولادات في العالم الثالث (التجربة الجزائرية ما بين 1975 و1978) التي كشفت من خلالها عن علاقات ارتباطية عكسية بين مستوى التعليم، متوسط عدد الأطفال إذ كلما كان تعليم الزوج أعلى كلما تقلص هذا المتوسط والعكس صحيح فقد قدر متوسط عدد أطفال الأزواج الذين ليس لهم مستوى 5.8 طفل مقابل 2.7 طفل الذين لهم مستوى جامعي.

كما تبين أن الزوجات القاطنات في الوسط الحضري أكثر إقبالا على استعمال وسائل منع الحمل 48.70% منه في الوسط الريفي 2.20%، ترجع الباحثة انخفاض نسبة استعمال وسائل منع الحمل في أوساط المبحوثات إلى عوامل مختلفة أهمها العوامل الثقافية، الدينية، إن تصادم المضمون الثقافي لموانع الحمل مع التمثلات الدينية للأفراد، معتقداتهم وممارساتهم العميقة يؤدي في الأوساط الريفية على وجه الخصوص إما إلى رفضها رفضا تاما أو قبولها مع نوع من التحفظ والتكتم. (مليكة لعجالي، 1985).

وكذا دراسة عائشة بورغدة حول: " العاملة الجزائرية وتنظيم النسل " أطروحة ماجستير بجامعة الجزائر سنة 1986. والتي كان الهدف منها دراسة سلوك المرأة العاملة تجاه تنظيم النسل وكذا العلاقة بين عملها وموقفها من تنظيم الأسرة بغية التوصل إلى أهم المتغيرات المؤثرة في نظرتها أو سلوكها إثر خروجها للعمل واحتكاكها بالعالم الخارجي. إذ ان الباحثة اعتمدت على أدوات البحث بدءا من الملاحظة إلى المقابلة ثم الاستمارة. كما اتبعت المنهج التحليلي المقارن والمنهج الإحصائي في تحليل البيانات.

اما عن عينة البحث فتكونت من 91 امرأة عاملة تتراوح أعمارهن بين (17-49 سنة) من مستويات تعليمية مختلفة بالإضافة الى 16 امرأة غير عاملة.

والتي توصلت من خلالها على النتائج التالية:

أن خروج المرأة للعمل أدى إلى تغيير موقفها لصالح تنظيم النسل كل المؤشرات تدل على أن المطبقات لتنظيم النسل هن الحائزات على مستوى عال من التعليم، فقد تبين أن لهذا العامل أثر في إحداث الفروق عند المقارنة بين مختلف العاملات. إن ارتفاع المستوى المهني للمرأة أي الإطارات العليا النسوية لها العدد الأقل من الأطفال مقارنة بالأخريات.

إن الرغبة في متابعة تعليم الأطفال وتربيتهم تربية سليمة من أهم دوافع تنظيم النسل بالنسبة للواتي يرغبن في ذلك، وخاصة بالنسبة للحائزات على مستوى عالي من التعليم.

وأما بالنسبة للاتي خرجن لأسباب مادية فهذه الأسباب نفسها هي التي أوحى لهن بتنظيم نسلهن.

وعليه وكخلاصة للدراسة فان العوامل الاجتماعية والدينية لها تأثير كبير من معرفة وسائل منع الحمل بحيث تنعدم نسبة منهن لا يعرفن الوسائل بالنسبة للفئة العاملة وغير العاملة. (سعدودي، 2016، ص.324).

بالإضافة الى دراسة اللجنة الوطنية للصحة والتخطيط العائلي التي أجريت بالاشتراك مع الديوان الوطني للإحصائيات، من اجل دراسة السلوك الإنجابي وسلوك الأزواج الجزائريين اتجاه تنظيم الأسرة، ولجمع المعلومات والمعطيات فقد استعملت أداة الاستمارة موجهة لـ 72765 زوج وزوجة، وكان من شروط العينة:

- أن عمر الزوجة يجب أن يكون بين 17 سنة 45 – سنة.

- يجب أن يكون لهما طفل على الأقل قد دخل في إحصاء.1998.

وكان الإحصاء الوطني للسكان لسنة 1998 الذي قام به الديوان الوطني للإحصائيات<sup>1</sup> ONS هو القاعدة التي ارتكز عليها البحث، وقد استثنى البحث الزوجين الذين لا ينجبان. بأي سبب من الأسباب أو الزوجين اللذين أنجبا طفلهما الأول بعد إحصاء 1998 .

وقد قسم البحث إلى شريحتين ريفي وحضري. كما تم استجواب كلا الزوجين على انفراد، وقد استعمل استجواب مفصل لكليهما، إلا أنه ركز على الناحية الخاصة بالإنجاب بالنسبة للزوجات، وعلى الناحية الاقتصادية والاجتماعية عند الأزواج .

وكانت النقاط الأساسية للمشكلة الدراسة هي:

- اختبار الآراء اتجاه تنظيم الأسرة.

- معرفة وسائل تنظيم الأسرة وطرق منع الحمل.

- تطبيق وسائل تنظيم الأسرة.

والنتيجة العامة التي توصل إليها هذا البحث هي أن أكثر من ثلاثة أرباع الأشخاص المستجوبين صرحوا بأنهم موافقين على فكرة تنظيم الأسرة.

وهذه الإجابة كانت من طرف الرجال والنساء على حد سواء.

<sup>1</sup> O.N.S : Office Nationale des Statistiques.

ويظهر أن المعرقل الوحيد لممارسة عامة هذه الوسائل تكمن في بعض الآراء المسبقة التي تقف حائلا دون ذلك. (اللجنة الوطنية للصحة والتخطيط العائلي، 2000).

كما نجد من بين اهم الدراسات في هذا الموضوع دراسة علي كواوسي حول محاولة إعادة بناء ممارسة منع الحمل في الجزائر خلال الفترة 1967-1987 من خلال تحليل بيانات المسح الوطني الجزائري للخصوبة E.N.A.F<sup>1</sup> الذي يعتبر اول مسح واسع النطاق اذ انه سمح بقياس تطور ممارسة منع الحمل على مجموعات مختلفة من السكان الجزائريون متميزون حسب العمر ، مدة الزواج ، عدد الأطفال المولودين احياء ، السكن ... وذلك بطرح بغض الأسئلة حول هاته الممارسة باثر رجعي في مختلف الفترات الفاصلة بين الولادات من اجل تتبع السلوكيات الخاصة بهذه الممارسة بمرور الوقت وكذا تحديد النوايا سواء من اجل تحديد النسل (Limitation) او المباشرة بين الولادات (Espacement des Naissances) .

مع العلم ان هذا المسح تم اجراؤه في الفترة الممتدة من سبتمبر 1986 الى مارس 1987 حيث مس 5365 اسرة ومن اهم النتائج المتحصل عليها فيما يخص مفاهيم المباشرة بين الولادات و تحديد النسل انهم تمكنوا و بفضل التصنيف البسيط الذي يركز على عدد فترات ممارسة منع الحمل للمرأة خلال حياتها الزوجية و الإنجابية من تقدير حصة التباعد و حصة تحديد النسل حيث ابتداء من الولادة الرابعة يتجهن النساء الى استعمال وسائل منع الحمل لتحديد النسل ونفس الشيء بالنسبة للنساء المتزوجات اللواتي تتراوح مدتهن الزوجية بين 10 سنوات و 14 سنة، وعليه من خلال المسح انه باختلاف نوايا النساء المعلنة عنها سواء الرغبة او عدم الرغبة في انجاب طفل اخر فان ممارسة منع الحمل من اجل المباشرة بين الولادات تزيد من احتمال تحديد النسل و العكس صحيح. (Kouaouci.1993)

وعلى ضوء ما سبق ظهرت الحاجة إلى دراسة المحددات الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية لممارسة المباشرة بين الولادات بصفتها الحل الأمثل للعناية بالصحة الإنجابية. وذلك بطرح التساؤل الرئيسي التالي:

**هل ممارسة المباشرة بين الولادات من عدمها تحدد بعوامل اجتماعية، اقتصادية وديموغرافية؟**

وبعض التساؤلات الفرعية التالية:

- هل موقف النساء من المباشرة بين الولادات إيجابي ام سلبي؟
- من يتخذ قرار الإنجاب وهل المناقشة الزوجية لها تأثير إيجابي على ممارسة المباشرة بين الولادات؟
- هل تؤثر الثقافة الصحية على ممارسة المباشرة بين الولادات؟

<sup>1</sup> E.N.A.F : Enquête Nationale Algérienne de Fécondité

ونظرا للفرضية دور مهم في ترشيد البحوث العلمية، إذ أنها تضع البحث في إطار محدد يستطيع من خلاله الباحث أن يتقيد بخطوات أساسية للوصول إلى نتائج علمية صحيحة وبعيدة وبعيدة وضع دراستنا في إطار صحيح، لجأنا إلى الفرضيات التالية:

### 1- ممارسة النساء لتباعد الولادات تحدها عوامل اجتماعية، اقتصادية وديموغرافية،

العوامل الاجتماعية: السن، المستوى التعليمي للزوجين، وسط الإقامة، نوع السكن، شكل الزواج، جنس المولود...

العوامل الاقتصادية: الدخل الشهري، المهنة....

العوامل الديموغرافية: سن الزواج، السن عند أول حمل، فارق السن بين الزوجين، المدة الزوجية، عدد الأطفال (حجم الأسرة)، الرغبة في إنجاب طفل آخر....

### 2- ان موقف النساء ايجابي تجاه المباشرة بين الولادات.

### 3- التفاهم والانسجام بين الزوجين أثر كبير في اتخاذ قرار المباشرة بين الولادات.

4- الثقافة الصحية (زيارة الطبيب بانتظام، استعمال وسائل منع الحمل وبداية استعمالها) تؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات.

### محاور البحث

تعد عملية اختيار الموضوع عملية دقيقة ومعقدة وتتعدد عوامل ومقاييس هذا الاختيار، ولعل هذه المرحلة من البحث هي الوحيدة التي تعتمد على العوامل الذاتية لدى الباحث، حيث أن اختيار الباحثة للموضوع يخضع بشكل كبير إلى اهتماماته وميوله واستعداده لدراسته، إضافة إلى الأسباب والدوافع العلمية المهمة فيما يخص موضوع البحث ومن بين هذه الأسباب التي دفعتنا لاختيار الموضوع ليكون مجالاً للبحث هو التخصص إحصاء اجتماعي وكذلك الرغبة في مواكبة البحوث الراهنة التي تولي أهمية خاصة بدراسة وتحليل المشكلات الواقعية، إذ يعتبر البحث في موضوع الصحة الإنجابية عامة وتباعد الولادات خاصة من أهم المواضيع التي تحظى باهتمام الدراسات الديموغرافية والاجتماعية المعاصرة ويعتبر هذا الموضوع في الجزائر من المواضيع الهامة، لذلك كان لابد من تسليط الضوء على أهم المتغيرات التي عرفتها الظاهرة وربطها بالعوامل التي ساهمت في إحداث هذا التغير مع إبراز النتائج المترتبة عنه كما ان دراسة مثل هذه المواضيع في حد ذاتها لها أهميتها في ظل التطورات التنموية الريفية وذلك في القضاء على المشكلات الصحية والإنجابية.

وفي ضوء ذلك تم تقسيم الدراسة إلى مقدمة عامة وأربعة فصول، ثلاث فصول للإطار النظري، وفصل رابع خاص بالجانب الميداني للبحث ينقسم إلى قسمين أحدهما يعالج الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية،

والآخر يتضمن عرض وتحليل البيانات الميدانية وتفسيرها، وكذا مناقشة النتائج، أما مكان الدراسة فكانت مصلحة أمراض النساء والتوليد بالمؤسسات الاستشفائية لولاية تلمسان.

بالنسبة للمقدمة العامة فقد تضمنت مقدمة عن الموضوع والدراسات السابقة التي لها علاقة بالموضوع والإشكالية، ثم صياغة الفرضيات التي احتوت على فرضية عامة وفرضيات جزئية تغطي كل منها جانبا من جوانب الموضوع، وأخيرا ختمنا بتحديد المفاهيم الأساسية للدراسة باعتباره أداة للتحليل في البحث.

الفصل الأول تعرضنا فيه للصحة الإنجابية والصحة الجنسية نشأتها وتطورها، تعريفاتها، عناصرها، أهدافها والفئات المعنية بالصحة الإنجابية. وكذا العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية، والخدمات المتعلقة بها. وتعرضنا كذلك إلى علاقة الصحة الإنجابية بتنظيم الأسرة والعوامل المؤثرة على الإنجاب وتباعد الولادات.

أما الفصل الثاني فقد خصصناه لتباعد الولادات في الجزائر، تعريفه، وتاريخ برامج تباعد الولادات في الجزائر. كما تطرقنا لوسائل منع الحمل وطرق استعمالها، وكذا العوامل المساعدة على المباشرة بين الولادات وفوائدها.

بينما الفصل الثالث فقد قمنا بعرض تغير الأسرة الجزائرية وتطورها مع التطرق لتعريف الأسرة وأنواعها، وظائفها وخصائصها عامة والعربية خاصة. كما تطرقنا إلى مكانة المرأة في الأسرة التقليدية والأسرة الحديثة مع ذكر مميزات كل أسرة. وتعرضنا كذلك إلى مكانة الطفل في الأسرة الجزائرية.

وفيما يخص الفصل الرابع خصص للدراسة الميدانية قد عرضنا في قسمه الأول للإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث حددنا فيه مجالات الدراسة الثلاثة وأهم المناهج والأدوات المستعملة في جمع البيانات هذا فضلا عن تحديد مجتمع البحث.

بينما في قسمه الثاني تم عرض وتحليل البيانات الميدانية التي حصلنا عليها من وحدات مجتمع البحث وكذا تفسيرها في ضوء الفرضيات المقترحة والإطار النظري المعتمد هذا وصولا إلى استخلاص النتائج .

1. **الصحة:** وفقا ما تشير إليه منظمة الصحة العالمية هي حالة كون الفرد سليما ومكتفيا من الناحية البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد خلوة جسمه من المرض أو العاهة. (منظمة الصحة العالمية)، ويعرفها المعجم الطبي "هي الوظيفة الجيدة لكل عضو حسب تعريف منظمة OMS<sup>1</sup> وهي تتميز بحالة من الاكتمال الجيد من الناحية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض والعجز. (Yves, 2 003, P. 822)
2. **الصحة الإيجابية:** ورد تعريف الصحة الإيجابية في الفقرة 2-7 من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية كالآني الصحة الإيجابية هي حالة سلامة كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليس مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة ولذلك تعني الصحة الإيجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم على الإنجاب (الأمم المتحدة، 1995، ص. 38).
3. **الأسرة:** يعرفها الأستاذ مصطفى بوتقنوش (1984): المؤسسة الأساسية التي تمثل رجل أو عدد من الرجال يعيشون زواجا مع امرأة أو عدد من النساء ومعهم الخلف الأحياء وأقارب آخرين وكذلك الخدم (ص19).
4. **تنظيم الأسرة:** هو قيام الزوجين بالتراضي بينهما بدون إكراه باستخدام وسائل مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله بما يتناسب وظروفها الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما أو أنفسهما. (عبد المالك وآخرون، 2007، ص. 107).
5. **التخطيط العائلي:** يعرف في معجم العلوم الاجتماعية على أنه " تنظيم يشمل الوسائل التي يستعان بها لخفض عدد المواليد بمنع الحمل، وقد تنوعت هذه الوسائل وتطورت، أهمها الإحجام عن الزواج حتى سن متقدمة، الامتناع عن الاتصال الجنسي بين الزوجين، والقذف في الخارج وإطالة فترة الرضاعة، ولما تقدمت العلوم الطبية والبيولوجية ابتدعت وسائل سهلة الاستعمال لا تتنافى مع العلاقة الطبيعية بين الزوج والزوجة، وهي آلية وكيميائية. (مجموعة من الأساتذة العرب، 1975، ص. 186- 187)
6. **تباعد الولادات:** هي ممارسة صحية هدفها تنظيم عملية الإنجاب ومن ثم صحة المرأة وصحة أطفالها وباقي أسرتها عن طريق ترك فترة راحة بين الطفل والذي يليه من 3 إلى 5 سنوات. (منظمة الصحة العالمية).

<sup>1</sup> O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

الفصل الأول

الصحة الإيجابية:

النشأة والمفهوم

## مقدمة

أصبح مفهوم الصحة الإنجابية بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (CIPD<sup>1</sup>) (القاهرة 1994) هو المدخل الجديد لحل مشكل النمو السكاني المتزايد في العالم خاصة بالدول النامية، في حين ان الصحة الإنجابية تهدف أساسا إلى تحسين نوعية الحياة للفرد، وقد قامت الدول التي شاركت في هذا المؤتمر بوضع سياسات وبرامج (Programme d'action) مختلفة في مجال الصحة الإنجابية تنفيذا لما جاء في برنامج العمل الصادر عن هذا المؤتمر.

ولقد لقي مفهوم الصحة الإنجابية بعد هذا المؤتمر اهتماما كبيرا من الخبراء والباحثين وأصبح محورا أساسيا في الدراسات والأبحاث المختلفة سواء محليا أو عالميا. إن دراسة الصحة الإنجابية في حد ذاتها لها أهميتها الذاتية في ظل التطورات التنموية السريعة، حيث أن القضاء على المشكلات الصحية والإنجابية هو الهدف الأسمى للتنمية. لهذا الغرض نحاول في هذا الفصل تسليط الضوء عن تعريف الصحة الإنجابية والصحة الجنسية، عناصرها، أهدافها وأهميتها.

## 1-1- نبذة تاريخية عن نشأة الصحة الإنجابية

لم يكن هناك اهتمام بتحديد النسل ولا بتنظيمه إلا بعد إثارة مalthus لقضية الزيادة السكانية كونها مشكلة تهدد المجتمع الإنساني ما لم تعالج فهي مسببة للحروب والأوبئة والمجاعات والفقر والامية. فالسكان يتزايدون بمتواليه هندسية والغذاء بمتواليه حسابية عديدة. حيث يتضاعفون كل 25 سنة. فبوسائل تأخير الزواج، والامتناع عن الاتصال الجنسي للمتزوجين، ومنع مساعدة الفقراء لأنهم علة الإفراط في الإنجاب يمكن الحد من الزيادة السكانية.

توفي مalthus ولكن آراءه لم تمت ففي سنة 1833 م أعلن الطبيب الأمريكي تشالز نورتون CHARLES Knorton تأييده لآراء مalthus وألف كتابه: «ثمرات الفلسفة» شرح فيه الوسائل الطبية لمنع الحمل وأهميتها الاقتصادية لكن الكتاب لم يلقى اهتماما واسعا.

ثم نشر كتاب من طرف درزديل جورج DRYSDALE.G: مبادئ علم الاجتماع سنة 1854 نظرية منع الحمل في المجال الاقتصادي والفلسفي. وقد أصبح درزديل رئيسا للجاسوسية الجديدة سنة 1877م. وفي عام 1867 م أعيد نشر كتاب: " ثمار الفلسفة " من قبل جريدة الفكر الأمريكية لنورتون قوبل بمصادرة الكتاب ومحاكمة الناشر. غير أن المصلحان الاجتماعيان: تشالز برادلو BRADLAUGHT Charles و إنني بيزانت BESANTE Annie دافعا عن أفكار الكتاب بضرارة وأعاد نشر الكتاب في بريطانيا سنة 1876 فحوكما وسجنا كون تحديد النسل لم يكن مرغوبا فيه ولا مباحا آنذاك.

<sup>1</sup> C.I.P.D : Conférence Internationale sur la Population et le Développement

بعد فترة قصيرة تم الإفراج عنهما، فبفضل اهتمام الصحافة بالمحاكمة كسبت حركة تحديد النسل شهرة. حيث ظهرت الجمعية البريطانية لتحديد النسل سنة 1877 م والمسماة بالرابطة الماثوسية الجديدة بدأت بنشر الكتب والرسائل المؤيدة لتحديد النسل. (المودودي، 1975، ص. ص. 6-7).

فكانت تلقي المحاضرات وتقيم الندوات وتوزع المنشورات ومن الأفكار التي روجتها: مؤسسة الزواج هي المتسببة في تدهور وضع المرأة فالواجبات الجنسية الزوجية ليست مقتصرة فقط على الإخلاص المتبادل وتجنب الخيانة الزوجية، بل على الإتيان بعدد قليل من الأطفال، لأن الفقر هو مسألة جنسية لا مسألة سياسية فلا يمكن معالجته إلا بوسائل وأساليب جنسية. (عبد الله، 1994، ص. 24).

وتم تأسيس فروع للجاسوسية الجديدة في عدة دول مع نهاية القرن 19 م .

تم عقد العديد من المؤتمرات أولها سنة 1900 م بباريس أما في أمريكا لوحظ اضطهاد الحركة فيها. وسن القوانين فكل من يصف وسائل تحديد النسل أو يرسلها بالبريد لاستعمالها، يتم معاقبته بغرامة تصل إلى ألف جنيه وسجن سنتين.

(كحالة، 1979، ص. 15).

في عام (1919) تأسس اتحاد تنظيم الوالدية بأمريكا<sup>1</sup> (P.P.F.A) ، وفتحت أول عيادة لتنظيم الأسرة في بريطانيا سنة 1921 م وتأسست أيضا جمعية تخطيط الأسرة F.P.A<sup>2</sup> سنة 1938 م. وفي عام 1952 م ظهور الاتحاد الدولي للتخطيط العائلي F.I.F.P<sup>3</sup> الضام لاتحادات وجمعيات تنظيم الأسرة في كل البلدان.

عموما بعد الحرب العالمية الثانية تم انضمام السويد والبلدان الانجلوسكسونية إلى سياسة تنظيم الأسرة. (عبد الله، 1994، ص. 27).

ففي عام 1950 تم عقد أول دورة مؤتمر للأمم المتحدة حول المرأة بعنوان: تنظيم الأسرة. وهكذا استخدم هذا اللفظ بدلا من المصطلحات السابقة كتحديد النسل والتخطيط العائلي وجاء هذا الاختيار بغرض إرضاء الكثير من المعارضين لمفهوم تحديد النسل. غير أن هذا المؤتمر واجهه الفشل لتعارض مصالح الدول.

وفي مؤتمر بوخارست الدولي للسكان عام 1974 م برزت فيه عدة صراعات فكرية حول السكان والتنمية ونتج عنه شعار مؤكد على أن التنمية هي أفضل وسائل " تنظيم الأسرة. » وكانت الجزائر من بين الدول المعارضة لبرامج تنظيم الأسرة إذ اعتبرتها مؤامرة امبريالية هادفة إلى تحديد سكان الدول النامية. (الساعدي، 2006، ص. 21).

<sup>1</sup> P.P.F.A: Planned Parenthood Federation of America

<sup>2</sup> F.P.A: Family Planning Association.

<sup>3</sup> F.I.F.P : Fédération Internationale de la Planification Familiale.

فحسبت هذه الأخيرة على دول المعسكر الشرقي الذي يقوده الاتحاد السوفيتي والمعارض لتنظيم الأسرة فالفقر بالنسبة إليها ليس لكثرة الإنجاب وإنما هو نهب الرأسمالية واستغلالها وإفكار للشعوب المتخلفة. وانهقد مؤتمر الأمم المتحدة للسكان بالقاهرة عام 1994. والمتبني لمصطلح جديد لتنظيم الأسرة، المسمى ب: " الصحة الإنجابية."

أما السبب في تغيير اسم تنظيم الأسرة إلى الصحة الإنجابية هو أن مفهوم تنظيم الأسرة أو تنظيم النسل عورض من طرف تيارات دينية ويسارية، جاء هذا المؤتمر بهدف التركيز على صحة الأم والطفل والصحة الجنسية لكي يتمتع الأزواج بحياة سعيدة. بدل الإفراط في الإنجاب.

أثر المؤتمر في كثير من الدول حيث أن الجزائر من بين هذه الدول المستخدمة لمفهوم الصحة الإنجابية إذ تم إنشاء « اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة » في 21 سنة/11/1995 من قبل وزير الصحة آنذاك. تتألف من أطباء وممثلين عن المجتمع المدني والهادفة إلى تحسين الصحة الإنجابية والتشجيع على الانضمام إلى تنظيم الأسرة. كما تم تمديد التعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى غاية 1997 م. لكن انتهت الاتفاقية معه عام 1993 م. من ثمار التعاون معه إنشاء مخبر لصناعة حبوب منع الحمل.. (Politique Nationale du Population, 1997)

## 2-1- تعريف الصحة الإنجابية

من أبرز تعريفات الصحة الإنجابية ما يلي:

عرفت الصحة الإنجابية في برنامج المؤتمر الدولي للتنمية والسكان الذي أقيم بالقاهرة سنة 1994 (القاهرة 5-13 سبتمبر 1994) وباقتراح من الفدرالية الدولية للتخطيط العائلي، المتبني من عدة دول على أنها « حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، لذلك تعني الصحة الإنجابية بقدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره وسيشمل هذا الشرط الأخير ضمانا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب ولد متمتع بالصحة الكاملة . اما الرعاية الصحية فعرفها المؤتمر على أنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية».

كما قدم فريق الصحة الإنجابية المشكل من طرف مجلس السكان الدولي تعريفا للصحة الإنجابية بأنها «قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة وان تملك إرادتها في الحمل والإنجاب الناجحين وبعيدا عن أمراض النساء ومخارطها (مجلس السكان الدولي، 1995).

أما بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة الإنجابية على أنها: «الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات الصلة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته

وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة إذ تعد جزءا أساسيا من الصحة العامة تعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب». (الأمم المتحدة، 1995، ص 38).

### 1-3- الصحة الجنسية

حسب منظمة الصحة العالمية؛ الصحة الجنسية هي تحسين نوعية الحياة والعلاقات بين الأفراد والحماية، ومفهوم الصحة الإنجابية يجمع المكونات الآتية:

- القدرة على الاستمتاع بعلاقة جنسية مرضية.
- غياب السلوكيات الجنسية والتحرش والعنف.
- تقي ضد الأمراض المنتقلة جنسيا<sup>1</sup> MST.
- إمكانية توقع الحمل وتكوين الأطفال.

حسب تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (ال القاهرة1994) والمتبني لأكثر من 154 حكومة فإن الصحة الجنسية عنصر أساسي للصحة العامة، وهي عنصر حيوي للراحة الجسدية والنفسية للفرد، والمساعدة على الوقاية من الحمل الغير المرغوب فيه ومن الأمراض المنتقلة جنسيا. (kadi.2013,p10.)

### 1-4- الفئات المعنية بالصحة الإنجابية

نسبت الصحة الإنجابية للفرد بصفة عامة ذكرا كان أم أنثى وفي جميع مراحل حياته العمرية. والمتفق مع تعريفات الصحة الإنجابية فالشق الأول من هذا التعريف المتضمن سلامة الأعضاء التناسلية للأفراد، إذ توجد هذه الأعضاء لدى الذكور والإناث كما أن سلامتها مطلوبة في جميع الأعمار منذ الميلاد إلى غاية الوفاة. حيث لا تتعلق بالمرأة فقط بل بالرجل أيضا كون هذا الأخير له دور مهم في حمايتها حيث أن لحالة الصحة الإنجابية للرجل وسلوكياته تأثير على الصحة الإنجابية للمرأة وذلك عن طريق تقسيم مسؤولية التخطيط العائلي بمعرفة:

- استخدام وسائل منع الحمل الذكورية.
- توعية وحث المرأة على استعمال موانع الحمل الأنثوية.
- ضرورة حماية الشريك ضد الأمراض المنتقلة جنسيا عن طريق وضع الواقي الذكري وإتباع سلوكيات جنسية مسؤولة.

وعليه فالصحة الإنجابية تنسب للفئات التالية:

- \* الرجل والمرأة في سن الإنجاب: لرفع المستوى الصحي لهما.
- \* المراهقين والشباب: لتجنيبهم السلوكيات الضارة المؤدية لأخطار تهدد صحتهم الحالية والمستقبلية ولرفع الوعي لديهم لتجهيز أنفسهم للمستقبل، وتحمل مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي سيشكلونها.
- \* النساء ما بعد سن الإنجاب: للوقاية من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي والكشف المبكر لها ما أمكن وعلاجها.

<sup>1</sup> M.S.T : les Maladies Sexuellement Transmissibles.

\* الطفل ما بعد فترة الولادة: للحفاظ على صحته وحياته وحمايته.  
ولتحقيق مستوى أفضل للصحة الإنجابية لابد من أن يشترك الرجل والمرأة بالقرار الإنجابي للأسرة. وتقديم هذه المفاهيم لكل من الشباب والشابات في عمر مبكر فالصحة الإنجابية لم تعد من اهتمام النساء المتزوجات وهن في سن الإنجاب فقط، وهي ليست مرادفاً لتنظيم الأسرة فقط، بل مفهوم الصحة الإنجابية أشمل من ذلك، وهو مسؤولية الجميع في كافة المراحل العمرية. (منظمة الأمم المتحدة، 2002، ص. 21)

### 1-5- عناصر الصحة الإنجابية

تعد الصحة الإنجابية صحة الفرد في ميدان معين، فهي ليست متجزأة فقط عن الصحة العامة للفرد بل هي جزء منها فأى إصابة للصحة العامة للفرد مؤثرة على صحته الإنجابية، فالإنسان بمكوناته البدنية والنفسية كائن واحد فأى قصور في ناحية ما يمكن أن يؤثر بالضرورة على نواحي أخرى، فأصابة المرأة بالأنيميا يؤثر سلباً على صحتها الإنجابية، مما قد تتأثر صحتها أثناء الحمل وعلى صحة جنينها أيضاً.  
إذ أن الصحة الإنجابية متكونة من عناصر أو مكونات ووسائل تحققها أو ترعاها، فكما سبق الذكر عن الصحة الإنجابية المشار إليه نلاحظ ثلاث عناصر للصحة الإنجابية، لكل واحد منها عدداً من وسائل الرعاية. يمكن تحقيق الصحة الإنجابية من مجموعة من الوسائل نذكر منها:

#### \* العنصر الأول

سلامة الأعضاء التناسلية بمعنى حماية وعلاج هذه الأعضاء من أي أمراض تعترئها وتحقق هذه السلامة بعدد من الوسائل مثل:

- الحماية من التشويه (مثل ختان الإناث).
- الوقاية من أمراض الجهاز التناسلي.

#### \* العنصر الثاني

سلامة العملية الجنسية التي تعني إتمامها بطريقة مرضية وامنة في نفس الوقت وذلك يكون بإتباع عدداً من الوسائل ك:

- الحماية من العنف والإكراه (مثل الاغتصاب-هتك العرض).
- الحماية من الأمراض المنقولة جنسياً مثل الايدز.
- عدم الاعتداء على المحارم.
- علاج العجز الجنسي.
- عدم إتيان السلوك الجنسي غير الطبيعي مثل العادة السرية والشذوذ الجنسي.

#### \* العنصر الثالث

- سلامة العملية الإنجابية في إطار الحفاظ على صحة الأم ويتم تحقيقها بعدد من الوسائل مثل:
- تنظيم الأسرة المتضمنة المباشرة بين الولادات والرضاعة الطبيعية.
- علاج العقم.

- عدم الزواج المبكر.
  - عدم الحمل المبكر والحمل المتأخر.
  - الكشف الطبي قبل الزواج خاصة النسبة لزواج الأقارب.
  - الابتعاد عن الحمل غير المرغوب منه.
  - الإجهاض الآمن (في حالة الضرورة).
  - رعاية الحمل والولادة لتحقيق الأمومة الآمنة.
  - الاهتمام بالصحة العامة على سبيل المثال الاهتمام بالتغذية والعلاج من الأمراض المؤثرة على الإنجاب.
- (التليان، 2011، ص. 25).

تعدد وسائل تحقيق الصحة الإنجابية ولكل عنصر عدد من وسائل الرعاية المتداخلة، حيث يوجد منها ما هو متعلق بأكثر من عنصر، فمثلا الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا مطلوبة للعناصر الثلاثة سلامة الأعضاء التناسلية، حيث أنها من الأمراض التي تصيب تلك الأعضاء وسلامة العملية الجنسية حتى لا تنتقل هذه الأمراض إلى الطرف الآخر، أيضا سلامة العملية الإنجابية لتمنع انتقال العدوى من الأم المصابة إلى الجنين.

### 1-6- العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية

#### 1-6-1- العوامل الديموغرافية

إن تواجد عدد من العوامل الديموغرافية لها علاقة بالصحة الإنجابية المتمثلة فيما يلي:

##### i. النوع

يختلف الذكور عن الإناث في الأمور المتعلقة بالصحة الإنجابية فالمرأة بحكم طبيعتها هي المتعرضة للحمل، الولادة، الإجهاض، الدورة الشهرية وسن اليأس وحتى ختان الإناث أما بالنسبة للذكور فتختلف مظاهر البلوغ عنده مثل الاحتلام كما إن للرجال دور في قرارات الإنجاب مثل عدد المواليد والفترة بين كل مولودين وتنظيم الأسرة وغير ذلك، كما توجد أمور متعلقة بالصحة الإنجابية كإصابة الذكور أو الإناث بالعقم والأمراض المنقولة جنسيا.

##### ii. العمر

توجد أمور كثيرة للصحة الإنجابية متعلقة بمراحل عمرية معينة مثلا مرحلة المراهقة والتي يتعرض فيها كل من الذكر والأنثى إلى مخاطر مهددة الصحة الإنجابية محددة بفترة عمرية معينة تبدأ من البلوغ إلى مرحلة النضج، كذلك فترة الإنجاب بالنسبة للمرأة تتحدد أيضا بفترة عمرية معينة والتي تبدأ من البلوغ إلى سن اليأس وقد تم تحديدها من قبل العلماء من 15-49 سنة أما للرجل فبدايتها من البلوغ إلى نهاية العمر.

**iii. مكان الإقامة**

إن اختلاف الممارسات المختلفة المتعلقة بالصحة الإنجابية راجع لمكان الإقامة، ففي الريف حيث ينخفض المستوى الثقافي والتعليمي والاقتصادي وتنتشر العادات والتقاليد المعينة والمؤثرة سلبا على الإنجاب في موضوعات كثيرة مثل الزواج المبكر للإناث، الحمل المبكر وزواج الأقارب. أما الإقامة في الحضر فتتميز بالتعليم والثقافة وتوافر خدمات صحية وغيرها كون له آثار ايجابية على موضوعات الصحة الإنجابية المختلفة مثل تنظيم الأسرة، رعاية الحمل والولادة وغيرها.

**1-6-2- العوامل الاجتماعية والاقتصادية**

يوجد أيضا عددا من العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة الإنجابية تتمثل في الآتي:

**i. الحالة الزوجية**

تم تعريف الزواج على أنه تلك العلاقة الشرعية بين الذكر والأنثى وبداية فترة الإنجاب لذا فان هذا الموضوع يتطلب أمور كثيرة متعلقة بالصحة الإنجابية مثل الإدراك بأهمية الفحص الطبي قبل الزواج خاصة بالنسبة لزواج الأقارب، ومخاطر الزواج المبكر للإناث والناجئة عنه كالحمل مبكر وأيضا بأهمية تنظيم الأسرة وإنجاب عدد من الأطفال وغير ذلك.

**ii. الحالة التعليمية**

يزيد الوعي الصحي بارتفاع المستوى التعليمي والإلمام بكافة مشكلات ومخاطر الصحة الإنجابية، فالمرأة المتعلمة هي الأكثر وعيا بمخاطر الحمل المتكرر وكثرة عدد الأولاد وأهمية التغذية ورعاية الحمل والولادة الآمنة وغيرها من الأمور المؤثرة بالسلب على صحتها الإنجابية. وكيفية التعامل مع المشكلات الصحية سواء بنفسها أو سرعة العرض على المختصين لتتلقى الرعاية الصحية المناسبة.

**iii. الحالة الاقتصادية**

يلعب المستوى الاقتصادي للفرد دورا هاما في مجال صحته ا فليس باستطاعة الأسرة الفقيرة توفير التغذية المناسبة للمرأة، ومنه تعرضها للإصابة بالأنيميا، ولا الرعاية الصحية المناسبة للمرأة أثناء الحمل والولادة. بالإضافة إلى أن هنالك عوامل أخرى لها تأثير على الصحة الإنجابية تتمثل فجمالي:

**1-6-3- العادات والتقاليد**

لاتزال بعض المجتمعات تتمسك بعاداتها وتقاليدها العائدة بالضرر لأصحابها خاصة الإناث حيث أن العديد من الدول تتعامل مع ختان الإناث على أنه قاعدة مسلمة وتتوارثه أجيال وأجيال دون أي سند صحي أو ديني ودون مراعاة الأضرار المؤثرة على الصحة الإنجابية.

**1-6-4- القيم الدينية السائدة في المجتمع**

تفرض كافة الشرائع السماوية قيم دينية سائدة في المجتمعات لو حافظ الفرد عليها لكان ذلك مفيداً لصحته الإنجابية، على سبيل المثال تم تحريم الاتصال الجنسي غير المشروع أو بأصح العبر الزنا كونها من الكبائر التي تعصي الله سبحانه وتعالى دون نسيان الوضع بالنسبة للشذوذ الجنسي.

فإذا تمت المحافظة على الدين والالتزام بالقيم الدينية الصحيحة فإن المجتمعات تحمي نفسها من مخاطر الأمراض والأوبئة المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي مثل الايدز... إذا أن الأخيرة تعد من أكبر المخاطر التي تتعرض لها الصحة الإنجابية والمهددة لأفراد المجتمع من الجنسين وخاصة الشباب.

**1-6-5- مكانة المرأة في المجتمع**

تتعرض الفتيات في كثير من دول العالم للتمييز في كل الأمور المتعلقة بتوزيع الموارد العائلية وبالوصول على الرعاية الصحية. وفي المناطق المتدنية فيها فإن مكانة المرأة وصحتها وتعليمها وحاجاتها العاطفية تأتي في المرتبة الثانية بعد الرجل.

**1-6-6- السياسات والبرامج والخدمات في مجالات الصحة الإنجابية**

تلعب الخدمات الصحية دوراً هاماً للرقى بمستوى الصحة الإنجابية. فإمكانية الوقاية من المشاكل الإنجابية أو علاجها أو الحد منها لا تكتمل إلا بتوافر خدمات صحية ذات جودة عالية ثم التخطيط لها لتلبية الاحتياجات الصحية للفئات المختلفة، مع ضمان سهولة الوصول إليها. (الصلاحى، 2003، ص. ص. 64-66)

**1-7- الحقوق الإنجابية**

عرفت حقوق الإنجاب في برنامج عمل المؤتمر الدولي الرابع للمرأة (الفقرة 3-7) على أنها الحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد وأن لديهم المسؤولية والحرية المطلقة في تقرير عدد أطفالهم وتباعد الولادات وان تكون لديهم المعلومات والوسائل للقيام بذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن في الصحة الجنسية والإنجابية، كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف.

وإمكانية تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج الداعمة من طرف الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وكجزء من التزامهم، من المفروض إعطاء الاهتمام الكامل لتعزيز إيجاد علاقات بين الجنسين المتميزة بالاحترام المتبادل والإنصاف، والاهتمام بصفة خاصة بتلبية الحاجات التنقيفية والخدمية للمراهقين للتمكن من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية مسؤولة. كما يحق للمرأة حماية حملها وأمومتها وذلك بمساعدة المصالح الصحية المختصة. وكذلك للزوجين الحق في علاقة جنسية عادية دون الخوف من الأمراض المنتقلة جنسيا كالإيدز مثلا، ومن الجوانب الهامة للحقوق الإنجابية حق الوصول إلى المعلومات وأساليب تنظيم الأسرة. (الأمم المتحدة، 1996، ص. 39).

**8-1- الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية**

تشمل ما يلي:

**1-8-1- الرعاية ما قبل الزواج**

تبدأ بالاهتمام بمفهوم الصحة الإنجابية في الأعمار المبكرة خاصة لدى الإناث إذ يجب تمهيد الفتاة للزواج والإنجاب في مرحلة الطفولة والبلوغ وليس فقط بعد الزواج.

يجب أن تضمن الرعاية الصحية الجيدة والتنبيه لعوائق نقص النمو وسوء التغذية لاحتياج الجسد إلى غذاء متكامل لتأمين الطاقة الكافية المساعدة على النمو السليم والفتيات الناقصات النمو معرضات إلى خطر إنجاب أطفال ناقصي وزن.

التعرف على الحمى الروماتزمي الناتج عن الإصابة المتكررة بالتهاب البلعوم واللوز، التي قد تؤثر على القلب وتؤدي إلى تغيرات مزمنة بالأخص على صمامات القلب فعند الحمل تصبح الحالة متأزمة وتعتبر خطراً على حياة الأم.

التعرف على داء السكري الذي يصيب الأطفال والمحتاجين إلى أخذ مادة الأنسولين يوميا فعند الحمل لا بد من الدقة في متابعة العلاج لحماية الجنين.

ملاحظة الإعاقة البدنية مثل شلل الأطفال أو ما ينجم عن الحوادث المرورية مما قد تتسبب في إعاقات ومشاكل نفسية وبدنية للسيدات المؤثرة على الحياة الزوجية وإنجاب الأطفال. التوعية بما قد ينتج عن زواج الأقارب من إصابة المولود بالأمراض الوراثية المنتقلة بين العائلات.

**1-8-2- رعاية الحامل**

الشاملة في متابعة الحامل في المراكز الصحية أثناء فترة الحمل، ويتضمن الفحص (تحاليل الدم والبول، فحص أسنان)، يتم تجهيز الأم للإرضاع الطبيعي وأن تركز على أهمية البدء بالإرضاع بعد الولادة مباشرة وعدم استخدام المحاليل السكرية.

**1-8-3- تنظيم الأسرة**

إعطاء الزوجين الحرية في التحكم بموعد البدء بإنجاب الأطفال، وعددهم، والفترة الفاصلة بين الواحد والآخر، ومتى يجب التوقف عنه كل حسب ظروفه ومقدرته، وموافقة الزوجين ضمن الإطار الصحي المركز على صحة الأم والطفل.

لتنظيم الأسرة عدة فوائد، فللتقليل من وفيات الرضع يجب وضع فترات فاصلة بين إنجاب الأطفال، لتخفيض الإصابة بفقر الدم لدى النساء، كما يتم الحد من الصعوبات الاقتصادية المصاحبة لكثرة الأولاد، ونقص الإصابات من سوء التغذية للأم والطفل، وتقلل احتمال لجوء السيدات للإجهاض غير المشروع الذي غالبا ما يكون خطراً عليهن.

## 1-8-4-متابعة الأمراض المنقولة جنسيا

إن للإصابات والأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. بالأخص الجهاز التناسلي، إمكانية تزايد قابلية تعرض الشخص لفيروس نقص المناعة البشرية، فإن تكثيف الوقاية من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي يمكن أن يكون له أثر وخيم على تخفيض معدلات انتقال فيروس نقص المناعة البشرية.

تدل التجارب في ميدان معالجة الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي على استمرار وجود تحديات في المجالات التالية: تخفيف وصمة العار الاجتماعي بصفقتها عقبة أمام السلوك الملتزم للصحة وتجهيز خدمات الصحة الأولية بوسائل فحص سريعة ومبسطة وقليلة التكلفة، وتوفير أدوية ناجعة وبأسعار ميسرة، والخدمات للشركاء في ممارسة الجنس، وعلى الأخص الرجال منهم. (منظمة الأمم المتحدة، 2002، ص. 113).

## 1-9- السلوك الإنجابي

عرف السلوك بذلك التفاعل المتواجد بين الإنسان ومحيطه. حيث جاء تعريف الاتجاه السلوكي في علم الاجتماع على أنه "سلسلة من المواقف الواعية وغير الواعية المتناسقة فيما بينها انطلاقاً من شخصية الكائن الاجتماعي، وتمارس في حياته اليومية والعملية. فالاتجاه السلوكي يتميز بثوابت محددة (طرائق التفكير، الأفعال، ردأت الفعل، الآراء، إلخ) يمكن أن تقاس وتصنف وتحلل. هذا ما ينصب عليه المنهج السلوكي.

ترتبط المواقف الواعية المتخذة من الكائن الاجتماعي بالسلوك المناسب المتربي عليه في عائلته ثم في مدرسته.

أما المواقف غير الواعية، فهي تلك التي اكتسبت من قبل الكائن الاجتماعي من الآخرين، من الذهنية العامة المتحكمة في المجتمع الذي يعيش فيه. فتعتبر المسألة الفلانية مناسبة وصحيحة، وتلك الأخرى غير مناسبة وخاطئة. وتتم ممارسة هذه الأفكار والأحكام العامة دون التشكيك في مصداقيتها. فهي لا تخضع لتفكيره النقدي ويمكن اعتبارها، من هذا المنطلق، غير واعية." (معتوق، 1993، ص. 53).

بالنسبة لبوردو: "فالبنية الاجتماعية هي التي تملي على أفكاره وسلوكه، حيث تبدأ في حضن العائلة، تتعمق وتأخذ بعدها الحقيقي في النظام بمراحلها كافة أين يتم التأطير الاجتماعي والاقتصادي والنفسي وحتى التاريخي. من هنا تغدو عملية التأطير ذات بعد معرفي شامل، وتشكل الفضاء الذي تسبح فيه أفكارنا ونزعاتنا واستعداداتنا الخفية، المدركة منه وغير المدركة" (نفس المرجع، ص. 53).

وبما أن الثقافة الاجتماعية للمرأة تنبع من المحيط الذي تعيش فيه، فإن تصرفاتها تكون عبارة عن صورة لمحيطها. فإن تعريفنا الإجرائي للسلوك الإنجابي، يكون عبارة عن سلسلة من التصرفات الواعية وغير الواعية بخصوص حجم العائلة، والمتمثلة في عدد الأطفال، تباعد الولادات، استعمال موانع الحمل، متابعة الحمل، وكل ما يتصل بحياتها الإنجابية.

## 10-1- الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

يحتل تنظيم الأسرة العنصر الأول من عناصر الصحة الإنجابية، مما قد يخلط الأمور، إذ أن تنظيم الأسرة ما هو إلا وسيلة أو إجراء من إجراءات رعاية خدمات الصحة الإنجابية لتنظيم الأسرة يقلل عدد المواليد. والمرأة هي المتحكمة في عدد مواليدها بما لا يؤثر على صحتها والمباعدة بين الولادات، والممانعة للحمل الغير المرغوب فيه لكيلا تلجأ إلى الإجهاض. وبالتالي كل هذه الأمور مؤدية إلى تحسين صحة المرأة الإنجابية.

فيمكننا القول بان قضية تنظيم الأسرة متوارية خلف قضية الصحة الإنجابية بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الجاعل من الصحة الإنجابية قضية أساسية وأنه إلا وسيلة من وسائل الحفاظ على هذه الصحة وتحسينها، شأنها شأن وسائل أخرى، حيث يعد هذا الوضع انتكاسة لقضية تنظيم الأسرة والمنظور إليها بالأساس على أنها قضية قومية خاصة في الدول التي تعاني من مشكلات سكانية وتخطط لمواجهة الزيادة السكانية الملتهمة لأية تنمية اقتصادية تقوم بتجريبها لرفع مستوى معيشة الأفراد. (حسين، عثمان، 2006، ص. 29)

## 11-1- أهداف الصحة الإنجابية

تهدف الصحة الإنجابية إلى أن تحسن من نوعية الحياة والعلاقات الشخصية. فهي ليست مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فمن خلال تقديم الرعاية الصحية للنساء في عمرهن الإنجابي والسعي للوصول إلى تمام الصحة الجسدية، العقلية، والحفاظ على ظروف اجتماعية ملائمة نستطيع تحقيق الصحة الإنجابية بمجموعة من الأهداف المتمثلة فيما يلي:

- تخفيض وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة.
- تقليل مرض وموت الأطفال بسبب الولادة والأمراض.
- بث التوعية والمعرفة.
- معرفة المخاطر ومحاولة تجنبها في المراحل الأولية.
- الكشف الدوري للحوامل.
- صحة الطفل والأم.
- تحصين الأم والطفل ضد الأمراض.
- تقليل الولادة بالتنظيم.
- تغيير المفاهيم نحو عملية الإنجاب. (منظمة الصحة العالمية، 2003، ص. 4).

### 12-1- العوامل المؤثرة على الإنجاب وتباعد الولادات

تتأثر الأسرة بالظروف المجتمعية، فهي تربط بالواقع المجتمعي للجوانب الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافة والدينية والبيئية.

يعد الإنجاب من الوظائف الأساسية للأسرة، كونه في الماضي عملية بيولوجية تامة من دون تخطيط ونظرا للتغيرات الطارئة على المجتمع الإنساني والتحول من الزراعة إلى الصناعة والنزوح الريفي، المؤدية إلى تغير شكل الأسرة من الممتدة إلى النواة، إذ أصبح الأبناء عبئا اقتصاديا غير محتمل للكثير من الأولياء، وإعطاء الاختيار الإرادي للإنجاب بدل الصدفة، أعطى الكثير من المجتمعات فرصة التدخل لتحديد العدد الأفضل لكثير من الأسر، لهذا تم ابتكار الكثير من الوسائل العلمية لتتحكم في عملية الإنجاب.

نعلم أن هناك عدة عوامل تتحكم في السلوك الإنجابي، نذكر منها على سبيل الذكر لا للحصر هذه العناصر:

#### 1-12-1- المستوى التعليمي للمرأة

بيرو تأثيره بصورة عامة في نظرة المرأة للإنجاب والخصوبة، حيث تنخفض الخصوبة لدى فئة المتعلمين أكثر من الفئة متوسطة التعليم، وهكذا. بالنسبة لبيتر مارس " انه كلما زاد تعليم الشخص، كلما زاد ابتعاده عن التفكير النمطي في الحياة الأسرية". (حسين، عثمان، 2006، ص. 27)

#### 1-12-2- العادات والمفاهيم والقيم

عرفت الرغبة في كثرة إنجاب الأطفال كمصدر للقوة والعزة وكعامل لتأمين حياة الزوجين وهذا ما نلاحظه في الزواج المبكر خاصة في المناطق الريفية، مما أثرت بالسلب على السلوك الإنجابي، مع إهمال النظرة الدينية في بعض الأحيان وغياب الموضوعية.

#### 1-12-3- الإعلام

يؤثر الإعلام على السلوك الإنجابي للزوجين سواء بالإيجاب أو بالسلب لدوره الهام على المجتمع. (نفس المرجع، ص. 28)

## الفصل الثاني

### ماهية المباحدة بين الولادات

## مقدمة

إن المباشرة بين الولادات تعتبر من الوسائل الضرورية التي تساعد على الحفاظ على صحة الأم والطفل معاً، وتساهم في تنظيم الأسرة فيما يخص الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية، كما أنها ترمي إلى المحافظة على كيانها وتدعيمها من النواحي الصحية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية والنفسية لنصل في الأخير إلى إيجاد "المجتمع السليم".

## 2-1- مفهوم المباشرة بين الولادات

المقصود منها ترك فترة زمنية معينة بين ولادة وأخرى وذلك عن طريق استخدام وسائل منع الحمل من طرف أحد الزوجين. وليس التعقيم الإرادي محدوداً ضمن هذه الوسائل لأنه يمنع الحمل نهائياً على عكس الوسائل الأخرى العاملة على تأجيل الحمل لفترة زمنية معينة حسب رغبة الأزواج. (رزق الله، ص. 07). فهو اتخاذ الزوجان بالاختيار والاعتناع بالوسائل التي يجدونها كفيلة بتباعد فترات الحمل أو إيقافه لمدة معينة من الزمن والمتفق عليها فيما بينهما.

والمقصود من ذلك، أن يقل عدد أفراد الأسرة بالصورة التي باستطاعتها جعل الأبوين رعاية أبنائهما رعاية متكاملة بدون عسر أو حرج واحتياج غير كريم.

وهو أيضاً قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله، بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما (Pressat.1979,p.66).

يقول جبلي (1984) "انه جعل فترة زمنية بين كل طفل وأخر، وذلك لدوافع اجتماعية، صحية، وتربوية. (ص. 408).

بناء على هذه التعريفات يمكننا أن نقول إن تباعد الولادات هو تنظيم الأسرة عددياً عن طريق استعمال وسائل منع وجعل مسافة بين الولادات من أجل خلق تلائم وتناغم مع الحياة الاجتماعية والاقتصادية، والمحافظة على كلا من صحة الأم والطفل.

## 2-2 العوامل المساعدة على ممارسة المباشرة بين الولادات

خلافاً لاعتقاد الكثيرين فإن العوامل المساعدة على تباعد الولادات هي عديدة، من لذلك يمكننا ذكر أهم هذه العوامل:

## 2-2-1 التطور الطبي

في العصر القديم، اعتبرت كل من الحياة والموت حالات طبيعية لا مجال لتحكم الإنسان فيها بطريقة أو أخرى. في ذلك الوقت لم يكن في ظن الإنسان ان له الإمكانية في تجنب الموت في حالات عديدة من المرض. كان الجسم البشري لغزاً داخل في عداد المجهول وكانت لهذا الموت قضاء وقدرًا.

إن مع التطور العلمي والمعرفي خاصة في مجال الطب استكشفت الحقائق العلمية الخاصة بالإنسان ولم يتغير هذا السلوك إلا بعد الانقلاب الأساسي الذي حدث وهو أن يستخدم التلقيح لمكافحة الأوبئة، وأن تنتشر الوسائل الصحية وشروط الحياة الصحية.

لقد برز الدور الكبير للتطور الطبي في تحديد حجم الأسرة و المساهمة في نجاح التخطيط العائلي، و ذلك بظهور طرق و وسائل جديدة لتنظيم النسل المعتبرة بمثابة ثمرة ما توصلت إليه البحوث العلمية المتعلقة بتلك الوسائل إذ انه في السنوات الأخيرة تم بروز وسائل و طرق أكثر تطوراً، سواء من الناحية الآلية أو الفنية، بحيث أنها أصبحت وقائية أكثر من الطرق التي انتشرت و شاعت عند المجتمعات البدائية في القدم فباستخدام التلقيح و انتشاره مع مكافحة الأوبئة و عصرنة الوسائل الصحية و وفرة الشروط اللازمة للحمل و الولادة و رعاية الطفل، نجم عنه انخفاض كبير و محسوس في نسبة الوفيات و تكمل مساهمة العامل في عدم الرغبة في إنجاب عدد كبير من الأطفال. ( احمد، مصطفى، 1995، ص. 87).

### 2-2-2- تنوع وتوفر وسائل منع الحمل

لسنوات عديدة لم تتوفر وسائل فعلية سهلة الاستعمال ومتوفرة بشكل واضح للتحكم في الخصوبة وكذا النسل. لطالما لوحظ احتلال الإجهاض مكانة كبيرة في هذه العملية في الكثير من المجتمعات. فبتوفر هذه الوسائل تتم المساعدة على تباعد الولادات، والحد من ظاهرة الاجهاض. (Andree.1972. P.148)

### 2-2-3- الوسط الحضري

حيث أصبحت مقتضيه على مناقشة وحراك اجتماعي الشيء الذي استوجب عليه الاعتماد على الأسر الصغيرة الحجم.

### 2-2-4- مساهمة البحوث العلمية

وان البحوث العلمية التي قام بها العلماء والمختصين أدت الى تطور الأفكار الخاصة بالتخطيط العائلي والعاملة على توعية الأفراد أكثر. (عبد الدايم، 1977، ص. 99).

### 2-2-5- المستوى التعليمي

ان المستوى التعليمي يؤثر في بنية المجتمع ووظيفته وحركته، فارتفاع المستوى التعليمي مؤجل للزواج المبكر، وبالتالي تقليل سنوات الحمل لدى المرأة، وميول الأسرة إلى حجم محدود، كما أن الارتفاع هو مؤدي إلى خفض معدل الوفيات بواسطة زيادة الوعي الصحي والاجتماعي للزوجين. (احمد، مصطفى، 1992، ص. 21).

### 2-2-6- عمل المرأة

إن اضطرار المرأة إلى اجتياح ميدان العمل المساهم في تحسين مستوى المعيشة راجع إلى تغيير المعطيات الاقتصادية وارتفاع مستوى المعيشة مع توسع التعليم وارتفاع مستواه، ونرى ذلك في أن نسبة مساهمة المرأة في الحياة الإنتاجية يتزايد بشكل مستمر ملحوظ، حتى أصبح عمل المرأة جزء لا يتجزأ من عملية التنمية. وخروج المرأة للعمل متناقض بالضرورة مع كثرة الأطفال في البيت، مما استدعها حتما في النهاية

للحد من عدد أطفالها حيث أن خروجها ومشاركتها في العمل يستوجب منها البقاء فترة من الزمن خارج البيت "كما تلتزم بواجبات أخرى بغير إنجاب الأطفال، فبحكم الأوضاع الاقتصادية السائدة، فهي تضطر إلى الموازنة بين تلك الأوضاع وعملها خارج المنزل وبين عدد أطفالها تحت ضغط تلك الظروف، إذن هي ساعية إلى الحد من الإنجاب لتحقيق التكيف مع تلك الأوضاع ومع البيئة الجديدة".

(Commaille.1993, P.65)

## 2-2-7- التغييرات الاجتماعية والاقتصادية

إن الاتجاه المؤدي نحو الإقامة في المدن وارتفاع مستوى المعيشة ساعد في انتشار فكرة التخطيط العائلي في وسط الأفراد والمجتمع. بحيث أن كل من مستوى الدخل والمستوى الاجتماعي لهما علاقة سلبية مع مساوئ الإنجاب، إذ أن الطبقة الاجتماعية العليا هي السبابة إلى تحديد عدد أطفالها، كما أن للبيئة الصناعية دور في خلق قيم اجتماعية متميزة عن قيم البيئة الزراعية.

## 2-3- فوائد المباعدة بين الولادات

من أبرز وأهم الفوائد نجد:

### 2-3-1- الفوائد الصحية

- إن لتباعد الولادات تحقيق في المزايا الصحية للأمهات والأطفال، حيث أن التباعد بين الولادات يحد من حدوث وفيات الأمهات، يرجع ذلك لخفض نسبة تعرض الأم إلى مخاطر نزيف ما بعد الولادة كذلك خفض نسبة حمى النفاس وفقر الدم والأنيميا التي تعد من الأسباب المباشرة والمهمة لوفيات الأمهات في مجتمعاتنا. (شكري. 147).

كما تخفض من حدوث حالات النزيف أثناء الحمل و بالأخص في الثلاثة الأشهر الأخيرة من الحمل. من أبرز أسباب حدوثها تعدد الحمل المتكرر. كما تقلل تساعد الولادات من مشاكل فقر الدم والأنيميا. أما تأثير المباعدة بين الولادات على المولود فإنه يقلل من حالات موت المواليد كما ومن نسبة حدوث الولادة المبكرة بسبب مضاعفات الحمل الخطيرة الناتجة عن الحمل المتكرر والمؤدية إلى ولادة مبكرة مثل فقر الدم. كما تقلل من نسبة ولادة مواليد أقل من الوزن الطبيعي.

- تعتبر المباعدة بين الولادات بثلاث سنوات هي الأحسن والأنسب، كونها ذات أهمية كبيرة، كما تضمن رضاعة طبيعية كاملة للطفل، ونمو جسميا سليما، وتحقيق راحة كافية للام للتخلص من آثار الحمل السابق. - أشارت عدة أبحاث أن هناك علاقة بين صحة الطفل وترتيبه وحجم الأسرة بالإضافة إلى عمر الأم (ظهور تشوهات خلقية، الإعاقة البدنية، سوء التغذية، أمراض الأسنان، المشكلات النفسية... الخ). (منصور، يوسف علي، 1999، ص.37).

**2-3-2- فوائد اجتماعية**

- تكمل العلاقة بين مستوى المعيشة وعدد المواليد، في العلاقة الكبيرة والقوية بين قلة الدخل الفردي وارتفاع عدد المواليد.
- أثبتت عدة دراسات أن عدد الأولاد في الأسر متناسب عكسيا مع درجة ثقافة الوالدين.
- هناك علاقة كبيرة بين عدد أفراد الأسرة والحالة النفسية لكل عنصر فيها، فالأسرة ضئيلة العدد تعم بالاستقرار النفسي، وعلاقات أفرادها تعرف بالاتزان والقوة.
- تعد الحالات المحددة للنسل مفيدة إنسانيا وأخلاقيا إذا ما عرف أن هذا الطفل متبع بأمراض وراثية خطيرة.
- يحمي التخطيط العائلي بما فيه تباعد الولادات المجتمع من كل المخاطر المضرّة بالطفل وتمنعه من النشوء في مناخ سليم ومعافى بدنيا واجتماعيا ونفسيا.
- يضمن عدم تزايد السكان المحتاجين للمتطلبات والخدمات العامة والضرورية على نحو أسرع من قدرة المجتمع على توفيرها، وبالتالي فإن التخطيط العائلي مساهم على تحقيق العدالة بين السكان، فلا يحظى بعضهم بما يحرم السكان والموارد.
- تحقق المباعدة بين الولادات للمرأة لعب دورها الاجتماعي، وكسبها مكانتها الاجتماعية.
- يساعد المرأة من أن تنشئ أفراد وفق ما هو مأمول من مختلف الجوانب. (رمضان، 1999، ص. ص. 338-339).

**2-3-3- فوائد اقتصادية**

- تشجيع الفرد في أن يكون له عدد أطفال يمكن أن يرعاهم بالإمكانيات المتاحة له (مع مراعاة الطبقة الفقيرة في حقها في الإنجاب).
- يسمح التخطيط العائلي للزوجة الريفية بأن تشارك زوجها في جهود إنتاجه، وكذلك المرأة في الحضر إذا كانت تعمل.
- يعتبر تنظيم الأسرة جزءا من مجموع جهود التنمية، إذا أن لهذا التنظيم مكانة بين إمكانيات التعليم وتوفير فرص العمل والخدمات الصحية والتغذية وغيرها.
- يضمن تباعد الولادات الصحة للام والطفل معا، وبالتالي تحقق لتقليل تكاليف ذلك على مستويات عدة.
- إن تباعد الولادات يضمن للمرأة أن تشارك في الجانب الاقتصادي سواء على مستوى أسرتها أو في مجتمعها.
- ينبغي ان يهتم بالأخص ببرامج الشباب وصغار السن في تسطير برامج المباعدة بين الولادات ضمن خطط التنمية الاقتصادية للمجتمع (على مستوى المدارس، المساجد، المؤسسات الاجتماعية...). (بسيوني، متولي، 1998، ص. 30).

**2-4- إثر تباعد الولادات على صحة الأم**

- يقلل من مخاطر وفاة الأمهات
- تقليل المخاطر الصحية الناتجة عن الأحمال المتقاربة والمتكررة بالأخص على الأمهات في المراحل العمرية الصغيرة جدا أو الكبيرة.
- تحافظ على صحة الأم، فهي تساعد الأم في المحافظة على صحتها الجسدية والعقلية.
- تخفض نسبة الأحمال ذات المستوى العالي من الخطورة.
- تقلل المخاطر الناجمة عن الإجهاد غير الآمن وإمكانية اللجوء إليه للتخلص من الأحمال غير المرغوب بها.

**2-5- إثر تباعد الولادات على صحة الطفل**

- تخفض معدل وفيات الأطفال قبل وبعدي الولادة.
- التقليل من معدل ولادة المواليد ذوي الأوزان المتدنية.
- تخفض معدل إصابة الأطفال بالأمراض المعدية وسوء التغذية.
- تخفيض معدل التشوهات الخلقية والتخلف العقلي.

**2-6- إثر تباعد الولادات على العائلة**

- تحسن لأفراد الأسرة نوعية الحياة والرفاهية.
- ضمان الجو النفسي الملائم لينمو الطفل في بيئة اجتماعية نظيفة من كل النواحي.
- التخفيف من المجهود الجسدي والذهني الواقع على كاهل أولياء الأمور في تربية أبنائهم.
- تقلص الأعباء الاقتصادية عن رب العائلة، لتوفير فرصة تقديم مستوى جيد من التغذية، الرعاية الصحية، التعليم، الترفيه وغير ذلك. ولإيجاد الوقت الكافي الذي يتيح للعائلة أن تشارك في جميع الأنشطة المقامة.

(Laadjali.1985, p.13-15)

**2-7- مؤشرات تباعد الولادات****2-7-1- معدل انتشار وسائل منع الحمل. T.P.C<sup>1</sup>**

نسبة النساء المتزوجات حاليا ويستعملن طريقة منع الحمل وذلك أثناء القيام بالبحث، فهذا المؤشر يعمل على مساعدة المسؤولين على دراسة فعالية رسائل الإعلام، التوعية، التعليم والاتصال. ويعطينا فكرة جيدة عن أهمية وسائل منع الحمل لدى النساء.  
طريقة الحساب:

$$T.P.C = \frac{\text{نسبة النساء المتزوجات حاليا و يستعملن طريقة منع الحمل}}{\text{نسبة النساء المتزوجات حاليا}} \times 100$$

<sup>1</sup> T.P.C : Taux de Prévalence Contraceptive.

**2-7-2- المؤشر التركيبي للخصوبة ISF<sup>1</sup>**

هو متوسط عدد الأطفال الذي يمكن أن تضعه امرأة خلال حياتها الإنجابية، ويساعد على قياس الخصوبة للبلد، كما يساعد على تقييم إثر برامج التخطيط العائلي على المجتمع المعني بالدراسة.

$$ISF = 5. \Sigma TF (x, ana)$$

**TF** : Taux spécifique de fécondité par âge

**X** : âge

**A** : longueur de l'intervalle

**2-7-3- نسبة المعرفة لوسائل منع الحمل % CMC<sup>2</sup>**

هي نسبة النساء المتزوجات حاليا واللواتي يعرفن طريقة منع الحمل، هذا المؤشر يسمح بمعرفة هل المجتمع المقصود هو ملائم للتخطيط العائلي.  
طريقة الحساب:

$$\% CMC = \frac{\text{عدد النساء المتزوجات حاليا و يعرفن طريقة منع الحمل}}{\text{عدد النساء}} \times 100$$

**2-7-4- نسبة الحاجات غير الملباة للتخطيط العائلي B.N.S<sup>3</sup>**

هي نسبة النساء المتزوجات ولا يستعملن وسائل منع الحمل أثناء القيام بالمقابلة ويتمنون ترك فترة لا تقل عن عامين بين الحمل الذي يلي أو عدم الحمل. (Kadi.2013, p.14-15)  
طريقة الحساب:

$$\% BNS = \frac{\text{عدد النساء اللواتي لديهن حاجات غير ملبات}}{\text{عدد النساء}} \times 100$$

**2-8- وسائل منع الحمل وطرق استعمالها**

يمكننا تعريف عملية منع الحمل على أنها عملية يتم فيها " تأجيل الحمل تأجيلا مؤقتا وذلك باتخاذ بعض الوسائل ». كما قد يعرف مانع الحمل " كوسيلة أو طريقة تمنع وقوع الحمل بصفة مؤقتة وانعكاسية".

<sup>1</sup> I.S.F: Indice Synthétique de Fécondité.

<sup>2</sup> C.M.C: Connaissance des Moyens Contraceptifs.

<sup>3</sup> B.N.S : Besoins Non Satisfaits de Planification Familiale

فهي عبارة عن مجموعة من الطرق التي تحول دون وقوع الحمل، والمؤدية إلى اتقاء الولادات، هذه الوسائل منقسمة إلى جزئيين؛ طبية علمية وأخرى طبيعية محضة كما تنقسم إلى وسائل طويلة المفعول وأخرى قصيرة المفعول.

ومن بين هذه الوسائل نعرض ما يلي:

### 1-8-2- الرضاعة<sup>1</sup> MAMA

تعمل الرضاعة المطولة كمانع الحمل وتقليل الخصوبة. حيث إلى حدنا الآن أغلبية النساء تفضل الرضاعة لتجنب كل الطرق الاصطناعية والمواد الكيماوية. فهي تعتبر طريقة طبيعية متوقفة على حسن استعمالها كونها مرتبطة بوظائف ذاتية هرمونية جد معقدة.

أحسن استعمالها يجب التقيد بشروط ثلاث التي سيتم ذكرها وهي كالآتي:

- \* أن تكون الرضاعة طبيعية فقط (دون اللجوء إلى الحليب الاصطناعي).
- \* يجب أيضا أن يغيب الحيض طيلة مدة الرضاعة و إلا فهي طريقة فاشلة لمنع الحمل.
- \* يجب على الرضيع أن يكون عمره اقل من 6 أشهر (لان بعد 6 أشهر تقل فعالية هذه الطريقة نوعا ما، يجب إذا أكثر حذر من طرف المرأة بعد الستة أشهر). (Boucha, 2001, p 260)

### 2-8-2- العزل Retrait

يعتبر العزل من أقدم الطرق الطبيعية المحببة والمستعملة حتى من طرف الصحابة رضي الله عنهم، من أسسها أن يبتعد الرجل عن المرأة عند القذف.

يعد مانع الحمل هذا غير مفيد وغير مضمون ومسبب اضطرابا نفسيا عند الرجل خاصة ما لم يتم إشباع اللقاء الجنسي. فبالتالي يمكننا أن نقول إنها لم تجد نفعاً بنسبة 100% فهذه الوسيلة لا تستعمل إلا بموافقة الرجل فحسب. وبالرغم من هذا فهي لا تزال تستعمل في مجتمعنا ولو بنسبة قليلة.

### 3-8-2- طريقة الحرارة

تبنى طريقة درجة الحرارة الطبيعية للجسم على الزيادة في درجة حرارة الجسم التي تحدث بعد التبويض بفترة قصيرة والمرتبطة بإفراز مادة البروجسترون عن طريق الحوصلة اللوئية.

أساسها هي أن درجة حرارة المرأة المرتفعة من 0.2 إلى 0.4 درجة حرارية بسبب إفراز هرمون البروجيسترون بعد التبويض لذلك ينبغي على الزوجين عدم اللقاء الجنسي من أول يوم للحيض إلى اليوم الثالث لارتفاع درجة الحرارة، هذه الطريقة ليست جد مستعملة لأنها تتطلب موافقة كل الزوجين للامتناع. ومن جانب آخر تفرغ المرأة وشيئا من التعليم من طرفها. (Zaouïa, 1987, p 61).

<sup>1</sup> M.A.M.A : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

**2-8-4- طريقة العد أو الحساب**

يعتمد هذا على تحديد موعد الإباضة ومنع الجماع خلال هذه الفترة مما قد يمنع الحمل يمكن تطبيق هذه الطريقة مع النساء اللواتي لديهن الدورة منتظمة كل 28-30 يوم. يحدد موعد الإباضة بعدة طرق:

- ارتفاع درجة حرارة الجسم بيوم الإباضة نصف درجة عن درجة الحرارة المعتادة.
- تغير لون وسماكة إفرازات عنق الرحم.

يتم الامتناع عن الجماع ثلاثة أيام قبل وبعد الإباضة فهذه الطريقة غير منطبقة على السيدات المرضعات أو اللواتي دورتهن غير منتظمة.. (تركي، مالهوترا، 2004، ص. 245).

**2-8-5- الحبوب pilules**

توجد ثلاثة أنواع من الحبوب:

**\*الحبوب المركبة:** تحتوي على الاستروجينات والجسفرين بتركيز ضعيف تؤخذ 21 يوم حيث يتم التوقف بعد 7 أيام. فهي تعمل على تغيير مخاط الرحم وتضييق النخامية العنقية أي تمنع الإباضة والتعشيش والإخصاب. بالنسبة للحبوب الأولى تحتوي على الاستروجينات فقط أما الحبوب الموالية تحتوي على خليط

**\*الحبوب المرتبة:**

من الاستروجينات والجسفرين بتركيز عادي تؤخذ 21 يوم ويتم التوقف 7 أيام. تحتوي على الجسفرين فقط يجب أن تؤخذ باستمرار دون التوقف تسبب تضييق النخامية العنقية

**\*الحبوب الدقيقة:**

وبالتالي منع الإخصاب وعدم نمو مخاط الرحم بشكل عادي ومن تم منع التعشيش. (فاخوري، 1996، ص. 184).

**2-8-6- الحواجز**

هي عبارة عن سدادات على شكل محاجم مطاطية، مسماة بعقدة القبة، وهذا المحجم المطاطي يسحب ثماني ساعات تقريبا بعد الاتصال الجنسي، حيث انه مانع لوصول الحيوانات المنوية إلى داخل الرحم. ومن بينها نجد:

**2-8-6-1- الحاجب الحاجز او الحاجز المهبل Le diaphragme**

هي طريقة مستخدمة من قبل المرأة أي عبارة عن قطعة أو قمع من المطاط الرقيق يلون البشرة محتوية على مواد كيميائية. يوضع هذا القمع داخل الرحم حتى لمدة ستة ساعات قبل اللقاء الجنسي وهو الذي يمنع لقاء الحيوانات المنوية مع البويضة، فإن عبور واحد منها يجمد بواسطة المواد الكيميائية. تعد فعاليته ضئيلة وصعب الاستعمال. (تركي، مالهوترا، 2004، ص. 181).

**2-6-8-2- الواقي الذكري condoms**

هو عبارة عن غلاف أو غطاء مصنوع يوضع بأحكام على قضيب الرجل المنتصب؛ دوره قائم على تجميع السائل المنوي ويعمل كحاجز مانع لدخول الحيوانات المنوية إلى المهبل. يتوافر الواقي مطويا داخل عبوات منفردة، يفرد على القضيب المنتصب قبل الجماع ومعظم العوازل الطبية صنعت من أغشية مطاطية رقيقة. عند استخدام هذه الوسيلة بصورة صحيحة عند كل اتصال جنسي، تصبح ناجحة لمنع الحمل بصورة مقبولة. كما أن الواقي الذكري المطاطي هو طريقة فعالة للحماية من انتقال العدوى بالأمراض المنقولة عن طريق الممارسة الجنسية. (فاخوري، 1996، ص. 140).

**2-6-8-3- الواقي النسائي (العازل الطبي الأنثوي) fétidons**

يعرف على أنه مصنوعان مادة ناعمة مرنة من البولي يوريثان وهو مزود بمادة مزلفة ذات قاعدة من السليكون (ديميثيكون) يوضع في المهبل قبل الاتصال الجنسي. وهناك حلقة داخلية مستخدمة لوضع الواقي والاحتفاظ به في مكانه في الجزء العلوي من المهبل، حلقة خارجية سطحية تغطي الشفرين أثناء الجماع. وبعد حدوث القذف، يكون السائل المنوي محتجزا بفضل الواقي النسائي ويمنعه من الوصول إلى وملامسة عنق الرحم.

وفعالية الواقي النسائي تكون في حدود معدل فاعلية وسائل منع الحمل العازلة الأخرى.

وقد أظهرت الدراسات العلمية ان الواقي النسائي هو وسيلة عازلة فعالة ليس فقط للحيوانات المنوية ولكن أيضا للبكتريا والفيروسات من بينها فيروس نقص المناعة (Bouchnak.2001, p208).

**2-7-8-2 طرق الحقن (CIC) Les contraceptifs injectables combines**

هي عبارة عن وسائل تحقن داخل جسم المرأة مواد كيميائية سواءا داخل الرحم مباشرة أو في الجسم بصفة عامة. نشأت هذه الطرق حديثا حيث اكتشفت بعد الأقران لكنها لم تتلقى اهتماما لصعوبة استعمالها. وتتطلب انتقال المرأة إلى الطبيب المختص أو القابلة مرة واحدة كل شهر لاستخدامها. (فاخوري، 1996، ص. 199).

**2-8-8-2- اللولب (DIU<sup>1</sup>) stérilet**

تعرف على أنها آلة معقمة وخالية من الجراثيم، موضوعة في رحم المرأة بواسطة طبيبة مختصة، هدفها منع الحمل، ويتم وضعها لمدة معينة لتقضي على البويضة بعد تلقيحها، لكيلا تلتصق بجدار الرحم، فيبعد إبادتها تقذف إلى الخارج، واللولب له عدة أشكال، منها المغلقة ومنها المفتوحة.

فالمغلقة لا تستعمل بكثرة كي لا تخترق جدار الرحم، عكس المفتوحة فهي تأخذ عدة أنواع ينصح من الجانب الصحي ذلك اللولب الملحق بخيط من نحاس، يطرح ايونات النحاس المؤثرة على الرحم بمنع التعشيش كما باستطاعته أن يمنع مرور الحيوانات المنوية. مدة فعاليته ممتدة من 3 إلى 5 سنوات.

(Comité National de la Santé Reproductive et Planification Familiale.1997, p14)

<sup>1</sup> D.I.U : Dispositif Intra-utérin

**2-8-9- stérilisation التعقيم**

هي عملية جراحية لمنع الحمل، مستعملة لكلا الزوجين، ولا يلجأ إليها إلا إذا قررا عدم الإنجاب مرة أخرى:

**2-8-9-1- تعقيم الإناث**

تعقيم الإناث هو أن تعاق القدرة الإنجابية للأنثى هدفة إنهاء خصوبتها بصورة دائمة. ويتم هذا عن طريق إغلاق أو قطع قناتي فالوب. إغلاق قناتي فالوب إجراء آمن ومقبول ويمكن أن تنفذ عن طريق الربط، مثل الربط مع استئصال جزء صغير، والإغلاق الميكانيكي بواسطة مشابك أو حلقات.

**2-8-9-2- تعقيم الذكور**

تعقيم الرجل، أو قطع القناتين المنويتين، هو أن تمنع القدرة الإنجابية بغرض إنهاء الخصوبة بشكل دائم. لا يتطلب إجراؤها البقاء في المستشفى كونها طريقة بسيطة، آمنة، غير مكلفة ومقبولة بصورة جيدة. وفي عملية قطع القناة المنوية، يتم غلق كل من القناتين المنويتين أو قطعهما بحيث لا تخرج الحيوانات المنوية في السائل المقذوف خلال العملية الجنسية وقطع القناتين المنويتين واحدة من أكثر الطرق فعالية لمنع الحمل. عند إجراء هذه العملية بطريقة صحيحة، يكون معدل الفشل هو 0 ، 1 حالة حمل لكل 100 زوجة خلال الاثني عشر شهرا الأولى من الاستعمال. (تركي، مالهوترا، 2004، ص. 215).

**2-8-10- البويضات الذائبة (Les ovules)**

أو بالأحرى التحاميل المهبلية spermicides. ويفترض أن تستعمل قبل الجماع بمدة زمنية مقدرة ب 30 دقيقة، تدخل داخل المهبل فتذوب التحميلة تحت تأثير حرارة الجسم، لديها شكل حبة لوز، محتوية على مواد قاتلة للمني، مثل الحوامض ومشتقات الأسبيرين ممزوجة بالجليسيرين أو زبدة الكاكاو...

(Bouis ri ,2002, p. 451)

يظهر الجدول أدناه أساليب منع الحمل، طريقة استعمالها ومدى فعاليتها:

**جدول 1: أساليب منع الحمل التقليدية**

التعليقات	مدى الفعالية في منع الحمل	طريقة الاستعمال	الوصف	الأسلوب
إحدى أقل الأساليب فعالية، لأنه يصعب غالباً تحديد التوقيت المناسب للانسحاب	96% إذا ما تم استخدامه بشكل صحيح ومتسق 73% إذا ما تم استخدامه بالطرق الشائعة	أسلوب يمكن من إبقاء المنى خارج جسد المرأة وتوقي الإخصاب	يسحب الرجل قضيبه من مهبل عشيرته ويقذف خارج المهبل مع الحرص على إبقاء السائل المنوي خارج الأعضاء التناسلية الخارجية	العزل أو الانسحاب قبل القذف
يمكن استعمال هذه الأساليب لتحديد أيام الخصوبة من جانب النساء اللاتي يرغبن في أن يصبحن حوامل واللواتي يرغبن في تجنب الحمل على حد سواء. ويتطلب استعمال الأساليب بطريقة صحيحة ومتسقة تعاون الشريك.	95 إلى 97% إذا ما استخدمت بشكل صحيح ومتسق و75% إذا استخدمت بالطرق الشائعة	يتوقى الزوجان الحمل بتلافي العلاقات الجنسية المهبليّة غير المحمية خلال أيام الخصوبة تلك ويقومان بذلك، عادة، عن طريق الامتناع أو استعمال العوازل	الأساليب القائمة على رصد أيام الخصوبة في دورة الحيض الأساليب القائمة على رصد الأعراض: رصد مخاطر عنق الرحم ودرجة حرارة الجسم	الأساليب القائمة على إدراك الخصوبة (التنظيم الطبيعي للأسرة أو الامتناع الدوري)

المصدر: منظمة الصحة العالمية/ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ar/>

جدول 2: أساليب منع الحمل الحديثة

التعليقات	مدى الفعالية في منع الحمل	طريقة الاستعمال	الوصف	الأسلوب
تحدّ من مخاطر الإصابة بالسرطان البطانية الرحمي وسرطان المبيض؛ لا ينبغي تناولها في فترة الرضاعة الطبيعية؛	99% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومتسق 92% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تمنع إفراز البويضات من المبيضين (الإباضة)	تحتوي على هرمونين (الاستروجين) و(البروجستيرون)	موانع الحمل الفموية التوليفي أو "حبوب منع الحمل"
يمكن تناولها أثناء فترة الرضاعة الطبيعية؛ يجب تناولها في الوقت نفسه كل يوم	99% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومتسق 97%-90% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تغلّظ مخاط عنق الرحم للحيلولة دون التقاء المني بالبويضة وتمنع الإباضة	تحتوي على البروجستيرون فقط، ولا تحتوي على الأستروجين	الأقراص التي لا تحتوي إلا على البروجستيرون أو "حبوب منع الحمل الخفيفة"
يجب أن يتم زرع تلك الوسائل ونزعها من قبل أحد مقدمي خدمات الرعاية الصحية؛ يمكن استخدامها لمدة تتراوح بين 3 و5 أعوام حسب نوع الأداة المزروعة؛ من الشائع حدوث نزيف مهبلي دون أن يسبب أي ضرر	99% <	تتبع التقنية ذاتها التي تتبعها الأقراص التي لا تحتوي إلا على البروجستيرون	نبابت أو كبسولات صغيرة ومرنة توضع تحت جلد الذراع العلوي؛ وتحتوي على هرمون البروجستيرون فقط	الوسائل المزروعة
تأخر عودة الخصوبة (1-4 أشهر) بعد الاستخدام؛ من الشائع حدوث نزيف مهبلي دون أن يسبب أي ضرر	99% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومتسق 97% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تتبع التقنية ذاتها التي تتبعها الأقراص التي لا تحتوي إلا على البروجستيرون	تُحقن في العضل كل شهرين أو ثلاثة أشهر، حسب المنتج	الحقن التي لا تحتوي إلا على البروجستيرون

التعليقات	مدى الفعالية في منع الحمل	طريقة الاستعمال	الوصف	الأسلوب
من الشائع حدوث نزيف مهبلي دون أن يسبب أي ضرر	99% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومتسق 97% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تتبع التقنية ذاتها التي تنتجها موانع الحمل الفموية التوليفي	تُحقن في العضل مرّة كل شهر، وتحتوي على الأستروجين والبروجستيرون	حُقن منع الحمل أو حُقن منع الحمل التوليفي التي تُعطى كل شهر
من الشائع أن تطول فترات الحيض وتشتدّ خلال الأشهر الأولى من الاستخدام ولكن دون أن تسبب أيّ ضرر؛ يمكن استخدامه أيضاً لأغراض منع الحمل الاستدراكي	99% <	يؤدي النحاس إلى إتلاف المنى ومنع التقائه بالبويضة	جهاز بلاستيكي صغير ومرن يحتوي على لولو أو سلك نحاسي يوضع داخل الرحم	الأجهزة التي تُوضع داخل الرحم: الجهاز الذي يحتوي على النحاس
تقلل من التقلصات الحاصلة أثناء الطمث وأعراض انبثاباً بطانة الرحم؛ وانقطاع الحيض (انقطاع دم الطمث) لدى فئة معينة من مستخدمات الوسيلة	99% <	يحول دون نمو بطانة الرحم	جهاز بلاستيكي على شكل حرف T يوضع داخل الرحم ويفرز، باطراد ، كميات قليلة من الليفونورجيستريل كل يوم	الأجهزة التي تُوضع داخل الرحم: الليفونورجيستريل
تحمي أيضاً من العدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك عدوى فيروس الايدز	98% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومتسق 85% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تشكّل العوازل حاجزاً يحول دون اتصال المنى بالمهبل	أعماد أو أغلفة تغطي قضيب الرجل المنتصب	العوازل الذكرية

التعليقات	مدى الفعالية في منع الحمل	طريقة الاستعمال	الوصف	الأسلوب
تحمي أيضاً من العدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك عدوى فيروس الإيدز	90% إذا ما تم استخدامها بشكل صحيح ومنتسق 79% إذا ما تم استخدامها بالطرق الشائعة	تشكل حاجزاً يحول دون اتصال المني بالمهبل	أغمد أو بطانات مصنوعة من غشاء بلاستيكي رقيق وشفاف ولين تتناسب بشكل رحب داخل مهبل المرأة	العوازل الأنثوية
تأخر المفعول بثلاثة أشهر عند بقاء بعض المني المخزن؛ لا تؤثر في أداء الذكور الجنسي؛ لا بد أن يكون الاختيار عن طواعية ووعي	99% < لدى تقييم السائل المنوي بعد مرور ثلاثة أشهر على إجراء العملية 98%-97% دون تقييم السائل المنوي	يمكن من الفصل بين المني والسائل المنوي المقذوف	أسلوب يُستخدم لأغراض منع الحمل بطريقة دائمة عن طريق سدّ أو قطع الأسهرين اللذين يحملان المني من الخصيتين.	تعقيم الذكور (استئصال الأسهرين)
لا بد أن يكون الاختيار عن طواعية ووعي	99% <	يحول دون التقاء البويضات بالمني	أسلوب يُستخدم لأغراض منع الحمل بطريقة دائمة عن طريق سدّ أو قطع البوقين	تعقيم الإناث (ربط البوقين)
أسلوب مؤقت لمنع الحمل يستند إلى الأثر الطبيعي للرضاعة الطبيعية على الخصوبة	99% إذا ما تم استخدامه بشكل صحيح ومنتسق 98% إذا ما تم استخدامه بالطرق الشائعة	يحول دون إفراز البويضات من المبيضين (الإباضة)	أسلوب مؤقت لمنع الحمل لدى النوافس اللائي انقطعت دورة الحيض لديهن؛ يشترط أن تقتصر الأم على إرضاع طفلها طبيعياً قبل بلوغه ستة أشهر من العمر.	أسلوب انقطاع الحيض أثناء الرضاعة
لا تتسبب في عرقلة حمل موجود أصلاً	تحدّ من احتمال الحمل بنسبة تتراوح بين 60% و90%	منع الحمل الاستدراكي الليفونورجيستريل 1.5 ملغ)	أقراص لا تحتوي إلا على البروجسترون تُؤخذ لمنع الحمل لمدة تصل إلى خمسة أيام بعد العلاقة الجنسية غير المحمية	منع الحمل الاستدراكي الليفونورجيستريل 1.5 ملغ)

المصدر: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ar/>: منظمة الصحة العالمية

**9-2-9- خصائص وسائل من الحمل**

من أهم المميزات التي تختص بها موانع الحمل هي:

**1-9-2- الفعالية Efficacité**

فهي تتوقف على الطريقة المستعملة نفسها وعلى نوعيتها. كما انها تتوقف على كيفية استعمالها من طرف المرأة وقد تنقسم الفعالية الى نوعين:

**1-1-9-2- الفعالية النظرية Efficacité Théorique**

تتحقق الفعالية النظرية إذا أحسنت المرأة استعمالها. في هذه الحالة فالطريقة المستعملة لمنع الحمل تفي بالغرض المنشود.

**2-1-9-2- الفعالية الميدانية أو التطبيقية Efficacité Pratique**

هي الفعالية التي تأخذ بعين الاعتبار نسبة الفشل الممكنة الناتج عن عدم كيفية فهم الاستعمال من طرف المرأة ذاتها.

يمكن قياس فعالية أي طريقة لمنع الحمل بمؤشر بيرل الذي يعطينا نسبة فشل كل طريقة ويمكن حسابه كما يلي<sup>17</sup>:

$$IP = \frac{G \times 1200}{N} = \text{exprimé en \% femmes - année}$$

G : عدد النساء الحوامل خلال سنة.

N : عدد الشهور المتبعة.

1200=12 شهر ل 100 امرأة.

**2-9-2- الأمان Innocuité**

يجب على كل طريقة مستعملة لمنع وقوع الحمل أن تكون آمنة ولا تؤدي بصحة المرأة التي تستعملها.

**3-9-2- العكسية Réversibilité**

يجب ان تكون فعالية الطريقة المستعملة مؤقتة وعكسية لإتاحة الفرصة أمام المرأة للوقوع في الحمل عند رغبتها ودون استعمالها لأي طريقة لمنع الحمل.

**4-9-2- الرضى Tolérance**

يجب أن تكون المرأة راضية عن هذه الطريقة من حيث انها سهلة الاستعمال وأثارها الجانبية قليلة بحيث توفر الراحة النفسية للمرأة.

**5-9-2- الاستمرارية Continuité**

بعبارة أخرى يجب أن تكون المرأة مخلصمة ومداومة الاستعمال لهذه الطريقة لأنها ملائمة على المدى القصير أو البعيد.

<sup>17</sup> IP : Indice de Pearl.

**2-9-6- الثمن Cout**

على الثمن أن يكون في متناول جميع الأسر من حيث دخلهم المالي لتتمكن كل امرأة من شرائها واستعمالها. كانت هذه كل الشروط التي ينبغي ان تتوفر في طريقة منع الحمل لكي تكون الفعالية حقيقية. (Boucha, 2001, p 92).

**2-10- موقف الشريعة الإسلامية من تباعد الولادات**

لم يكن الإسلام ضد مصلحة الإنسان، بل كان دائماً خلفها ما لم تخالف شرع الله. وتنظيم الأسرة إذا كان في إطار شرعي تبيحه الشريعة أن لم تكن تطلبه وتحث عليه، حيث تعرف الشريعة الإسلامية أنها مسايرة للفطرة، ومجارية للطبيعة، لقوله تعالى " فأقم وجهك للدين حنيفا فطرة الله التي فطر الناس عليها لا تبديل لخلق الله ذلك الدين القيم" (سورة الروم: الآية 30).

أما في الشريعة الإسلامية، يتوجب الطربين تنظيم النسل الذي يعني منع الحمل، وتنظيم النسل بمعنى التحكم في عدد الأولاد. والتميز أن يكون التنظيم علاجاً لحالات فردية وأن يكون التنظيم سياسة عامة للدولة. فالإسلام أجاز منع الحمل والولادة أو تأخيرهما ما إذا كانت هنالك خطورة على حياة الأم.

وذلك دفعاً للخطر الأعظم نتبع قول الله تعالى في كتابه العزيز ان التهلكة ولقوله: " ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً" (سورة النساء: الآية 29) " ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة «(سورة البقرة: ال اية 195).

فالدين الإسلامي يجيز تنظيم النسل، أي تأجيل فترة الحمل لمدة معينة، واستعمال الزوجان طريقة من الطرق المؤجلة للحمل وغير مانعة له لأخذ المرأة فترة من الراحة تسترجع فيها صحتها وقوتها، وإمكانيتها من تربية الأطفال تربية سليمة وحسنة. فالإسلام لا يدعو إلى تحديد النسل بمعنى التوقف النهائي عن الإنجاب عند عدد معين من الذرية، كونه محرم لما يخلف عنه من الحسرة أو الحزن عند فقدان الأولاد، في حين لا يستطيع كلاهما الإنجاب آنذاك.

يعد العزل من الوسائل التي رخص فيها الإسلام تنظيم النسل في مثل هذه الحالات، (وهو قذف النطفة خارج الرحم عند الإحساس بنزولها). فالصحابة رضي الله عنهم أفضل مثال على ذلك، كما روي في الصحيحين عن جابر، رضي الله عنه، أنه قال: " كنا نعزل على عهد رسول الله (ص) فبلغ ذلك رسول الله صلى الله عليه وسلم فلم ينهنا «. (صحيح مسلم، ص. 18).

ولقد اجمع العلماء كذلك على إباحة عملية المباحة بين الولادات وتحديدتها لكن مع التقيد بشروط معينة أهمها ألا تكون عملية منع الحمل بصفة نهائية ومسببة في عقم دائم يحرم الوالدين من الإنجاب والتنشئة متى شاءا. بالنسبة في الجزائر كونها دولة مسلمة تحافظ على تعاليم الدين، فان موضوع تنظيم الأسرة تمت معالجته في إطاره الشرعي الأصلي المنطلق من كتاب الله وسنة رسوله. فكانت الخلاصة في هذا الشأن أن تنظيم

الأسرة عن طريق المباحدة بين الولادات أمر أجز من طرف الشرع باتفاق المذاهب، بل مكروه إذا ما دعت إليه الضرورة أو فرضته الظروف (وزارة الشؤون الدينية، 1989، ص. 07)

## 2-11- نبذة تاريخية عن برامج التخطيط العائلي في الجزائر

لم يعر موضوع التخطيط العائلي وتباعد الولادات اهتماما في الجزائر خلال الحقبة الاستعمارية (قبل الاستقلال) نظرا لظروف الاستعمار الغير متاحة لذلك. كونه غير محل نقاش على المستوى العالمي، لم تكن وسائل الحمل محددة بشكل جيد. ولم تكن الجزائر مهتمة ببرنامج التخطيط العائلي، هذا عائد إلى الخسائر البشرية الهامة التي شهدتها البلاد أثناء الحرب التحريرية، كما أن هناك عوامل أخرى داخلية في هذا الإطار؛ وهي أن موضوع تباعد الولادات لم يطرح لعدم توفر وجود حلول هذه القضية آنذاك على المستوى العالمي بشكل جيد وواضح كما أن وسائل منع الحمل لم وتحدد بالشكل الدقيق.

بعد الاستقلال، شهدت الوضعية الصحية الخاصة بالأم والطفل تدهورا محسوسا كغيرها من المجالات الأخرى، حيث وجدت بعض اللقاحات، لكن بصفة محدودة، كالتلقيح ضد السل والجدي، حسب رغبة العائلة في ذلك. وعليه فبعد الاستقلال مباشرة كانت الدراسات التي قامت بها الجمعية الجزائرية للبحوث الديمغرافية، الاقتصادية والاجتماعية.<sup>18</sup> (A.A.R.D.E.S) في الجزائر أول الدراسات التي لقيت اهتماما كبيرا من قبل السلطة الجزائرية، والمعيرة عن الأخطاء الكامنة وراء الزيادة السكانية التي تلاحظها البلاد. لعبت وزارة الصحة دورا في تقديم إعانات في مجال رعاية الأمومة والطفولة، إذ كان هذا الاختبار معبرا بالدرجة الأولى على ضرورة حماية الصحة. حيث اهتمت بالزيادة السكانية السريعة التي أضحت مشكلة خطيرة على البلاد، من نتائج هذه الدراسة فيما يخص التخطيط العائلي التي توصلت إليها:

**جولية 1967:** إنشاء أول مركز للتخطيط العائلي بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا بهدف حماية الأم والطفل.

**سنة 1969:** فتح مراكز أخرى في كل من وهران وقسنطينة.

شعارها الاهتمام الصحي بالعائلة، والشاملة لثلاث محاور أساسية:

- الاهتمام بصحة الأم من الحمل إلى الوضع.
- الاهتمام بصحة الرضيع ورعايته حتى يبلغ سنة 06 سنوات.
- تقديم الإرشادات والتوجيهات اللازمة للزوجين الذين يريدان تنظيم النسل واعتماده سياسة تباعد الولادات. أصبحت التقيحات المذكورة سابقا إجبارية، مع إضافة تقيحات أخرى (التيتانوس، السعال الديكي الشلل.... الخ). لكن لم تلق تلك المراكز إقبالا كبيرا من أفراد المجتمع.

**28 ديسمبر 1973** صدور المرسوم (65/73) بوضع مجانية العلاج الطبي، تبعته عدة نصوص محددة لكيفية تطبيقه، حيث ابتداء من جافني 1974 تم التكفل بميزانية الدولة والتنظيمات المتعلقة بها كصندوق الضمان الاجتماعي بالتمويل المالي ((A.A.R.D.E.S.1968).

<sup>18</sup> A.A.R.D.E.E.S : Association Algérienne pour la Recherche Démographique, Economique et Sociale.

في سنة 1974 إنشاء 09 مراكز لحماية الأمومة والطفولة، ثم الانتقال الى 11مركزاً، ضمت أكثر من 250 وحدة، هذا بمساعدة المنظمة العالمية للصحة  
نذكر ما يلي مهمة هذه المراكز:

- متابعة الحمل.
  - تحديد الحمل الموجود في وضعية خطيرة.
  - توجيه الأمهات إلى مراكز الولادة.
  - مراقبة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة.
  - إجراء التقيحات ومتابعة الطفل حتى يبلغ 06 سنوات.
- قدمت هذه الخدمات بالمجان.

في تلك السنة بالضبط في مؤتمر بوخاريسست الدولي للسكان ظهور اختلافات فكرية حول السكان والتنمية، الناتج منه شعار أن التنمية هي أفضل "وسائل تنظيم الأسرة".

من 1974 إلى 1978 سطر المكتب المركزي برنامج لحماية الأمومة والطفولة الكائن بالمعهد الوطني للصحة العمومية بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للنشاط السكاني، أتاح تدريب القابلات على حماية الأمومة والطفولة، إضافة إلى مهمة توعية الأمهات على استعمال وسيلة منع الحمل الاصطناعية لغرض تنظيم النسل.

سنة 1976 التأكيد على النظام الصحي لحماية الأم والطفل وعلى مجموعة من المقاييس الطبية والاجتماعية والإدارية الهادفة إلى:

- حماية صحة الأم كضمان أحسن الظروف الطبية والاجتماعية قبل وإثناء الحمل، وبعد الوضع.
- الاحتفاظ بأحسن الشروط الصحية وترقيتها من خلال السعي إلى احتلال التوازن الاجتماعي والنفسي للأسر.

- توفير أحسن الشروط الصحية لضمان التطور الفيزيائي والعقلي للطفل من الولادة إلى غاية 06 سنوات.  
كانت الجزائر آنذاك من بين الدول المعارضة على برامج تنظيم الأسرة، لاعتبارها مؤامرة امبريالية هادفة إلى تحديد سكان الدول النامية.

حيث أنها كانت محسوبة على دول المعسكر الشرقي المحكوم من قبل الاتحاد السوفياتي، والذي عارض تنظيم الأسر، ففي نظرها الفقر ليس في كثرة الإنجاب.

سنة 1978 أولت الدولة اهتماما كبيرا في توفير وسائل منع الحمل بأنواعها، فقد خصصت 60300 دج (158000 دولار) لشراء وسائل منع الحمل، ليرتفع في السنة الموالية إلى 290000 دج (760000 دولار). (Laadjali.1983. p.118)

سنة 1980 وصول عدد المراكز المهتمة بصحة الأم والطفل إلى 260 على كامل التراب الوطني، يسيرها الكنب الوطني لحماية الأمومة والطفولة.

تم التركيز على القابلات كونهن الأقرب والأكثر تفاعلا مع النساء الحوامل فيما يخص تباعد الولادات ووسائل منع الحمل. (حزب جبهة التحرير الوطني، 1983، ص.19).

وفي سنة 1983 تسيطر برنامج عملي من طرف رئيس الحكومة، المحتوي على ثلاث محاور أساسية هي - تطوير كل المنشآت الأساسية والتنظيم المادي والمساعدة على نجاح هذا البرنامج. - التوعية والتربية ليكون هناك تقبل إداري من قبل أفراد المجتمع والعمل على انتشاره في الأرياف بهدف التحكم في الخصوبة.

- تنظيم دراسات وأعمال بحث خاصة لمحاولة معرفة الأسباب المؤدية إلى النمو الديمغرافي،

والعلاقة الموجودة بين التطور الاجتماعي والاقتصادي. (Mustafa1996, pp. 67-68)

حضي هذا الموضوع اهتماما أيضا في البرامج التي وضعت خلال المخططات الخماسية:

**المخطط الخماسي (1984-1980):** كانت هناك ضرورة مطلقة للاهتمام بموضوع التخطيط العائلي، وتجلت ذلك سنة 1983 حيث بدأ الاهتمام بالجانب التوعوي والتربوي بالموضوع وظهور الوعي العميق بالمشكل الديمغرافي على المستوى السياسي، ومنه الاهتمام بعلاقة وتيرة النمو الديمغرافي وتيرة النمو الاقتصادي. (حزب جبهة التحرير الوطني، 1983، ص.19).

أما **المخطط الخماسي الثاني (1985-1989)** فقد أعطى اهتماما كبيرا لضرورة التصدي لتبلور الاحتياجات الاجتماعية مع مواصلة الجهود الإنمائي الاقتصادي والسهر على حماية المرأة والطفل خصوصا في إطار السياسة الصحية الشاملة الهدف منه الوصول إلى اتزان الأسرة بالتماشج مع النمو الاقتصادي للبلاد، مع ضرورة توفير كافة الوسائل البشرية والمادية والمالية اللازمة لنجاح برنامج وطني لتنظيم النسل القائم على أساس الاختيار الحر للأسرة والتخطيط للمواليد على حساب الرضا الفردي والجماعي.. (حزب جبهة التحرير الوطني، 1985، ص.11).

سنة 1989 أعانت الأمم المتحدة بتقديم 08 ملايين دولار لدعم برنامج تنظيم الأسرة في الجزائر، والمؤدي إلى انخفاض نسبة النساء المستخدمات لموانع الحمل في هذه السنة قدر بـ35% . الإنجاب الذي كان 2.8% منتصف الثمانيات إلى 3.1% سنة 1990.

سنة 1994 تبنى مصطلح جديد لتنظيم الأسرة المسمى بالصحة الإنجابية بواسطة مؤتمر الأمم المتحدة للسكان الذي عقد بالقاهرة. سببه هو مفهوم تنظيم الأسرة وتنظيم النسل تعارضه عدة تيارات إسلامية ويسارية، وهدفه التركيز على صحة الأم والطفل.

في سنة 1997 صدر برنامج مكافحة وفيات وأمراض الأمهات، وكذا الوفيات المتعلقة بالولادة، من بين أهم نشاطاته:

- ترقية مفهوم منع الحمل بالوسائل الاصطناعية هدفه تباعد الولادات.

- متابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل وبعده.

- تحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة.

(Comité National de la Santé Reproductive et Planification Familiale.1997, p11-13)

خلال الفترة 2000-2004 تم وضع 06 برامج من طرف الجزائر مخصصة لصحة الأم والطفل، أشرف على تطبيقها لجان تقنية، تهدف للمراقبة المنتظمة للام إثناء الحمل وبعده، كما تجري تدريبات على المستوى المحلي والجهوي والوطني لفائدة ثلاث أشخاص من كل قطاع صحي (طبيب أطفال، طبيب نساء، قابلة)، المتمثلة في:

- البرنامج الخاص بالتلقيحات.
- البرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد.
- البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال.
- البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض النفسية لدى الأطفال.
- البرنامج الخاص بمكافحة داء المفاصل.
- البرنامج الخاص بالوقاية من الحوادث. (اللجنة الوطنية للصحة والتخطيط العائلي، 2000، ص. ص. 7-19).

وبالتالي اعتبرت سياسة وبرامج التخطيط العائلي ضرورة فعالة لتتمكن الدولة والمجتمع من تنظيم نسله عن طريق تباعد الولادات وبالتالي التحكم في الزيادة الطبيعية، وضبط احتياجات الأسرة وتوازنها للقيام بوظائفها على أحسن ما يرام.

كما إن برنامج التخطيط العائلي كان اختياريًا في الجزائر، إذا أن للفرد الحرية والمسؤولية في تطبيقه دون صعوبات أو عقوبات، حيث كان الهدف من هذا البرنامج هو المحافظة على كيان الأسرة وتدعيمها من النواحي الصحية، الاجتماعية، النفسية، الاقتصادية والتربوية لترقية وإيجاد مجتمع سليم وآمن.

الفصل الثالث

الاسرة الجزائرية:

التغير والتطور

## مقدمة

إن الأسرة موجودة عبر التاريخ، ولكن في أشكال مختلفة، وهي أيضا ضرورية علمية لأنها تقوم بإنجاز عدد من الوظائف الأساسية للمحافظة على استمرار الحياة الاجتماعيين قد اتفق علماء الاجتماع على عالمية هذه الوظائف، كما أكدوا على أهمية عامل آخر وهو أن كل مجتمع إنساني ينظم نفسه ويضبط بطريقة نظامية العلاقات بين الجنسين من خلال تنظيم الزواج بهدف الإنجاب، حتى أن المجتمعات التي تسمى بدائية تحدد العلاقات بين الجنسين.

ويرى دارسو علم الاجتماع أن الأسرة أحد مقومات الوجود الاجتماعي في المجتمع الإنساني، وهي لذلك تعتبر نظاما عالميا.

إن الأسرة هي الخلية الأولى التي يتكون منها المجتمع وهي أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشارا، فلا يخلو أي مجتمع من النظام الأسري، وهي تعد من أهم الجماعات وأعظمها تأثيرا في حياة الأفراد. ولقد تأثرت الأسرة بفعل التطور الصناعي والتكنولوجي وأطى عليها تغييرا لا مفر منه، كما أثر على المرأة باعتبارها محور العلاقات فيها.

إن الأسرة هي أهم الجماعات وأعظمها تأثيرا في حياة الأفراد، بحيث تكسبه مكانته من خلال وجوده بداخلها، وتظهر أهميتها من الناحية التربوية والعاطفية.

وتعتبر الأسرة الأساس الأول الذي يقوم عليه بناء أي مجتمع لأنها البيئة الأولى التي تحتضن الطفل منذ ولادته وفي أحضانها ينمو ويكبر حتى يدرك شؤون الحياة حيث لا يمكن لمؤسسة أخرى أن تأخذ مكانة الأسرة.

ومما لا شك فيه إن الأسرة العربية عامة والأسرة الجزائرية خاصة تأثرت هي الأخرى بفعل التطور الصناعي والتكنولوجي، وبالتالي تأثرت مكانة المرأة فيها وهذا ما نحاول عرضه في هذا الفصل.

**3-1- تعريف الأسرة**

حظي مفهوم الأسرة إهتماما كبيرا من طرف الباحثين والمهتمين بهذا الميدان، إلا أنهم اختلفوا في تعريفهم لها حسب أسسها ونمطها لكن أغلبهم اتفقوا على أربع معايير أساسية وهي :

- الرابطة الاجتماعية الشرعية و القانونية بين رجل و امرأة التي تتمثل في الزوجين .
- الرابطة البيولوجية و المتمثلة في الآباء و الأبناء .
- الرابطة المجالية و المتمثلة في مجال معيشي واحد و هو المنزل أو البيت .
- الرابطة الوظيفية و العضوية و التي تتمثل في وجود نوع من التعاون بين الأفراد المكونين لها و الإحساس و الشعور المشترك بينهم في أحوال الدنيا .

إن هذه المعايير نسبية لتحديد مفهوم الأسرة فقد توجد أسر بدون علاقة دموية، بيولوجية مثلما تتمثل في حالة التبني في بعض المجتمعات كما أن العلاقة الشرعية بين الزوجين يمكن أن تختلف من مجتمع لآخر. (بومخلوف وآخرون، 2008، ص. 19). لذلك تبقى هذه المعايير نسبية.

فالأسرة بطبيعة الحال هي الوحدة الاجتماعية الأولى أو بالأحرى أول وسط طبيعي واجتماعي للفرد إذا أنها تحافظ على النوع الإنساني، وتقوم عادة على المقترضات التي يرتضيها العقل الجمعي والقواعد التي تقرها الجماعات المختلفة. (بدوي، 1978، ص. 382)

بعبارة أخرى، الأسرة هي تلك الجماعة التي يحمل أفرادها رابطة القرابة إلى جانب أنها نتاج اجتماعي يعكس صورة المجتمع الذي تظهر فيه، بحيث إذا كان هذا المجتمع يتميز بالثبات امتازت هي الأخرى بذلك، أما إذا كانت هي في مجتمع متغير تتماشى وفق نمط هذا التغير و ظروفه. (الجوهري، 1983، ص. 106). ومن المنظور السوسولوجي، فان السوسولوجي " دور كايم " المضاف لعلم الاجتماع عبارة عن مفهوم جديد عرف الأسرة على انها مؤسسة اجتماعية، وهي مجتمع منظم يربط أعضائه فيما بينهم بالقانون والأخلاق.

من أبرز التعريفات التي تداولت كثيرا نجد ذلك التعريف الذي جاء به جون لوك:

"أن الأسرة هي مجموعة من الأشخاص مرتبطين عن طريق الزواج أو الدم أو التبني مكونين حياة معيشية مستقلة ومتفاعلة متفاسمين عبا الحياة وينعمون بعطائها. يسكنون معا بصورة دائمة في بيت واحد و بينهم تفاعلات مستمرة نتيجة لقيامهم بأدوار اجتماعية معينة و الخاصة بكل واحد منهم كزوج و زوجة و أم و أب و ابن و ابنة و أخ و أخت، و يكونون تحت ظل سيادة ثقافة مشتركة يحافظون عليها و من هنا تكون لهم حضارة". (الشاعر واخرون، 2000، ص. 134).

**3-2- مفهوم الأسرة في الإسلام**

إن كلمة الأسرة لا تقتصر فقط على مفهومها اللغوي المشتق من الأسرة والقيد فقط، فبوجهة نظرة الإسلام هي حتمية نفسية لذلك قد تم إطلاق كلمة الأهل لتدل عليها. عندما يقال الراحة النفسية و السكينة و الرضى فإنها تعرف الأهل المشتق من الفعل أهل على وزن رضي بمعنى أنس أي هدأ و اطمأن ، و بالتالي فهي

أمور لا يمكن تحقيقها بالترجي و التمني إنما تأتي وفق مجهودات مبذولة و مسؤوليات واقعة على عاتق الرجل ، فليس كل رجل قادر على أن يكون زوجا أو رب أسرة، فالزواج يتطلب مؤهلات جسدية ومادية ونفسية وعقلية وخلقية لا يقدر عليها كل شخص، فبهذا تجد أن الإسلام قد غير مسار مفهوم الأسرة فجعله مسؤولية على الإنسان يقبل عليها رضا وطواعية باحثا عن الراحة والسكينة والطمأنينة. (سيد منصور، الشربيني، 2000، ص28).

### 3-3- أنواع الأسرة

لقد تم تعريف الأسرة من مجتمع إلى آخر ومن فترة زمنية لأخرى من حيث نوعها وبنيتها وأحجامها، من أنواع الأسر التي يمكن عرضها نجد:

#### 3-3-1- الأسرة النووية

يمكن تسميتها بالأسرة الزوجية أو بالأحرى الأسرة البسيطة، والتي تعرف بصغر وحدتها القرابية في المجتمع؛ تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين يجمعهم بيت واحد والتزامات متبادلة اقتصادية، اجتماعية وقانونية. فهي من أشهر الأسر في المجتمع الحديث من حيث النمط المميز بالرغم من بعض الاختلافات كالحجم ومكانتها من فترة زمنية لأخرى، أو مستواها الاجتماعي إلا أنها ظاهرة عالمية أساسية.

#### 3-3-2- الأسرة الممتدة

وهي أسرة متكونة من عدة أجيال؛ فهي عبارة عن الأب والأم وأولادهما غير المتزوجين والمتزوجين مع زوجاتهم وأطفالهم، تمتد في كثير من الأحيان لتضم أخت الأب الأرملة أو العازبة. أبويه ويعيشون جميعا في مسكن واحد تحت رئاسة رب العائلة الذي يتصرف في شؤونه العامة والخاصة، حيث تتشكل داخل هذه الأسرة وحدة اقتصادية تسيطر على الملكية وعلى الوظائف والأعمال الاقتصادية التي يقوم بها أفرادها الذين يعيشون نفس الظروف الاجتماعية والاقتصادية. وبالتالي يعد هذا الشكل من الأسر الأكثر شيوعا في معظم المجتمعات في الماضي.

#### 3-3-3- الأسرة التعددية

هي تلك الأسرة المتكونة من أسرتين صغيرتين أو أكثر مرتبطة فيما بينها وذلك عن طريق الزيجات الجمعية أو بمعنى آخر زواج الرجل أكثر من امرأة في وقت واحد. قد نجد هذا النوع من الأسرة في المجتمعات التي تتيح للرجل بتعدد الزوجات كالأقطار العربية والبلدان الإفريقية. (الأحمر، 2004، ص. 19).

#### 3-3-4- الأسرة المعيشية

تعرف على أنها مجموعة من الأشخاص يجمعهم سقف واحد، يسيرهم شخص واحد ويتولى مسؤولية الجميع بكونه الرئيس. حيث يقومون في بعض الأحيان بتحضير أهم الوجبات وتناولها معا، أغليبيتهم تكون بينهم رابطة الدم أو الزواج.

تم تصنيف المعيشية إلى 12 صنفا منها:

- 1- أسرة معيشية عادية متكونة من شخص واحد بمفرده.
  - 2- أسرة معيشية عادية متكونة من شخصين أو أكثر بدون وجود رابطة زواجه.
  - 3- أسرة معيشية عادية متكونة من الزوجين والابناء.
  - 4- أسرة معيشية عادية متكونة من الزوجين دون أبناء.
  - 5- أسرة معيشية عادية متكونة من أم بمفردها وأبنائها أو أب بمفرده وأبنائه.
  - 6- أسرة معيشية عادية متكونة من زوجين وأبنائهما وأشخاص آخرين إضافيين.
  - 7- أسرة معيشية عادية متكونة من زوجين دون أبناء وأشخاص إضافيين.
  - 8- أسرة معيشية عادية متكونة من أم بمفردها وأبنائها أو أب بمفرد هو أبنائه وأشخاص آخرين إضافيين.
  - 9- أسرة معيشية عادية متكونة من أسرتين من النمط: أم بمفردها وأبنائها أو أب بمفرده وأبنائه، سواء وجد أم لم يوجد أشخاص إضافيين.
  - 10- أسرة معيشية عادية متكونة من أسرتين من النمط: الزوجين وأبنائهم أو من أسرتين من النمط: أم وأبنائها أو أب وأبنائه، سواء وجد أم لم يوجد أشخاص آخرين إضافيين.
  - 11- أسرة معيشية متكونة من أسرتين إحداهما من النمط: الزوجين وأبنائهما والأخرى من النمط: الزوجين دون أبناء، سواء وجد أم لم يوجد أشخاص آخرين.
  - 12- أسرة معيشية متكونة من أسرتين إحداهما من النمط: الزوجين وأبنائهم. والأخرى من النمط: الزوجين دون أبناء، سواء وجد أم لم يوجد أشخاص آخرين إضافيين.
- (CENEAP<sup>19</sup>, 2010, p.39)

### 4-3- وظائف الاسرة

حظيت الأسرة ومنذ القدم حماية واحتراما ملحوظا لدورها وأهميتها داخل المجتمع، كما تم تخصيص نصوصا قانونية لها من قبل التشريعات المحلية والدولية لتنظيمها وتحميها من أي شكل من أشكال المخاطر التي يمكن أن تمس كيانها ووحدتها وأمنها. وللأسرة عدة وظائف يمكن عدها فيما يلي:

### 1-4-3 الوظيفة البيولوجية

يشمل دور هذه الوظيفة في التناسل والمحافظة على النوع من الانقراض وذلك عن طريق الأسرة التي تعمل على استمرارية النوع الإنساني في الوجود وحمايته من الاختفاء من خلال علاقات جنسية يقرها المجتمع.

<sup>19</sup> CENEAP : Centre National d'Etude et d'Analyse pour la Population et le Développement

**3-4-2- الوظيفة الاقتصادية**

تعتمد الوظيفة الاقتصادية على بناء الأسرة وتربية الأطفال ولقد لازمتها هذه الوظيفة منذ نشأتها في جميع العصور.

إن مع التطور الصناعي الذي شهدته المجتمعات فقدت الأسرة وظيفتها الاقتصادية ففي الماضي اكتفت الأسرة بذاتها كونها تقوم باستهلاك ما تستنتجه دون الاحتياج للبنوك والمصانع أو المتاجر، فلقد عملت على أن تكفي نفسها بنفسها، ولا تستهلك إلا يقدر إنتاجها، عكس اليوم تحولت هذه الوظيفة إلى وحدة استهلاكية خالصة بدرجة كبيرة بعد توفيرها بمنظمات جديدة من طرف المجتمع حيث تقوم بعمليات الإنتاج الآلي تهئ السلع والخدمات بأسعار أقل نسبيا.

**3-4-3- الوظيفة الاجتماعية**

يتمثل دور الأسرة في نقل ثقافة المجتمع إلى أفرادها للتعرف على معتقداته السائدة فيه وعلى كل من أنماطه المقبولة والمرفوضة داخله، كما تبين له العادات والتقاليد الجوب عليه احترامها وعدم تجاوزها ويلتزم بمعاييرها وقيمه لكي يتبناها وتحدد سلوكه. أو بمعنى آخر ما يسمى بالتنشئة الاجتماعية؛ وهي عبارة عن تحويل الوليد البشري من كائن حي بيولوجي إلى كائن اجتماعي بواسطة الأسرة كونها المسؤول الوحيد والأساسي عن هذا التحويل.

**3-4-4- الوظيفة النفسية**

إن تماسك وتضامن الأسرة فيما بينها يسمح للطفل بإقامة روابط وثيقة من العلاقات الشخصية المتبادلة، فهو يلعب دورا هاما في نمو صحته النفسية أو للفرد بشكل عام حيث تشبع حاجاته النفسية المتمثلة في الحب والعطف والحنان.

**3-4-5- وظيفة الحماية**

تعتبر وظيفة الحماية من أهم وظائف الأسرة بحيث تقوم بحماية أفرادها من الكبير إلى الصغير. فالأب لا يمنح لأسرته الحماية الجسمانية فقط، وإنما أيضا يمنحهم الحماية النفسية والاقتصادية.

(الخولي، 2002، ص. 58).

**3-4-6- الوظيفة الدينية**

بالنسبة لهذه الوظيفة فإن الأسرة هي المحددة لقواعد الدين والفاصلة لأحكامه، وتقوم أيضا بوضع الأسس الأولى للعاطفة الدينية عند الصغار لطبعهم بطابع ديني معين سواء كان متحررا أو متزمتا وذلك بتعليم الفرد لقواعد الدين وشعائره.. (تركي، 1990، ص. 147).

## 3-5- خصائص الأسرة

ترجع أهم مقومات الأسرة وخصائصها بصفة عامة إلى الاعتبارات الآتية:

- تعتبر الأسرة أول خلية مكونة للبناء الاجتماعي وأكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشاراً، فهي أساس الاستقرار في الحياة الاجتماعية إذ لا يمكننا أن نتصور حالة إنسانية غير منظمة في الأسر.

- تقوم الأسرة على أوضاع ومصطلحات يقرها المجتمع، فهي ليست عملاً فردياً أو إرادياً ولكنها من عمل المجتمع وثمره من ثمرات الحياة الاجتماعية، فهي تقوم على مصطلحات المجتمع، فمثلاً المجتمع هو المحدد للزواج ومحور القرابة في الأسرة كل هذه الأمور كما يرسم اتجاهاتها للأفراد، والخارج عن ذلك يقابله المجتمع بقوة وعنف ويفرض عليه عقوبات.

- تعد الأسرة الإطار العام الذي يحد تصرفات أفرادها فهي التي تشكل حياتهم وتضفي عليهم خصائصها وطبيعتها فالقائمة على الأسس الدينية تشكلت حياة أفرادها على الطابع الديني، أما إذا كانت مبنية على اعتبارات قانونية فحياة أفرادها تشكلت بالطابع التقديري والتعاقدية، فهي منبت العادات والعرف والتقاليد وقواعد السلوك والآداب العامة وهي دعامة الدين والوصية على طقوسه ووصاياه، كما يعود لها الفضل في القيام بأهم وظيفة اجتماعية وهي التنشئة الاجتماعية لأن الطفل لا بد أن يربى على أن يكون كائناً اجتماعياً فهي المعلم الأول الذي يقوم بعملية الترويض الاجتماعي. (الخشاب، 1985، ص. 45).

- الأسرة بوصفها نظاماً اجتماعياً يؤثر فيما عداه من النظم الاجتماعية وتتأثر بها، فإذا كان النظام الأسري في مجتمع ما منحلًا وفساداً، فإنه ينعكس على وضعه السياسي وإنتاجه الاقتصادي ومعايير الأخلاقية، و منه إذا كان النظام الاقتصادي والسياسي فاسداً فإنه يؤثر سلباً في مستوى معيشة الأسرة وفي خلقها القومي وفي تماسكها.

- تعتبر الأسرة وحدة اقتصادية، عند الرجوع لتاريخها ففي القدم كانت قائم في العصور القديمة بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها، كما قامت بكل مظاهر النشاط الاقتصادي، حيث كان كل إنتاج أفراد الأسرة رهن استهلاكها، وتم تعزيز رابطة القرابة والتعاون والمعيشة المشتركة في الإنتاج، فعندما اتسع نطاق الأسرة أصبح معظم الإنتاج العائلي من خصائص المرأة، ومساهمة الرجل بالأعمال الإنتاجية خارج الأسرة.

- الأسرة وحدة إحصائية، أي يمكن أن تتخذ أساس لإجراء الإحصائيات المتعلقة بعدد السكان ومستوى المعيشة وظواهر الحياة والموت وما إليها من الأغراض العلمية ومطالب الإصلاح الاجتماعي فيمكن أيضاً أن تتخذ الأسرة عينة للدراسة والبحث وعمل التجارب والمتوسطات الإحصائية وذلك للوقوف على طبيعة المشاكل الأسرية ورسم الخطط المثمرة للقضاء عليها. (القصاص، 2008، ص. 30).

**3-6-6- مميزات الأسرة العربية**

من خلال الأبحاث والدراسات التي أجريت حول الأسرة العربية، وجد أنها متميزة ب:

**3-6-1- الأسرة العربية أسرة ممتدة**

هي عبارة عن مجموعة من الأفراد المتمثلين في الزوج والزوجة وأبنائهم سواء كانوا متزوجين أو غير ذلك، وقد تشمل بعض الأقارب كالجد والجدة والأخ المتزوج وأبنائه، والأخت الأرملة أو المطلقة وأبنائها وغيرهم. حيث تمتد شبكة العلاقات الاجتماعية هذه لتشمل ترابط المصالح بين الأقرباء وما يرفقه من احترام وولاءات فعدم التقيد بها يعتبر خروجاً عن الأسرة. ان اتجاه الأسرة العربية نحو نمط الأسرة النووية سواء في الريف أو في الحضر، لا يعني ابتعادها الكلي عن الوحدات القرابية الأخرى، حيث أن الأسرة لازالت تحافظ على علاقاتها بأصدقائها وأقربائها وخاصة في الأزمات والمناسبات الدينية والاجتماعية كالزواج والوفاة والمرض. (بركات، 1986، ص. 193).

**3-6-2- الأسرة العربية أسرة أبوية**

يحتل الأب فيها مركز النفوذ والسلطة وعلى جميع أفراد الأسرة طاعته واحترامه وعدم مناقشته فيما لا يرضاه، والنسب فيها يكون له، كما أنه مسؤول عن جميع الأفراد كونه يتولى دور المنتج والمالك لهذه الأسرة. وقد أعطي الأب في الأسرة العربية التقليدية مكانة عالية جداً؛ إذا أنه يحتل قمة هرم السلطة، والجميع يهابه ويرغب رضاه؛ فهو يستحق هذه المكانة باسم خير الأسرة ومصحتها؛ فباسم التقاليد الموروثة التي تعطيها هذه الحقوق، وباسم كونه المعيل الذي اكتسب معرفة وخبرة بحكم سنه وكفاحه في معترك الحياة خارج المنزل. (نفس المرجع، ص. 180).

**3-6-3- الأسرة العربية أسرة متضامنة متماسكة**

هي وحدة دفاعية عن الفرد والمجموع في مواجهة الفرد والمجموع الآخر وليست فقط وحدة عضوية اقتصادية وسكنية وقرابية، ومن ناحية أخرى هي وحدة تكافل نفسي واجتماعي، تضمن لأفرادها الأمان في مقابل تفانيهم من أجل هذه الأسرة وذوبانهم فيها.

يتبين أثر التماسك والترابط الاجتماعي داخل الأسرة العربية أكثر ما يظهر في زواج القربى، وخاصة أبناء العمومة والخلولة، فزواج بنت العم والأكثر شيوعاً والمفضل في الأسرة العربية.

**3-6-4- الأسرة العربية أسرة تقليدية محافظة**

تعد القيم والأعراف والعادات والطقوس الدينية المتوارثة مركز اهتمامها، كما تؤكد على أولوية الانتماء للأسرة وعلى اعتبارات الاستقرار والسمعة والشرف. (ناصر، ابراهيم، 1995، ص. ص. 74-76).

**3-7- مميزات الأسرة الجزائرية**

تتجلى الأسرة الجزائرية بمجموعة من الخصائص بالرغم من أن البعض منها بدا يتلاشى إلا أنها لا زالت ومن هذه الخصائص أنها تحافظ على أهمها:

- أبوية الانتساب والسلطة حيث يتأسس الأب القائم الأول على سلطة الأسرة، فهو المعطي للقرارات والحكم وكل الأفراد خاضعون لذلك حتى لو أن هذا الدور بدا يحتل من طرف المرأة بسبب تعليمها وعملها ومشاركة الزوجة في اتخاذ القرارات خاصة في الأسرة الزوجية. تظهر أفضلية الذكور للحفاظ على النسب بالإضافة إلى تفصيل زواج الأقارب للنسب الممتد للأب الذي يعرف بدوره تراجعاً كبيراً بسبب زيادة الوعي الثقافي وانتشار وسائل الاتصال وظهور الحريات الشخصية في اختيار الشريك.

- تعتبر وحدة اجتماعية؛ لتمييز الأسرة الجزائرية بالتكافل الاجتماعي والاقتصادي تضمن التواصل بين أجيالنا لاحتكاكهم المتواصل مع بعضهم البعض كما لوحظ أن العلاقات الأسرية أضحت تشمل غالباً أقارب الزوج والزوجة المقربين فقط، ورغم أن الدولة أصبحت تتكفل ببعض هذه الوظائف كالرعاية الصحية والتأمين وغيرها إلا أن التضامن والتعاون لازالاً من سماتها يتجلى ذلك مثلاً في الأفراح والأحزان. و" رغم الضغوطات التي يفرضها التحضر السريع لازال المجتمع الجزائري يحافظ على عنصر هام في تنظيمه يعتمد على علاقات التضامن داخل الأسرة (Guetta .1991, p.580) «.

- النووية سببت الهجرة وارتفاع الاستقلالية المادية والمستوى التعليمي اتجاه الأسرة الجزائرية بشكل كبير نحو النماذج النووي أما النموذج الممتد فبقي قائماً بشكل آخر فقد أسفرت نتائج بحوث محلية، خاصة تلك التي تناولت أسلوب الأسرة النووية وعلاقتها بالشبكة القرابية. على إن انتشار الأسرة الزوجية في المجتمع وانفصالها المجالي والاقتصادي لا يعني بذلك انفجار المؤسسة القرابية أو عزلة هذه الأسر عن أقاربها حيث أن التواصل ونسق التضامن لا يزال مستمراً.

**3-7-1 مميزات الأسرة الجزائرية التقليدية**

قبل البدء في تحديد خصائص العائلة بصفة عامة والعائلة الجزائرية التقليدية بصفة خاصة بالبداية تمت الإشارة على أن المثال العائلي التقليدي عرف في مختلف مناطق المجتمع الجزائري، بما فيه الريفية والحضرية وهذا قبل الاستقلال.

أما بعد الاستقلال لوحظ استمرارية وجود وتمركز وكثرة هذا النموذج في المناطق الريفية منه عن المناطق الحضرية نظراً للتغيرات والتحويلات العديدة التي طرأت عليها جراء عمليتي التحضر والتصنيع التي شهدتها المجتمع والتي أثرت في بنية العائلة القاطنة بها وكذلك في وظائفها. وكما هو معروف، تتميز العائلة التقليدية بكونها عائلة ممتدة أبوية يعتمد أصلها ووجودها على مبدأ الانحدار الأبوي، الزواج الداخلي، السكن المشترك في بيت الزوج الأصلي كما يربط أعضاؤها علاقات إجتماعية متماسكة إضافة إلى الروابط الدموية والأخلاقية في مختلف مجالات الحياة الاجتماعية.

كما أن هذه العائلة تعتبر بمثابة وحدة متعددة الوظائف تلبي حاجاتها و متطلباتها بنفسها و مسؤولة عن تسدية الحاجات الدينية و الروحانية لأفرادها و الإشراف على تربيتهم و تثقيفهم عن طريق التنشئة الاجتماعية، علما بأن رب العائلة هو الذي يتكفل بشؤونها و يدير ملكياتها و أعمالها الاقتصادية، يساعده في ذلك أعضاء عائلته بما فيهم الزوجة و الأولاد والأقارب فإذا كان العمل الخارجي من اختصاص الرجال في هذا النموذج العائلي فإن العمل الداخلي المنزلي من اختصاص النساء الماكثات بالبيت. (وتتوشت، 1984، ص. 40).

فالأسرة التقليدية تمتاز بأنها:

- تشكيل وحدة اقتصادية متعاونة .
- قائمة أساسا على رابطة الدم أكثر من رابطة الزواج أو المصاهرة.
- انتشارها الكثير في المجتمعات التقليدية والشعبية والريفية.
- تعمها علاقات اجتماعية تراتبية، تمتع الأب الأكبر بسلطات واسعة على جميع أفرادها.

### 3-7-1-1- مكانة المرأة في الأسرة التقليدية

الأم هي قبل كل شيء الوالدة، تلك التي أعطت أبناء لخلف زوجها حيث تقوم بإبراز وضعيتها وفرض احترامها في العائلة عن طريق إنتاجها الديمغرافي، فهي تفني حياتها في تربية أولادها و تزويجهم و تقضي عمرها في خدمة صالح العائلة الأبوية ، فكلما أعطت عدد أكبر من الأبناء الذكور كلما زاد ترقية وضعها في عائلة زوجها ، لتجني بعد عنائها جزء من سلطة الأب و تنال احترام الجميع ف بذلك تجني ثمار جهودها بحيث يصبح لديها جزء من سلطة الأب و تنال احترام الجميع و بالتالي يكبر دورها و تصبح كلمتها مسموعة و تتخذ بعض القرارات العائلية. (Mercadet ,1983,p.13)

### 3-7-2- مميزات الاسرة الجزائرية الحديثة

لقد عاش المجتمع الجزائري بعد الاستقلال عملية تنموية واسعة مما أدت إلى إحداث تغييرات جذرية في المجتمع من الناحية الاقتصادية هذا ما ساهم مباشرة في إعداد مؤسساته الاجتماعية و بصورة أخص مؤسسة الأسرة نظامها القرابي و الزوجي والذي أدى إلى تغير طبيعة حياتها بشكل واضح سواء من الناحية الاجتماعية و المجالية .

طرأت على العائلة الجزائرية عدة تغييرات متنوعة على المستوى التنظيمي الداخلي في إطار التغييرات الناتجة عن الحراك الجغرافي و الاجتماعي الذي سابر فعل التحضر والتصنيع مما أدت بها إلى فقدان صفاتها التقليدية البنائية منها و الوظائفية، بالتالي ظهور صفات و مزايا جديدة أعطت شكل جديد من العائلة يتماشى مع العصر الحديث بكل مستجداته الحضرية .

فمن ناحية البناء الاجتماعي، لوحظ اتجاه العائلة الجزائرية الحديثة نحو الشكل الزوجي الصغير أو كما يطلق عليه "الأسرة النووية" عرفت هذه الأخيرة بصغر حجمها، تتمثل في الزوج و الزوجة والأبناء غير المتزوجين كما أنها أسرة بسيطة تدير شؤونها بنفسها و تبحث عن الاستقلالية و الانفراد في مسكنها .

في هذا المثال الأسري تتشارك الزوجة وزوجها من خلال التحاقها بعمل خارجي معين وذلك لتتمكن من إعانة شريك حياتها في الميزانية الأسرية ودعمه في تلبية المتطلبات وإشباع الحاجيات اليومية و بالتالي تخفيف أعباء المسؤولية عليه بتقاسمها معه، أما بالنسبة للأبناء فهم في الغالب يدرسون بالأخص الصغار بينما الكبار منهم من يعمل ومنهم من يلتحق بتكوين عندما لا يسعفهم الحظ في مواصلة الدراسة بسبب الفشل أو قلة الإمكانيات المادية لديهم .

لكن بالرغم من ذلك لازلت توجد الى جانب هذه الأسرة النووية بعض العائلات التي مازالت تعيش في جماعات متكونة من إخوة متزوجين و زوجاتهم وأبنائهم الصغار و كذلك الأب والأم تطبعها خصائص و مميزات ومبادئ ثقافة الحياة الحضرية .

فالعائلة الجزائرية الحالية هي عائلة ضيقة، و عدد الزيجات التي تعيش في نفس المنزل إنخفض إلى واحد أو اثنين و في النادر ثلاثة زيجات، و هي في الغالب تقطن معا في نفس المنزل يعود هذا إلى أزمة السكن التي لا تسمح لها بالحصول على بيوت منفصلة .

إن هذا التغير الذي مس مؤسسة الأسرة في مجتمعنا يرجع كما أسلفنا الذكر إلى تأثر العائلة الجزائرية التقليدية بعوامل التحضر والتصنيع و خاصة النتائج المترتبة عن ذلك كظهور المدن الصناعية و الهجرة نحوها مما أدى إلى تقلص حجمها و وظائفها كما ضعفت شبكة علاقاتها الاجتماعية. (وتنوشة، 1984، ص. 37)

وبالتالي الأسرة الحديثة تمتاز بأنها:

- تميزها باستقلالها الاقتصادي.

- تسودها رابطة الزواج والمصاهرة أكثر من رابطة الدم.

- كثرة انتشارها في المجتمعات الحديثة الحضرية والصناعية.

- تسودها علاقات اجتماعية ديموقراطية.

### 3-7-2-1- مكانة المرأة في الأسرة الحديثة

طرأت على بنية العائلة التقليدية تغيرات كتحولها من الأسرة المركبة إلى أسرة نووية والتحضر كذلك، مما أثرت على مكانة المرأة والتي نلخصها فيما يلي:

- استقلال البيت والعيش في شقة بعيد عن أهل الزوج، حيث تبتعد المرأة عن قوة العادات والتقاليد وتأثيرهما عليها باستمرار.

- تحسين التوازن العاطفي بين المرأة والزوج، وجعلها علاقة تتميز بتساوي أكبر.

- انفجار إطار الحياة المنزلية وتحوله إلى إطار حياة خارجية عن البيت بواسطة العمل المأجور وتحمل المسؤولية.

يمكننا القول إن المرأة الجزائرية استطاعت أن تتكيف مع المجتمع ككل، اندماج إيجابي و ضروري ودخلت مختلف القطاعات والميادين الاجتماعية لحياة الأمة. (قير، 2002، ص. 253).

**3-8-1- أشكال الأسرة الجزائرية****3-8-1-1- الأسرة البدوية**

وهي أسرة أبوية المتكونة من مجموعة من العائلات أو مجموعة من الأسر النووية تعيش في الصحاري وعلى أطراف المدن الصحراوية تعرف بكثرة عددها، تعتمد في حياتها على الترحال. وقد تعتبر الخيمة الواحدة أسرة نووية إذ يصل عدد الخيم إلى ثلاثين أو أكثر مكونة عشيرة ترحل معا. ففي الأغلب تضم ثلاثة أجيال: الأجداد، الآباء، وإذا طال عمر رب الأسرة فقد تمتد إلى أربعة أجيال، والملكية جماعية والسلطة للأكبر سنا، وتقوم هذه الأسرة بجميع وظائفها. (الاشرم، 1976، ص. 50).

أي أنها امتداد للسلطة البطريقيين للأسرة الأبوية. وقانونها هو العرف، حيث تجد الدولة صعوبة في منافسة هذه الأسرة في أداء وظائفها، كما تتصف أيضا يكبر حجمها وبكثرة إنجاب الأبناء لاسيما الذكور إذ أنهم بمثابة ثروة وامتعة وفخرا للأسرة البدوية والسيادة للذكر، وما على المرأة إلا الطاعة.

**3-8-1-2- الأسرة الريفية**

أو بالأحرى تطور الأسرة البدوية، أي استقرار هذه الأخيرة في القرى والأرياف وممارسة النشاط الزراعي وارتباطها بالأرض المعينة، ونشأة الأسرة الريفية فهي أقل عددا من البدوية ودخلها أكثر نسبيا، بعد زوال العشيرة حلت محلها عائلة الأسرة الممتدة، وقل نفوذ الابن الأكبر فلا يرث سلطة الجد ويطالب الإخوة بالميراث، كما يطالب البنات به أيضا إذا كان الزوج غريبا عن الأسرة ورغم انخفاض حجم الأسرة الريفية عن البدوية إلا أنها كثيرة العدد لتكونها من عدة أسر، فقد يصل عددهم إلى أربعين فردا. (السويدي، 1984، ص. 89).

ففي هذه الأسرة لا توجد سلطة الأب المطلقة والعرف بل الاعتراف بحق المرأة في الميراث، ومنافسة الدولة للأسرة في وظائف التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعي، التوظيف والاقتصاد حيث تتقاسم السلطة بين الإخوة من جهة وبين الرجل والمرأة من جهة أخرى، فالسيادة للأكبر، وللرجل على المرأة، فالأسرة تتصف بالحجم الكبير والسعي إلى تكثيف الإنجاب لأن العمل الزراعي والسيادة وحب الظهور يطلبهم، ولا سيما الذكور، فبهم يتحقق ذلك.

**3-8-1-3- الأسرة الحضرية**

أو بالأحرى أسرة حديثة بالجزائر، لأن التحضر في الجزائر كان مقصورا على الأوربيين في العهد الاستعماري:

في سنة 1886، قدرت نسبة سكان الحضر الجزائريين بـ 8% ، ثم صعدت إلى 16.4% سنة 1946 م ثم بلغت 27% سنة 1954 م، لترتفع بسرعة إلى أكثر من 30% سنة 1965 م. هذا التطور السريع يبرهن بالنمو السريع للسكان كما يفسر بنزوح سكان الريف نحو المدن، بالأخص إذا علمنا أن نسبة التحضر بلغت 41% سنة 1977 م. (نفس المرجع، ص. 68).

والأسرة الحضرية أقل عددا من الأسرة الريفية وأقلها حجما، فهذا لا يعني أن الأسرة الحضرية حجمها صغير أو أنها نووية كلها فالأسرة الحضرية الجزائرية مسلمة توقر الكبار. ويتطلب الأمر أن يعيش الجدان معها، كما أن ارتفاع المستوى الصحي ساهم في قلة الوفيات مع كثرة الإنجاب مما أدى إلى كبر حجمها، والسيادة في هذه الأسرة تكاد تكون منقسمة بين الرجل والمرأة ولا سيما بعد خروج المرأة إلى ساحة العمل وتعلمها ومشاركتها في ميزانية الأسرة، وزيادة وعيها بحقوق النساء ومطالبهن. والدولة سلبت كثيرا من وظائفها فلم يبق لها إلا وظيفة التناسل والتربية في المراحل الأولى للطفل، فقد اجتاحتها رياح التحضر والعصرنة.

### 3-9- تطور الأسرة الجزائرية

عرفت الأسرة على أنها صورة مصغرة للمجتمع الكبير، إذ نجد أن الأسرة تسودها العلاقات السائدة في المجتمع، والتغيرات التي تحدث فيها لا يمكن تمييزها أو فصلها عن التغيرات التي تحدث في المجتمع. فإمكانية معرفة وتطور الأسرة الجزائرية يكون إلا بمعرفة التحولات والتغيرات التي تطرأ في المجتمع الجزائري.

"فقد كان المجتمع الجزائري قبل الاستعمار عبارة عن مجموعة من القبائل والعشائر و على رأس كل قبيلة وعشيرة شيخا له مرتبة خاصة" فهو بمثابة القائد الروحي للقبيلة و المسير لكل الأمور كما هو المسؤول عن توزيع الأدوار و الوظائف و حماية أعضاء القبيلة و فك النزاعات، و تنظيم كل شؤون القبيلة، حيث كان يعيش في شكل جماعات اجتماعية قائمة على القرابة الأبوية كرابطة طبيعية بالإضافة إلى كون المجتمع الجزائري مجتمع مسلم فمن خلال السلوكيات و العلاقات القرابية للأفراد تجلت تعاليم هذا الدين الحنيف في تقاليد الأسرة الجزائرية .

فبدخول الاستعمار الفرنسي إلى المجتمع الجزائري حدثت العديد من التغيرات الاجتماعية المختلفة، فقد عمل على ضرب ثوابت الأمة الجزائرية، وتفكيك نظام القبائل بالاستلاء على الأراضي الجزائرية كونها مصدر رزقهم ووحدة النظام الاجتماعي وذلك للقضاء على الجزائري من العلاقات القرابية، روح الجماعة والعلاقات المدعمة بالملكية الجماعية وتحرير الفلاح التي تنسجها القبيلة. مما أدى إلى زوال الملكية الجماعية و ظهور الملكية الفردية التي أخذت محلها و انتقال السلطة من حكم شيخي إلى نظام أبوي ، و منه انتقال المجتمع الجزائري من النظام العشائري إلى النظام العائلي في شكله الممتد حيث نجد العائلة الجزائرية مكونة من مجموعة أسر تعيش في مكان مشترك " يحتل الأب فيه "مكانة مادية و روحية قد لا تطالها أي سلطة أخرى فهو يحرص على تماسك الأسرة" و يؤدي واجباته اتجاه زوجته و أولاده ، الجميع يعيش تحت مسؤوليته كونه صاحب القرار و الملكية فيما يتعلق بأمور الأسرة ، و الكافل لأبنائه المتزوجين و غير المتزوجين.

لكن عند ظهور الثورة التحم الجزائريون حول أهداف وطنية مشتركة مما أدى إلى تغير العائلة التقليدية الجزائرية بصفة خاصة، وكذا المجتمع الجزائري بصفة عامة. (عقون، 2002، ص. 128).

أما بعد الاستقلال ظهرت على المجتمع الجزائري معطيات جديدة كونه عاش تغييرا على جميع المستويات (اقتصاديا، ثقافيا، اجتماعيا...) مما مس البناء الأسري حيث تبدل شكل الأسرة الممتدة لما عرفته الأسرة الجزائرية من تحولات عديدة فقد أصبحت تتسم بدرجات متفاوتة حسب الأوضاع الحضرية للمجتمع وشيئا فشيئا فقدت الأسرة الجزائرية شكلها كأسرة ممتدة متجهة نحو شكل الأسرة النووية إلا أن هذا التغيير بقي بصورة نسبية طبقا لتقدم الأحوال العامة في المجتمع ككل.

مما جعل الأسرة الجزائرية تتحول من نموذج اجتماعي و اقتصادي استهلاكي قائم بالدرجة الأولى على علاقات القرابة و معتمد على الزراعة و الفلاحة و تربية الحيوانات إلى نموذج فردي يقوم على الاقتصاد الصناعي ، و العمل المأجور و الملكية الخاصة و الاستقلالية الفردية على جميع الأصعدة .أيضا ب بروز الأسرة الجزائرية المعاصرة تغيرت فيها أنماط التنشئة الاجتماعية و أضحت مؤسسات أخرى خارج نطاق الأسرة تقوم بجزء منها و تغيرت اتجاهات أفرادها نحو عدد كبير من القضايا التي تخص الأسرة بالأخص الزواج كما تغيرت الوظائف و المراكز و الأدوار .

خروج المرأة إلى ميدان العمل بالرغم من إيجابيته فإنه لا يخلو من السلبيات المثيرة أهمها "وقوف المرأة في وجه الرجل و التقليل من فرصته في الحصول على منصب عمل ما يؤدي الى ارتفاع نسبة البطالة إذ أنه في السابق اعتبر الأب العاطل عن العمل في الأسرة الممتدة كشخص عادي يعيش حياته دون عناء أما الأب في الأسرة النووية فهو رب العائلة و المسؤول الأول عن إعالة أفراد أسرته وبقاؤه عاطلا عن العمل يعتبر بمثابة مشكلة حقيقية داخل الأسرة ما يؤدي إلى انخفاض مستوى المعيشة و عدم القدرة على مسايرة التغيرات المختلفة ، كما قد يؤثر سلبا على كل أفراد الأسرة ،حيث يلجؤون إلى الكسب بطرق غير شرعية و ربما " تشملهم الانحرافات السلوكية و الانحلال الخلقي و تأخر سن الزواج " ناهيك عن الحالة النفسية المتوترة التي تفقدهم الشعور بالأمان و الاطمئنان ما يدفعهم للتصرف بعنف ،كما يظهر أثر سلبي آخر بخروج المرأة إلى العمل ألا و هو انشغالها به خارج المنزل و إيكال مهمة الأمومة لدور الحضانه أو الخادمت المتهاونات ففي أغلب الأحيان لا يقدمن الرعاية و التنشئة الاجتماعية السليمة و قد يكون هذا هو السبب الرئيسي في إفساد الأبناء فيما بعد و انحرافهم.

في كثير من الأحيان تفقد المرأة العاملة وظيفتها كأم فإن الأب فقد هيئته التي تمتع بها في الجيل القديم حيث صار يتقرب إلى أبنائه و يطلب ودهم عكس ما حدث في القدم كما هو الدافع الخاص المؤدي بالمرهقين و المراهقات إلى انحرافات سلوكية ناتجة عن أسباب نفسية كفقدان الحنان و الدعم الأسري ، إن كل ما سبق ذكره ناهيك عن اضمحلال الأسرة الممتدة التي كانت توفر الكثير من المصاريف .حيث وجب على الزوجين المستقلين توفير بيت أولا و إن توفر المسكن لا بد من كل الفواتير ( كهرباء ، غاز ، ماء .... الخ ) ، بدلا من الأم في الأسرة الممتدة يسكنون في مكان واحد و يسددون فاتورة واحدة إضافة إلى أثاث المنزل و النفقات اليومية مع قلة مناصب الشغل و انتشار البطالة و الآفات الاجتماعية ( الطلاق ، الإدمان ، جنوح الأحداث... الخ) كلها مؤشرات تنذر بانتشار واسع للفقر.

لذلك كان من واجب الدولة الجزائرية توجيه شبكة من برامج الدعم و المساعدة الخاصة بالأسرة كونها الخلية الأساسية في بناء النسيج الاجتماعي ، وتطورها هو مقدمة منطقية لتطوره خاصة الأسر الموجودة في المناطق المحرومة والتي تحتاج للدعم و المساعدة أكثر من غيرها ، ومن بين هذه السياسات التي اتبعتها الدولة الجزائرية في هذا الشأن إنشاء مؤسسات أو هياكل مشرفة على مجموعة من البرامج الموجهة للفئات المحرومة فمن بينها نجد وكالة التنمية الاجتماعية التي تشرف على تسيير مجموعة من البرامج هدفها تحسين الظروف المعيشية للأسرة الجزائرية من أجل دفع عجلة التنمية النهوض بالمجتمع الجزائري وسنتعرض في الفصل المقبل إلى مهام هذه الوكالة والبرامج التي تشرف عليها.

(وتتوشت، 1984، ص. ص. 176-181).

### 3-10- تطور العلاقات داخل الأسرة الجزائرية

ضمن جملة التغييرات والتطورات التي عرفتها الأسرة الجزائرية، عرفت العلاقة بين أفرادها تغييرا جذريا سواء أفقيا أو عموديا، بعد أن كان الاهتمام في الماضي منصبا على الكبار كالأب والجد والأم، أصبح الآن الأبناء عرضة لمجموعة من التيارات والمغريات والانحرافات مما جعلهم محض الاهتمام، وكيفية توفير الجو الأسري والاجتماعي والنفسي والاقتصادي المادي أيضا الملائم لرعاية أفضل لهم. فالأسرة الجزائرية الحديثة ولت أهمية بالغة لعملية الزواج واختيار الشريك الآخر وكذلك لعملية الإنجاب، حيث أصبحت تقدر مسؤولية إنجاب الأطفال وما قد ينجم عنه من مسؤوليات معنوية ومادية وصحية اجتماعية وتربوية تعليمية، قد يكون هذا والسبب الرئيسي في نقص حجم الأسرة الحديثة، خاصة وأن مطالب الحياة العصرية المتفاقمة جعلها تنفق وتكلف الكثير من المال والجهد والوقت لتربية أبنائها وتوفير فرص التعليم لديهم سواء للذكور أو الإناث والاعتناء بهم في كل المراحل العمرية التي يمرون بها بالأخص في مرحلة المراهقة المعروفة بالتوتر وعدم الاستقرار النفسي.

جعلت الأسرة الحديثة الأب يمارس سلطته بنوع من الديمقراطية معتمدا في ذلك على الحوار بين أفراد أسرته، بعد ما كان ذلك المتسلط الذي يهابه أبنائه ويخافه كل أفراد الأسرة، المتحكم في كل شؤون أسرته وحياتهم وليس على باقي أفراد الأسرة إلا الامتثال لأوامره وتنفيذ قراراته.

لا تختلف وضعية الأم عن وضعية الأب المتغيرة، حيث لم تعد تلك الأم البسيطة المنعزلة المقتصر دورها على تدبير شؤون المنزل وتربية الأبناء، بل أصبحت لها قيمة أكبر ومكانة ودور مميزين سواء من الناحية الاقتصادية كتسيير ميزانية البيت إن كانت مأكثة بالبيت أو كانت تعمل خارجه، أو من ناحية الإشراف على تعليم ومتابعة أولادها دراسيا، كما أن خروج المرأة للتعليم بعد الاستقلال مثلها مثل الرجل وتمتعها بمستوى ثقافي معين أتاحها لها المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بمصير الأسرة، حيث أصبحت العلاقة بينها وبين زوجها أكثر ديمقراطية من ذي قبل.

فقد خلفت هذه التغييرات التي الطارئة على كل من الأب والأم والعلاقة بينهما أثرا واضحا على الأبناء سواء من ناحية العلاقة بينهم وبين الوالدين أو بينهم وبين إخوانهم، فبعد رضوخ الأبناء في الأسرة التقليدية لسلطة

الأب والامتنال لأوامره، أصبحوا الآن متمتعين بنوع من الاستقلالية بحياتهم، ولديهم مستوى علمي وثقافي قد يفوق مستوى الوالدين، مما يتيح لهم بالنجاح في العمل الذي يمكنهم من مساعدة الأسرة اقتصاديا. كما أن الفتاة لم يعد دورها مقتصر فقط على مساعدة الأم في الأعمال المنزلية، بل أصبحت لها مكانتها ودورها في بيئة الأسرة الحديثة مثلها مثل الذكر لها حقوق وعليها واجبات، - ليس بنفس درجة الرجل طبعاً - فقد أصبح بإمكانهم المشاطرة في اتخاذ القرارات والاندماج في الميدان المهني والقيام بعمل مأجور والوصول إلى مكانة اجتماعية ومهنية مرموقة.

إن المجتمع الجزائري ومن خلال هذه التغيرات التي عرفها سواء من الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية انعكست على تركيبة الأسرة ووظائفها وأثرت على خصائصها ونظام حياتهم. (السويدي، 1990، ص. ص. 98-90).

### 11-3- مكانة الطفل في الأسرة الجزائرية

كان ولا يزال الطفل يحتل مكانة مرموقة داخل المجتمع الجزائري. وتم اقترانه بمصطلح زينة الحياة، الأمل الفرحة، الضمان والبهجة. اعتبرها من أحد العوامل المحفزة على الإنجاب دون التفكير في التأثيرات الناتجة عن تعدد الولادات في الأسرة الواحدة وحدوث مشاكل على صحة الأم من كثرة الإنجاب وصعوبات مادية ومعنوية. في وقت مضى اعتبر الطفل بمثابة تامين اجتماعي لفترة الشيخوخة عند الوالدين إذ يطمان في أن يمنحها طفلهما اقل عناية وضمن في بداية الشيخوخة.

وهذا يأمن أيضا استمرارية النسل وكذا الأسرة حيث كلما كثر عدد الأطفال كلما كانت هذه الاستمرارية أكيدة بنسبة أكبر. يستقبل الطفل الجزائري بكل فرح واهتمام ويسعى كلا الوالدين بكل اندفاع لتوفير أحسن الضمانات للنجاح في الحياة المهنية والاجتماعية لابنه وحتى لابنته فهذا ليس عن طريق تعلمهم فقط بل بالأخص تعليمهم أحسن تعليم ممكن وفي أصغر سن. (السويدي، 1990، ص. 105)

### 12-3- مكانة المرأة في الإسلام

يرفض الدين الاسلامي المساواة كونها من المبادئ المنافية للطبيعة والمخالفة التي تقتضي أصل الخلق، فقد كان الإسلام طبيعياً فطرياً حين ألزم مبدأ المساواة بين الناس، ولم يعترف بالترقية الظالمة بين الذكور والانثى في معنى الإنسانية المشترك وتلبية حق كل منهما في التمتع بمقتضيات حياته النوعية وخصائصه الطبيعية في ظل المساواة واحترام الكرامة المشتركة.

يقول الأستاذ العقاد في كتابه " المرأة في القرآن " : "إن الرجل والمرأة سواسية في كل شيء، وأن النساء لهن ما للرجال وعليهن ما عليهم بالمعروف ثم يمتاز الرجال بدرجة هي درجة القوام التي تتبين بتكوين الفطرة وتجارب التاريخ وليس في هذا الامتياز خروج عن شريعة المساواة حين تقتضي بين الحقوق والواجبات"، ومن هنا نلاحظ أن لكل زيادة في الحق زيادة في الواجب أي المساواة العادلة.

ففي بداية عهد الإسلام كان لوضع المرأة في حريتها في مشاركتها للرجل شأن ما لم تكن عليه من قبل، تعمل وفق تقاليد الصحراء وتعاليم القرآن وتوجيهات السنة وتشارك وتساهم في المناسبات العامة. (الخشاب، 1985، ص. 145)

فبفضل الإسلام يمكننا كشف اعتبار المرأة على أنها كائنا مستقلا وليست مجرد تابع للرجل كما أنه أضفى عليها من الحقوق والواجبات ما لم تحض به المرأة إلا في العصور الحديثة، لها حق التصرف فيما تملك بدون وساطة كما وثق لها الشرع الحق تولي الوصاية على القاصرين.

### 3-13- المرأة والعلاقات الأسرية في الجزائر

تتفاعل الأسرة فيما بينها كونها ذلك الميدان الخصب المؤدي إلى قيام شبكة من العلاقات بين المرأة و الزوج، الآباء و الأبناء، و الأبناء فيما بينهم، كما تضم أيضا العلاقات بين الأحفاد و الجدین، فهي علاقات مباشرة و مستمرة، تبنى على أساس الشعور الجماعي المتصفة " بالتماسك"، ذلك أنها تحتفظ بالكثير من ميزات الأسرة التقليدية كما رأينا سابقا، بالرغم من تأثرها بالأوضاع الجديدة، و المؤدية إلى تغيرات عديدة التي أصابت الأسرة الجزائرية و كان لها أثرها و صداها على مستوى العلاقات الداخلية و الخارجية، فمن بين هذه العلاقات:

#### 3-13-1- علاقة الزوجة بالزوج

هي علاقة مبنية على الحقوق الزوجية، فسابقا ضمن الأسرة التقليدية كانت تتسم بخدمة الزوجة زوجها واحترامه وطاعته، وتتقبل كل مظاهر سلوكه دون مجادلته أو مخالفته، بينما يبادلها الزوج بالامبالاة في كثير من الأحيان. أما في الأسرة الحديثة فقد تغيرت العلاقة بين الزوجة والزوج، حيث أصبحت تحدد بمظاهر الود وخالية من التسلط والدكتاتورية من طرف الرجل، إذ نالت المرأة فيها مكانة اجتماعية لها صيغة من الأهمية، فبالحوار والتشاور تحل مختلف الأمور الحياتية بينهما، فقد أتيح لها القيام بأدوار أخرى متفاهمة مع الزوج. هذا ما يؤكد الاحترام المتبادل، وإيجابية العلاقة بينهما مما يشارك في "تماسك" الأسرة وتوازنها، وصلاحها كبيئة تنشئ تنقص بها مظاهر المشاحنات والخلافات التي لها دور في تقليل وظائف الأسرة عموما بالأخص الوظيفة النفسية لها.

#### 3-13-2- علاقة الأم بالأبناء

أولا: «يجب التباعد بين نوعين من الأمهات في الأسرة الجزائرية:

الأم الكبيرة التي تشغل مكانا في الأسرة الممتدة، والأم التي هي عضو من أعضاء الأسرة النووية، إذ أصبحت العلاقة بين الأم والأب أكثر ديمقراطية مما كانت عليه في السابق، فالنظام التربوي الجديد إثر ولو جزئيا على هذه العلاقة".

فقد كانت علاقة الأم بأبنائها علاقة إمداد، كونها مصدرا للعطاء في مختلف أنواع السلوك والتربية، إذ أن الابنة تأخذ خبرة الأم في الحياة وكل الآداب السلوكية والجمالية المفروض عليها إتباعها في حياتها اليومية.

أما علاقتها بابنها فتأخذ شكلا خاصا في المجتمع الجزائري لأهميتها المبالغ فيها لاعتبارها مصدر فخرها أمام نقيضاتها، واكتسابها لمكانة الأم التي تنجب الذكور عدا الإناث في الأسرة التقليدية. أما الأسرة الحديثة فتختلف علاقة الأم وأبنائها قليلا عن الأسرة الممتدة، فهي علاقة تعاون ومساندة، نظرا لعدة اعتبارات أهمها؛ ذهاب المرأة للعمل وما ترتب عنه من تغير في أدوارها، إذ أصبحت تحتاج إلى مساعدة لطمس جميع شؤون بيتها، باتكائها على البنت الكبرى كرعاية الإخوة الصغار ومراقبتهم أو حتى إعداد الواجبات اليومية وترتيب المنزل... إلى غير ذلك مما يمكن أن تستطيع عمله في المنزل.

### 3-14- مكانة المرأة وعلاقتها بالتحول الديمغرافي والأسري

إن لمكانة المرأة دور في السماح لها بوجود علاقة ما بين هذه المكانة وما يعرف المجتمع من تحولات ديمغرافية هامة لارتباط أهم ظواهرها بالمرأة التي لا يمكن أن تزاح عما تعرفه الأسرة أيضا من تحولات. وتخصيص مدى أهمية وسرعة وحركية التحول الديمغرافي المتناسق مع التغير الاجتماعي والاقتصادي. فبعدما كان بناء واستقرار الأسرة مقاسا بمدى نجاح المرأة في تقلد أدوارها الطبيعية في الأسرة زوجة وأما وعضوا فاعلا، أصبح محددًا بالمكانة الاجتماعية التي وصلت إليها أولا في المجتمع والتي عملت بشكل واضح على إعادة النظر في الهيكل البنائي والوظيفي للأسرة. وفي نفس الوقت احتمال كون مكانة المرأة السبب والنتيجة للتطورات الأسرية.

فمن أهم العوامل المساعدة في التحول الأسري تعليم وعمل المرأة، بالأخص التعليم الذي رفع وعيها بقضاياها وإدراكها بضرورة تسوية وتطوير مستواها الاجتماعي وتأثير دورها داخل المجتمع والأسرة، ومعرفة حقوقها مما ساهم في التقليل من فضاظة سلطة التقاليد المتلفنة حولها وانحباسها في الإنجاب والطاعة.

# الفصل الرابع

## الجانب الميداني

**4-1- الإجراءات المنهجية للدراسة****4-1-1- أهداف الدراسة**

تهدف الدراسة الميدانية إلى تحقيق هدفين أساسيين هما:

**الأول:** الحصول على بيانات ومعلومات حول واقع تباعد الولادات كونه وسيلة أساسية للعناية بالصحة الإنجابية، والتعرف على بعض المحددات الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية لممارسة النساء المباشرة بين الولادات.

**الثاني:** أما الهدف الثاني من أهداف الدراسة الميدانية فيتمثل في اختبار الفرضيات التي تم صياغتها سابقا للتأكد من مدى صحتها بهدف الوصول إلى معرفة أهم العوامل المؤثرة على ممارسة النساء لعملية تباعد الولادات. ومن ثم إمكانية إضافة متغيرات جديدة أو حذف بعض المتغيرات التي لم تثبت صحتها، وذلك كله يهدف إلى تفسير الظاهرة المراد دراستها.

**4-1-2- حدود الدراسة**

تنقسم مجالات الدراسة إلى ثلاث أجزاء:

**i. المجال البشري**

العينة المستهدفة النساء المتزوجات في سن الإخصاب (15-49 سنة) اللواتي يترددن على المؤسسات الصحية سواء من أجل الفحص أو الولادة.

حيث بلغ عدد النساء المتزوجات في سن الإخصاب في ولاية تلمسان لسنة 2018: 141721

**ii. المجال المكاني (الجغرافي)**

حتى تكون الدراسة شاملة وتغطي جغرافيا جميع أنحاء ولاية تلمسان اخترنا المؤسسات الاستشفائية التالية:

- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - الأم والطفل- تلمسان

- المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية.

- المؤسسة العمومية الاستشفائية الغزوات.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اولاد ميمون.

**iii. المجال الزمني**

استغرقت الدراسة خمسة أشهر ونصف (165 يوم) من 01/03/2019 الى 15/08/2019 وذلك وفق الرزنامة التالية:

التوقيت	المؤسسة
من 01 مارس الى 31 مارس 2019	المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية
من 10 افرى الى 10 ماي 2019	المؤسسة العمومية الاستشفائية الغزوات
من 20 ماي الى 20 جوان 2019	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اولاد ميمون.
من 01 جولية الى 15 اوت 2019	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - الأم والطفل- تلمسان

3-1-4- مجالات الدراسة

i. المجال المكاني

لقد تم القيام بالبحث الميداني بمصلحة أمراض النساء والتوليد بالمؤسسات الصحية لولاية تلمسان. الولاية التي تقع في الغرب الجزائري وتتربع على مساحة تقدر ب 9061 كل م<sup>2</sup>. يحدها شمالا البحر الأبيض المتوسط وجنوبا ولاية النعامة وشرقا ولاتي عين تموشنت وسيدي بلعباس أما غربا يحدها المغرب الأقصى تضم ولاية تلمسان إداريا على 53 بلدية موزعة على 20 دائرة أما ديموغرافيا وحسب إحصائيات مديرية الصحة لولاية تلمسان لسنة 2018 بلغ عدد سكان الولاية 1181008 نسمة.

الشكل 1: الهرم السكاني لولاية تلمسان لسنة 2018



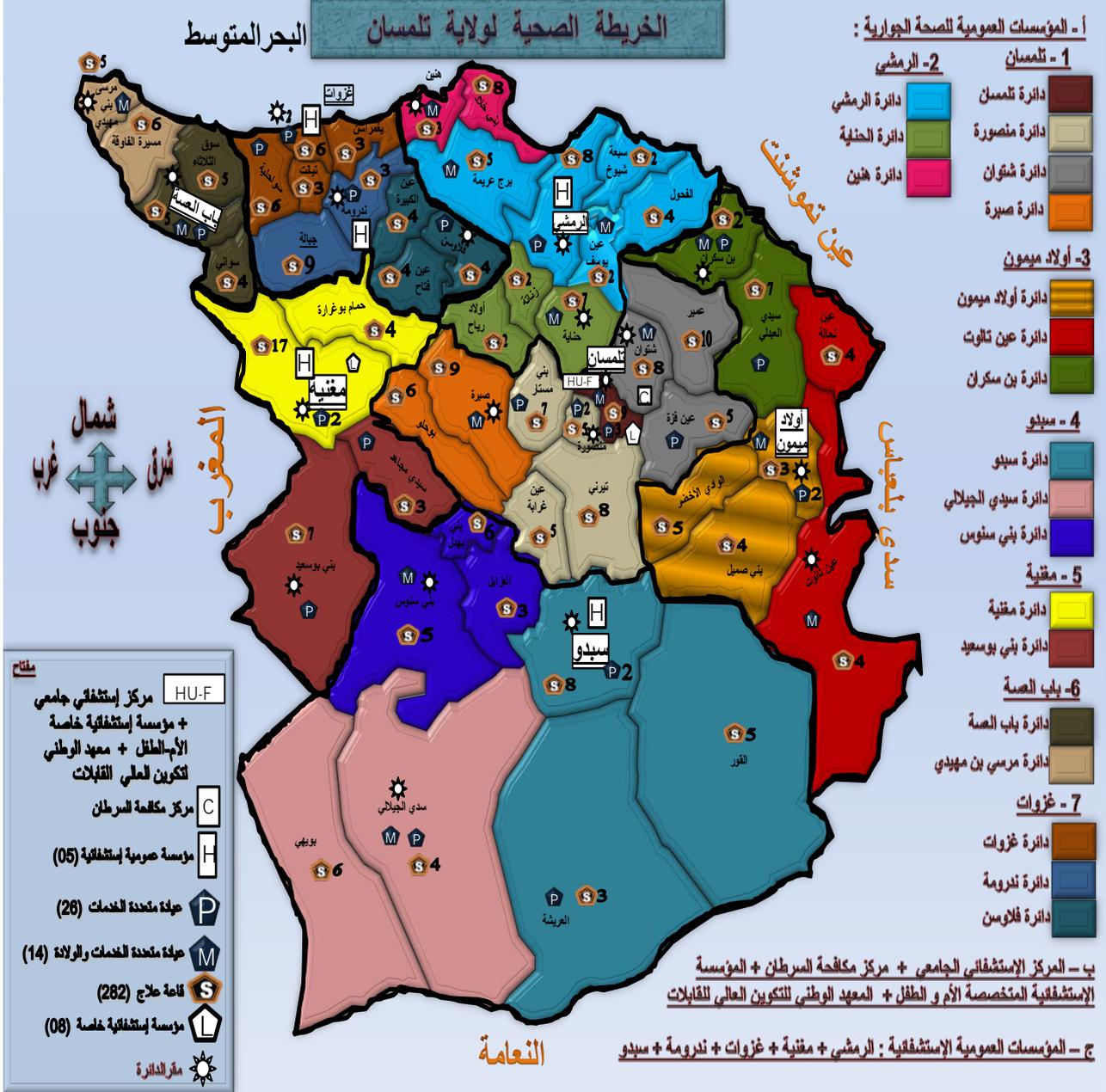
أما فيما يخص الحركة الديموغرافية للولاية لسنة 2018 كمائلي:  
**الجدول 3: الحركة الديموغرافية لولاية تلمسان لسنة 2018**

المؤشرات	العدد أو النسبة
عدد السكان	1181008
المواليد الاحياء	22274
الوفيات	5124
الولادات الميتة	242
وفيات من 0 إلى 06 ايام	390
وفيات من 0 إلى 28 يوم	455
وفيات اقل من سنة	524
وفيات الأمهات	06
معدل النمو الطبيعي (TAN) Taux d'Accroissement Naturel	%1.46
المعدل الخام للولادات (TBN) Taux Brut de Natalité	%18.99
المعدل الخام للوفيات (TBM) Taux Brut de Mortalité	%4.37
معدل وفيات اقل من سنة (TMI) Taux de Mortalité Infantile	%23.52
معدل وفيات حديثي الولادة (TM Néo) Taux de Mortalité Néonatale	%20.42
معدل الولادات الميتة (Taux de Mortinatalité)	%11.03
معدل وفيات الأمومة (100000 ولادة حية)	26.93

المصدر: إحصائيات مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان لسنة 2018.

وتتوفر الولاية على عدة هياكل صحية معتبرة وعلى رأسها المركز الاستشفائي الجامعي CHU<sup>20</sup> والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة (الأم والطفل) EHS<sup>21</sup> كما تضم 4 مؤسسات عمومية استشفائية. EPH<sup>22</sup> و 07 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية EPSP<sup>23</sup>. كما تبينه الخريطة الصحية لولاية تلمسان

الشكل 2: الخريطة الصحية لولاية تلمسان



<sup>20</sup> C.H.U : Centre Hospitalo-universitaire.

<sup>21</sup> E.H.S : Etablissement hospitalier spécialisé Mère-Enfant.

<sup>22</sup> E.P.H : Etablissement Public Hospitalier.

<sup>23</sup> E.P.S.P : Etablissement Public De Santé De Proximité.

ومن بين هذه الهياكل الصحية نجد المؤسسات التي تم فيها إجراء البحث الميداني التي تضم عدة مصالح من بينها مصلحة أمراض النساء والتوليد SGO. وتتوفر هاته المصالح على الهياكل والموارد البشرية التالية:  
**جدول 4: المصالح والموارد البشرية للمؤسسات**

المصالح والموارد البشرية				المؤسسات الصحية
القبالة	الطبيب المختص	عدد الأسرة	مصلحة طب النساء والتوليد	
45	07	141	- قسم طب النساء - قسم التوليد	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل
22	01	70	- قسم طب النساء - قسم التوليد	المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية
11	02	38	- قسم طب النساء - قسم التوليد	المؤسسة العمومية الاستشفائية الغزوات
21	/	25	- قسم التوليد	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد ميمون.

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان، 2018

وفيما يلي عرض للنشاطات التي قامت بها كل مصلحة سنة 2018:

**جدول 5: نشاطات مصالح المؤسسات الصحية لولاية تلمسان**

النشاطات واحصائيات					المؤسسات الصحية
وفيات الأمومة	المولودين أموات	الولادات الحية	الولادات		
			قيصرية	عادية	
06	8	11403	4250	7161	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - الأم والطفل-
0	23	2695	619	2063	المؤسسة العمومية الاستشفائية مغنية
0	9	1056	400	665	المؤسسة العمومية الاستشفائية الغزوات
0	2	749	/	751	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية اولاد ميمون.

المصدر: مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان، 2018

وتم اختيار هذه المؤسسات لعدة أسباب من بينها:

- تسمح لنا بتغطية الولاية جغرافيا خاصة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة التي تستقبل المرضى من كامل تراب الولاية.
- عدم إجراء أبحاث ميدانية معمقة عليها.
- استقبال المصالح لعدد كبير من الولادات.
- الاستعانة بالعلاقات والصلات الشخصية لتفادي الصعوبات والعراقيل التي تعرقل السير الحسن للبحث الميداني وذلك من خلال تسهيل الدخول والخروج إلى المصلحة، ويسمح للباحث القيام بالمقابلات.

## ii. المجال الزمني

استغرق البحث الميداني مدة 165 يوم حيث تم توزيع الاستثمارات على الباحثات لإجراء المقابلات مع النسوة التي تمثل عينة البحث اللواتي ترددن على هاته المصلحة سواء الفحص أو الوضع خلال المدة الزمنية التي استغرقناها في كل مصلحة والمناسبة لحجم العينة. حيث تم الاستعانة في البحث وجمع المعلومات على قابلات وممرضات من المصلحة وذلك بتوصية من رئيس المصلحة، إذ أننا حرصنا على ذوي خبرة ويتمتعن بسمعة طبية ويتميزن بالجدية في العمل. حتى يستطعن التعامل جيدا مع المبحوثات. كما ركزنا في تعاملنا مع المبحوثات على التأكيد لهن على أهمية البحث والسرية التامة للمعلومات والأمانة العلمية. وأكدنا أيضا على الباحثات أن يتم التركيز على العناصر التالية:

- إعطاء معلومات عن موضوع الدراسة.
- طرح الأسئلة بنفس الترتيب.
- تسجيل الإجابة مباشرة بعد تلقيها.
- إعطاء الوقت اللازم للمبحوثة للإجابة (Angers, 1997, p268).

## 4-1-4- العينة

إن نجاح أي دراسة ميدانية في أي بحث علمي أو اجتماعي يتوقف بصورة على الاختيار الأمثل والدقيق للعينة الممثلة لمجتمع البحث. نظرا لطبيعة الموضوع تم التخلي على الأسلوب الاحتمالي لانتقاء العينة واللجوء إلى العينة غير احتمالية وذلك لعدم توفرنا على قاعدة السبر ولهذا اعتمدنا في دراستنا على المسح الشامل للنساء المتزوجات وفي سن الإخصاب (15-49 سنة) واللواتي ترددن على مصلحة أمراض النساء والتوليد خلال مدة البحث الميداني سواء من أجل الفحص أو الوضع. حيث تم مقابلة 1100 سيدة وهي عينة قصدية (Echantillon intentionnel) وهي التي يذهب إليها الباحث ويقصدها بالتحديد أي يقصد الأشخاص الذين سيكونون هم أفراد العينة الخاصة بدراسته ويبنى حكمه على مدى مطابقة هؤلاء الأفراد لأغراض بحثه (عارف، 2010، ص123). كما تم استثناء ولاعتبارات إنسانية الأمهات اللواتي وضعن مولودا ميتا أو توفي بعد الوضع مباشرة، كما أن هناك من امتنعن عن القيام بالمقابلات.

## 4-1-5- أدوات البحث

### i. استمارة المقابلة

نظرا لحساسية الموضوع وخصوصية بعض الأسئلة، ونظرا لوجود بعض المصطلحات العلمية قد تبدو غامضة للمبحوثات. ونظرا لوجود عدد لا يستهان به من الأميات تم اللجوء إلى استعمال المقابلة الرسمية أو المقننة لجمع المعلومات. كونها ملائمة لمثل هذه المواضيع التي تستدعي حضور الباحث لتوضيح الأسئلة ورفع الحرج عن المبحوثين. قد اعتمدنا في أسلوب إجراءها على مجموعة من المبادئ المتفق عليها وهي:

- إضفاء جو من الاحترام والثقة المتبادلة.
- استخدام اللغة البسيطة والمناسبة للمبحوثات.

- تشجيع المبحوثات على الإجابة.(Campenhandt, 1995.p192) ولهذا الغرض صممت الاستمارة بشكل بسيط تفادي للغموض و صعوبة الإجابة حيث جاءت مجمل الأسئلة مغلقة باستثناء بعض الأسئلة كموقفها من تباعد الولادات مثلا، المهنة....

إذ انه تم توزيع الاستمارة على 4 محاور تتناسب مع الموضوع والفرضيات المستعملة في البحث وهي:

**المحور الأول:** البيانات الشخصية للمبحوثة وزوجها.

**المحور الثاني:** بيانات خاصة بالأسرة.

**المحور الثالث:** موقف المبحوث من تباعد الولادات واستعمال وسائل منع الحمل.

**المحور الرابع:** الثقافة الصحية.

مع التأكيد على انه تم تصميم الاستمارة بواسطة برنامج سفا نكس Sphinx .

## ii. اختبار الاستمارة

من اجل اختبار صدق وثبات أسئلة الاستمارة خضعت لاختبار أولي لقياس مدى صدقها وشموليتها وتجانس أسئلتها مع موضوع البحث والفرضيات المستخدمة وذلك ب:

- عرضها على أساتذة ذوي الاختصاص في علم الاجتماع والديمغرافيا.

- تم إجراء دراسة استطلاعية وتم الاستعانة بأطباء مختصين بأمراض النساء والتوليد، القابلات والمرضات خاصة فيما يخص المصطلحات العلمية المتعلقة بالموضوع.

وعلى هذا الأساس تم مراجعة بعض الأسئلة سواء بتعديل بعض الأسئلة أو إضافة أسئلة أخرى لها علاقة بالموضوع، كما تم الوقوف من خلال المقابلات التمهيدية التي وصل عددها 25 التي قمنا بها بداية شهر فيفري على تحديد ومناقشة الصعوبات لتفاديها وكذلك معرفة الوقت اللازم لمليء الاستمارة الذي يتراوح بين 15 و20 دقيقة.

## 4-1-6- المنهج المستخدم

المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة والإجابة عن الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث وهو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق وطرق اكتشافها. (شفيق، 2001، ص. 86).

وعليه فان المنهج المتبع في البحث يعتبر خطوة مهمة وضرورية يعتمد عليها الباحث لدراسة موضوعه دراسة علمية. وان موضوع البحث هو الذي يفرض على الباحث استخدام منهج معين دون غيره. ولهذا الغرض استخدمنا المناهج التالية:

### i. المنهج الوصفي

انطلاقا من هدف الدراسة الذي يكمن في وصف عملية المباحثة بين الولادات والعوامل المؤثرة فيها اعتمدنا على المنهج الوصفي الذي يقوم أساسا على وصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث والدراسة ومحاولة الوقوف على أدق والتعبير عنها إما كفيما أو كميما.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا دقيقا لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة (الرشيدي، 2000، ص. 59)

### ii. المنهج الإحصائي

لقد ازداد لجوء العلوم الاجتماعية لاستعمال الطرق الإحصائية والرياضية، لذا اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الإحصائي الذي يقوم على جمع المعلومات والبيانات وتبويبها وعرضها جداوليا وبيانيا ثم تحليلها رياضيا واستخلاص النتائج وتفسيرها (جندلي، 2005، ص. 213)، والذي من خلاله استخدمنا

مجموعة من المؤشرات لقياس مدى ارتباط المتغيرات فيما بينها حتى يمكن تحليل العلاقة بينها والخروج بالنتائج الدقيقة التي يمكن تعميمها.

### iii. الأساليب الإحصائية المستعملة

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات قمنا بتفريع البيانات ومعالجتها. باستخدام البرنامج الإحصائي الذي يسمى المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية<sup>24</sup> SPSS وسعي لتحقيق هذه الأهداف والإجابة على تساؤلاتهم واختبار الفرضيات والخروج بنتائج صحيحة، قمنا بالعديد من الأساليب الإحصائية الحديثة: الأساليب الوصفية كالتكرارات، المتوسطات، التباين..... والأساليب التحليلية كنماذج الانحدار الخطي البسيط والمتعدد والارتباط، مربع كأي والانحدار اللوجستي....

## 4-2- الخصائص الديمغرافية والاجتماعية لأفراد العينة واسرهم

### 4-2-1- توزيع أفراد العينة حسب السن

ان متغير السن يعتبر من بين المتغيرات والعوامل الديموغرافية بالغة الأهمية في تحديد الخصوبة وبالتالي عملية الانجاب، مما يسمح للباحثين الاعتماد عليها كثيرا كمؤشر في ممارسة تباعد الولادات.

جدول 6: جدول الاحصائيات الخاص بمتغير السن

القيمة	الاحصائيات	
995	العينة	
33.66	السن المتوسط للزوجات	
5.94	الانحراف المعياري	
29	25	الربيعات
34	50	
38	75	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

<sup>24</sup> S.P.S.S: Statistical Package for the Social Sciences.

جدول 7: توزيع العينة حسب السن

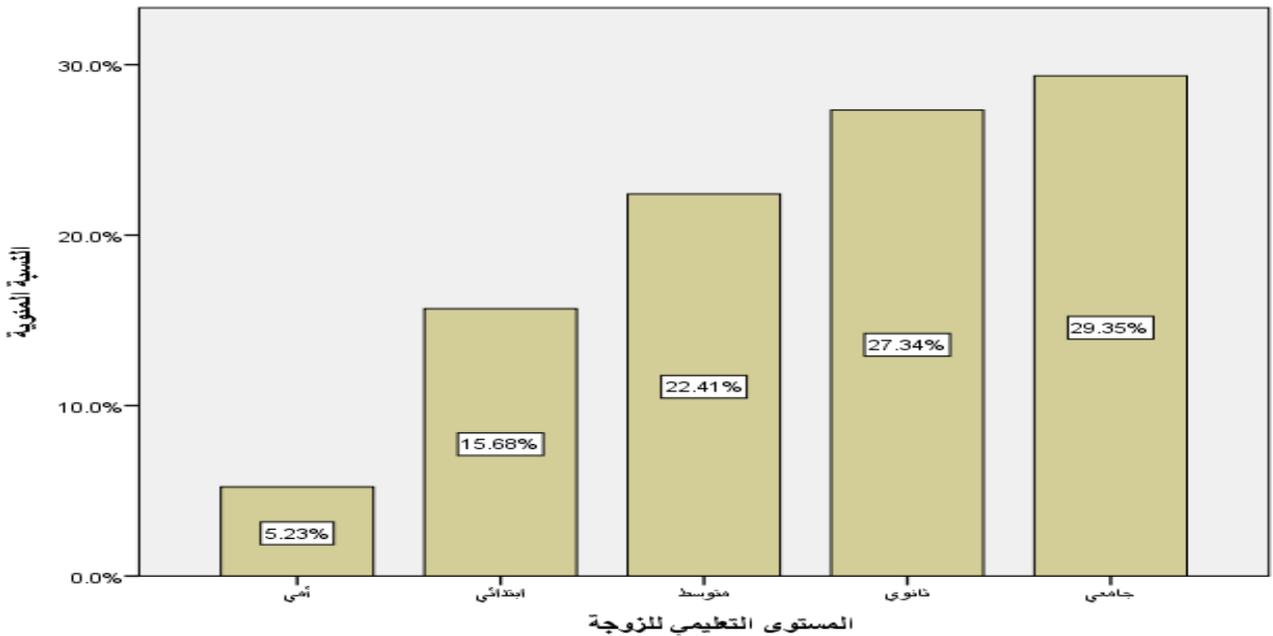
النسبة المئوية	التكرارات	سن الزوجة
4.2	42	23-19
17.4	173	28-24
25.9	258	33-29
31.0	308	38-34
16.3	162	43-39
5.2	52	48-44
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من خلال معطيات الجدول (7) نجد ان المبحوثات اللواتي تنحصر أعمارهن بين (34 و 38 سنة) يمثلون اكبر نسبة والتي تقدر ب 31% ، تليها الفئة التي تنحصر أعمارهم بين (29-33 سنة) بنسبة 25.9% من عينة البحث وبنسبة اقل بلغت 17.4% الفئة العمرية (24-28 سنة)، وفي حين بلغت نسبة الفئة العمرية (39-43 سنة) 16.3% ، اما اللواتي تنحصر أعمارهن بين (44 و 48 سنة) و (19-23 سنة) فيمثلون على التوالي نسبة 5.2% و 4.2% وهذا راجع لتراجع الخصوبة لدى هذه الفئة الاولى و تأخر سن الزواج بالنسبة للفئة الثانية مما يجعلهم لا يترددون اكثر على مصالح أمراض النساء و التوليد . مع العلم ان متوسط سن المبحوثات (المتوسط الحسابي) بلغ تقريبا 34 سنة كما نجد كذلك أن 75% من عينة البحث سنها 38 سنة (انظر الجدول 6).

#### 4-2-2- توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

الشكل 3: التمثيل البياني للعينة حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

ان المستوى التعليمي للمرأة من بين العوامل الاجتماعية المؤثرة على مشاركتها في مجالات الحياة المختلفة، حيث ان التعليم يؤدي الى رفع مكانتها في الاسرة من خلال مشاركتها في اتخاذ القرارات الاسرية بما فيها التي ترتبط بصحتها الإنجابية ويمكنها أيضا من معرفة حقوقها الإنجابية. فالمستوى التعليمي العالي يزيد من درجة الإدراك بالظروف الاجتماعية، الاقتصادية والصحية.

وفي الجزائر وبفضل السياسة التي تبنتها الدولة في مكافحة الامية وذلك بإقرار برنامج خاص لمحو الأمية و برنامج التعليم عن بعد، والتي أدت الى التقليل من الامية خاصة عند الاناث والرفع من المستوى المعيشي و الصحي و الثقافي ، وها ما توضحه البيانات الإحصائية المبينة في الشكل (3) حيث نلاحظ ان المبحوثات ذوات مستوى جامعي يمثلون نسبة 29.3% من مجموع العينة و يليهن النساء اللواتي مستواهن ثانوي بنسبة 27.34% في حين 22.41% من مجموع العينة مستواهن الدراسي متوسط أما 15.68% فهي نسبة اللواتي مستواهن التعليمي ابتدائي و نسبة 5.23% هي فئة الأميات .

#### 4-2-3- توزيع العينة حسب المهنة وقطاع العمل

ان خروج المرأة للعمل يؤدي الى تغييراً في القيم والاتجاهات التي ترتبط بدورها في الأسرة ويؤثر على مكانتها في المجتمع عامة والأسرة خاصة، كما جعلها قادرة على مشاركة زوجها في بعض القرارات التي تخص اسرتها ومنها القرارات التي تتعلق بدخلها وانفاقها على اسرتها وغيرها من القرارات الاسرية.

#### جدول 8: توزيع العينة حسب المهنة

النسبة المئوية	التكرارات	المهنة
55.4	551	ماكثة بالبيت
31.2	310	عاملة
13.5	134	عاملة جزئياً*
100.0	995	المجموع

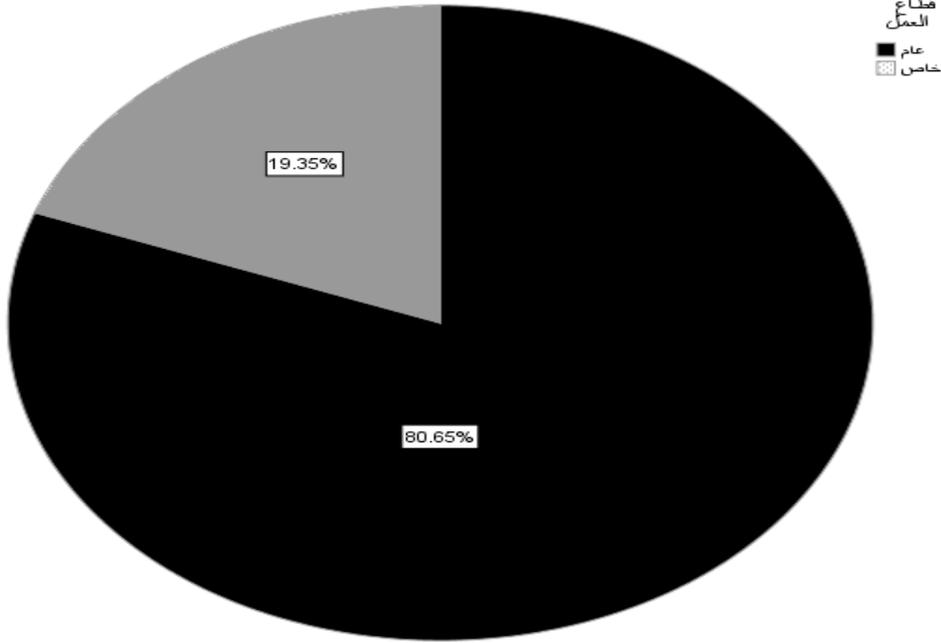
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

\*المرأة العاملة جزئياً: هي المرأة الماكثة بالبيت وفي نفس الوقت تعمل عملاً إضافياً غير رسمي (Travail Informel) في المنزل مقابل مبلغ مالي أي عدم وجود اجر ثابت كالخياطة مثلاً او مربية أطفال....

وقد أظهرت معطيات الجدول (8) أن 55.4% من افراد العينة ماكنثات في البيت، أما النساء العاملات فبلغت نسبتهن 31.2% ومن بين المبحوثات من يشتغلن جزئيا كخياطات أو حلافات وذلك بنسبة 13.5%. اذ يمكننا القول ان ما يقارب 45% من النساء يعملن وهذا ما يساعدهن على فرض أنفسهن داخل الأسرة وبالتالي القدرة على ابداء الرأي والمشاركة في اتخاذ القرارات الأسرية المختلفة بما فيها اتخاذ قرار الإنجاب.

كما أن قطاع العمل بالنسبة للنساء العاملات فبلغت نسبة القطاع العام 80.65% ونسبة القطاع الخاص 19.35%. (انظر الشكل 4).

الشكل 4: التمثيل البياني للعينة حسب قطاع العمل



#### 4-2-4- توزيع أزواج السيدات حسب السن

جدول 9: جدول الاحصائيات الخاص بمتغير سن الازواج

الاحصائيات	القيمة
العينة	995
السن المتوسط للأزواج	40.36
الانحراف المعياري	7.33
الربيعات	25
	50
	75
	36
	40
	45

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

جدول 10: توزيع العينة حسب سن الأزواج

النسبة المئوية	التكرارات	سن الزوج
7.3	73	29-24
14.3	142	35-30
34.2	340	41-36
30.4	302	47-42
9.0	90	53-48
3.2	32	59-54
1.6	16	65-60
100.0	995	المجموع

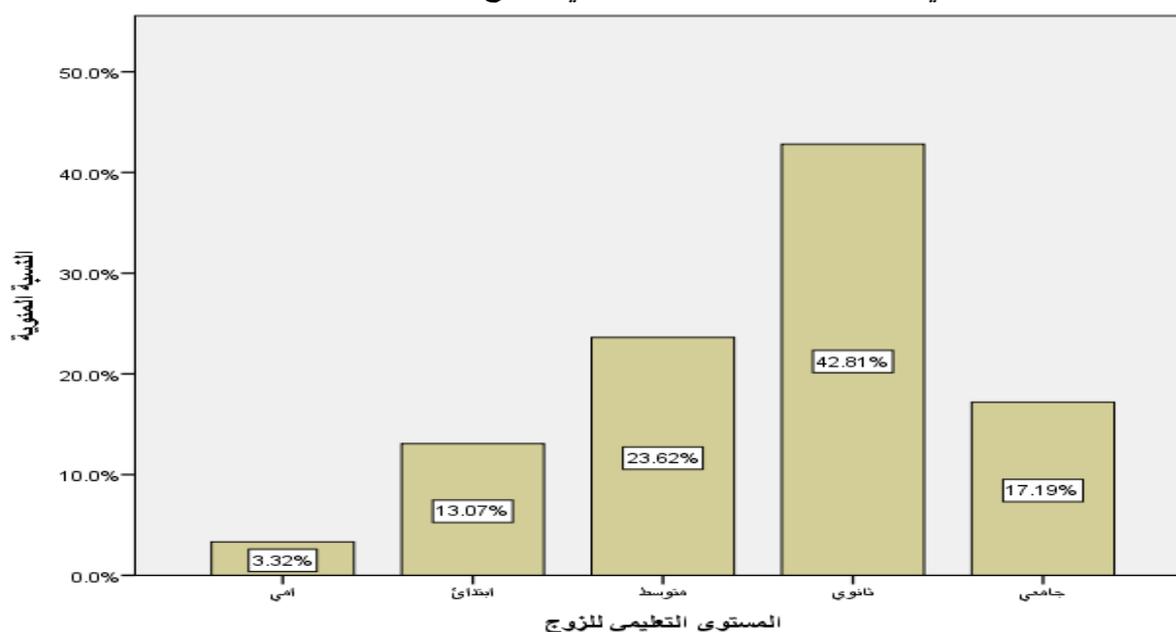
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

نلاحظ من معطيات الجدول (9) أن متوسط أعمار الأزواج بلغ تقريبا 40 سنة وان سنهم ينحصر بين 24 سنة و65 سنة، كما بلغت أعلى نسبة والمقدرة بـ 34.2% للفئة العمرية (36-41 سنة)، تليها الفئة (42-47 سنة) والفئة (30-35 سنة) بنسبة 30.4% ونسبة 14.3% على التوالي، أما الفئة العمرية (24-29 سنة) بلغت نسبة 7.3% وبلغت نسبة من يبلغ سنهم 48 سنة فما فوق 13.8% (انظر الجدول 10).

#### 4-2-5- توزيع أزواج السيدات حسب المستوى التعليمي

إن المستوى التعليمي للزوج يمثل أحد المتغيرات الأساسية التي تؤثر في العلاقة الزوجية شأنه شأن المستوى التعليمي للزوجة وتعكس مكانة كل واحد منهما في الأسرة.

الشكل 5: التمثيل البياني للعينة حسب المستوى التعليمي للزوج



ومن خلال بيانات الشكل (5) نلاحظ أن نسبة الأزواج الذين مستواهم التعليمي ثانوي 38.4% أما الذين مستواهم التعليمي متوسط فبلغت نسبتهم 23.62% بينما ذو المستوى الجامعي فنسبتهم 17.19% وذوي المستوى الابتدائي 13.07%، أما الأميين فنسبة 3.1% وهذا نتاج المجهودات التي بذلتها الدولة في مجال محاربة الأمية.

#### 4-2-6- توزيع أزواج السيدات حسب المهنة والتأمين

ان الوضع المهني للزوج يعد من بين اهم العوامل التي تؤثر تأثيرا كبيرا على العلاقات الاجتماعية والاسرية كالزواج ودرجة التوافق بين الزوجين.

جدول 11: توزيع العينة حسب مهنة الزوج

النسبة المئوية	التكرارات	مهنة الزوج
6	63	غير مشغل
4	43	متقاعد/ذوي المعاشات
3	26	مستخدم
12	119	اطار
3	30	أستاذ
57	571	أجير دائم
9	85	حرفي
6	58	فلاح
100	995	المجموع

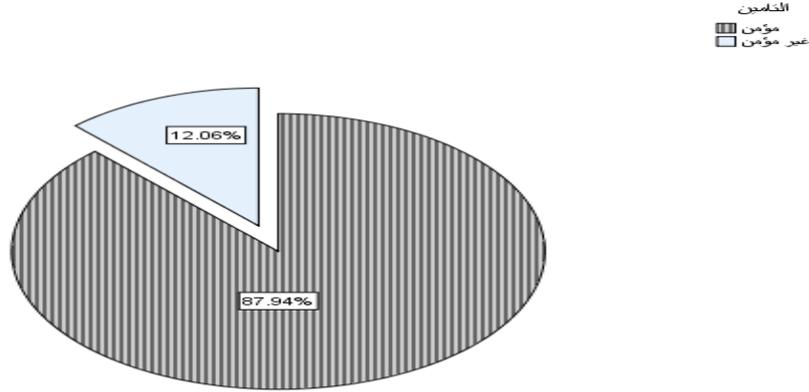
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من خلال بيانات الجدول (11) نجد أن نسبة الأزواج الذين يمارسون نشاط مهني تقريبا 90% حيث ان الأجراء الدائمون يمثلون نسبة 57%. الإطارات (مدراء، موظفون، عاملون ...) 12%، الحرفيين (بناء، كهربائي، نجار ...) 9%، الفلاحين بما فيهم الموالين والرعاة بنسبة 6% أما بالنسبة للأزواج الذين لا يمارسون أي نشاط مهني (غير مشغل، متقاعد أو ذوي معاشات) فبلغت نسبتهم 10% وفيما يخص التأمين بنوعيه CNAS<sup>25</sup> و CASNOS<sup>26</sup> فالشكل (6) ادناه يوضح أن 87.94% من الأزواج مؤمنين مقابل 12.06% غير مؤمنين.

<sup>25</sup> C.N.A.S : Caisse Nationale Des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés.

<sup>26</sup> C.A.S.N.O.S : Caisse Nationale De Sécurité Sociale Des Non-Salariés

## الشكل 6: توزيع العينة حسب التأمين



4-2-7- توزيع الأزواج حسب الدخل الشهري  
الجدول 12: توزيع العينة حسب الدخل الشهري للعائلة

النسبة المئوية	التكرارات	الدخل الشهري
8.2	82	أقل من 18000
42.8	426	25000-18000
29.6	295	30000-25000
10.6	105	40000-30000
8.7	87	أكثر من 40000
100	995	المجموع

من معطيات الجدول (12) نجد أن 42.8% من الأزواج دخلهم الشهري ينحصر بين 18000 دج و25000 دج و29.6% من الأزواج يتراوح دخلهم بين 25000 دج و30000 دج والذين دخلهم بين 30000 دج و40000 دج بلغت نسبتهم 10.6% أما الذين دخلهم أكثر من 40000 دج فبلغت نسبتهم 8.7% والذين دخلهم أقل من 18000 دج فبلغت نسبتهم 8.2%.

## 4-2-8- توزيع العينة حسب سن الزواج

يعتبر سن الزواج متغير من المتغيرات بالغة الأهمية في موضوع الخصوبة وفرص الإنجاب وكذا التنظيم العائلي فإن تأخر من الزواج مثلا خاصة عند المرأة لأي سبب من الأسباب يعني الانخفاض في درجة الخصوبة وبالتالي التقليل من فرصتها في الإنجاب.

## جدول 13: توزيع العينة حسب سن الزواج

النسبة المئوية	التكرارات	السن عند الزواج
31.9	317	20-15
50.3	500	26-21
15.7	156	32-27
2.2	22	38-33
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

## جدول 14: جدول الاحصائيات الخاص بمتغير السن عند الزواج

القيمة	الاحصائيات	
995	العينة	
23.18	السن المتوسط عند الزواج	
4.07	الانحراف المعياري	
20	25	الربيعات
23	50	
25	75	

نستنتج من بيانات الجدول (13) أعلاه أن المبحوثات اللواتي سن زواجهن من ينحصر بين (21 و 26 سنة) تمثل نصف أفراد العينة أي بنسبة 50.3% فيما بلغت نسبة النساء اللواتي تزوجن بين سن 15 و 20 سنة 31.9%، أما اللواتي ينحصر سن زواجهن بين 27 و 32 سنة بلغت نسبتهم 15.7% و 2.2% أما نسبة اللواتي تزوجن بين 33 و 38 سنة.

إذ إن متوسط سن الزواج لأفراد العينة بلغ تقريبا 23 سنة (انظر الجدول 14) و هو اقل من المستوى الوطني الذي يتراوح بين 29 و 30 سنة (احصائيات مديرية السكان بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 2016)، كما نلاحظ أن 75% من المبحوثات سن زواجهن 25 سنة وهذا يوضح لنا أن ليس هناك تأخر في سن الزواج مقارنة بمتوسط السن للمبحوثات (34 سنة). وهذا مؤشر كبير لاحتمال وقوع المرأة في الحمل وبالتالي يؤثر في النهاية على الإنجاب الفعلي للمرأة حيث هناك ارتباط وثيق بين الزواج المبكر و الخصوبة المرتفعة، إذ إن التأخر في الزواج يؤدي الى تقليص عدد سنوات الإنجاب.

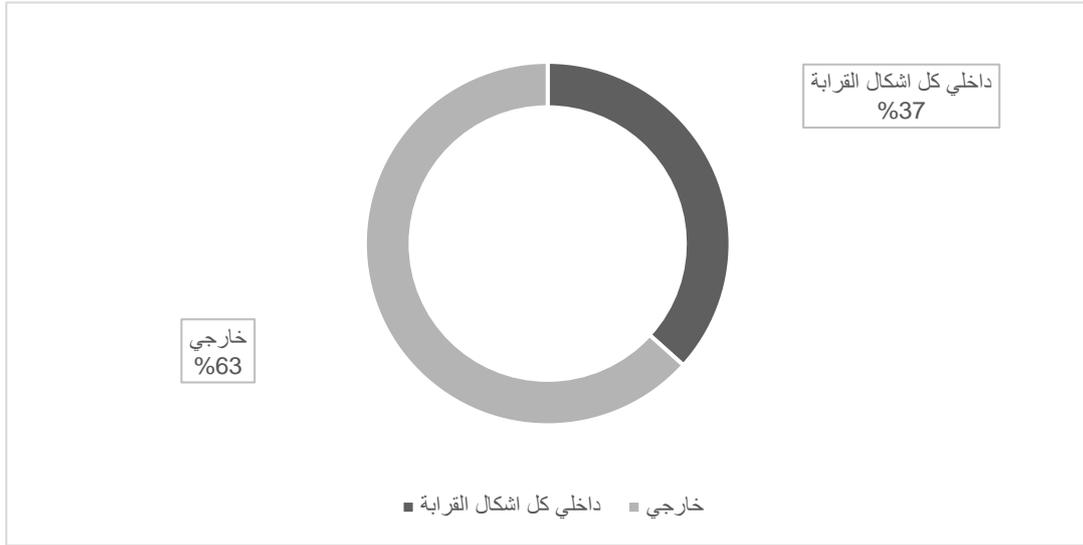
## 4-2-9- توزيع العينة حسب شكل الزواج ونوعه

جدول 15: توزيع العينة حسب شكل الزواج

النسبة المئوية	التكرارات	شكل الزواج
96.6	961	احادي
3.4	34	متعدد
100	995	المجموع

حسب معطيات الجدول اعلاه نسجل أن 96.9% من الزوجات هي الزوجات أحادية و3% زواج متعدد، وهذا طبيعي لأن الزواج المتعدد لم يصبح سهلا نظرا للقوانين الجديدة والتي تفرض على الزوج أخذ موافقة الزوجة الأولى وكذا انخفاض المستوى المعيشي للأسر.

## الشكل 7: التمثيل الباني للعينة حسب نوع الزواج



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

بينما بيانات الشكل (7) توضح أن 63% من الزيجات تمت من خارج العائلة، لا توجد أي صلة قرابة، أما الزواج الداخلي يعني زواج الأقارب فبلغت نسبته 37%. للإشارة فإن هذه النسبة تبقى مرتفعة نسبيا حيث تؤكد على أهمية العائلة في اختيار الزوجة في الجزائر.

## 4-2-10- توزيع العينة حسب مدة الحياة الزوجية

إن مدى التوافق بين الزوجين والذي يحدد بمستوى التفاهم والانسجام بينهما من شأنه أن يؤثر على العلاقة الزوجية مهما كانت مدة الزواج قصيرة أو طويلة.

## جدول 16: توزيع العينة حسب مدة الزواج

النسبة المئوية	التكرارات	مدة الزواج بالسنة
26.2	261	5-1
28.7	286	10-6
24.1	240	15-11
12.4	123	20-16
6.1	61	25-21
2.4	24	30-26
100	995	المجموع

إن مدة الحياة الزوجية تؤثر على طبيعة العلاقة بين الزوجين فكلما زادت عدد سنوات الزواج أصبح الزوجين أكثر تفهماً لحياتهم الزوجية مما يتيح المجال للمرأة لمشاركة زوجها في معظم صياغة القرارات المتعلقة بشؤون أسرهم ومنها القرارات التي تتعلق بتنظيم الأسرة، وبما أن متوسط مدة الزواج هو بالتقريب 10 سنوات والنصف كما توضحه بيانات الجدول (17) يمكننا القول إن هناك انسجام وتفاهم بين الأزواج مما قد يؤثر على اتخاذ القرارات داخل العائلة.

وإن أكبر نسبة والتي قدرت بـ 54.9% من الأسر حديثة التأسيس مدة زواجها تتراوح بين سنة و10 سنوات، تليها مدة الزواج المحصورة بين (11 و20 سنة) بنسبة 36.5% أما الأزواج الذين تتجاوز مدة زواجهم 21 سنة بلغت 8.5% (انظر الجدول 16).

## جدول 17: جدول الاحصائيات الخاص بمتغير مدة الزواج

القيمة	الاحصائيات
995	العينة
10.53	المدة المتوسطة للزواج

## 4-2-11- توزيع العينة حسب فارق السن بين الزوجين

يعد فارق السن بين الزوجين من الظواهر الاجتماعية وقد جرت العادة أن يكون الرجل أكبر في السن من المرأة التي يتزوجها. وتشير بعض الدراسات أن فارق السن الأمثل بين الزوجين لا يتجاوز 6 أو 7 سنوات.

## جدول 18: جدول الاحصائيات الخاص بمتغير فارق السن بين الزوجين

القيمة	الاحصائيات
995	العينة
7.12	فارق السن المتوسط بين الزوجين

الجدول 19: توزيع العينة حسب فارق السن بين الأزواج

فارق السن بين الزوجين بالسنة	التكرارات	النسبة المئوية
3-1-	216	21.9
8-4	428	43
13-9	271	27.2
18-14	70	7
23-19	6	0.8
المجموع	995	100

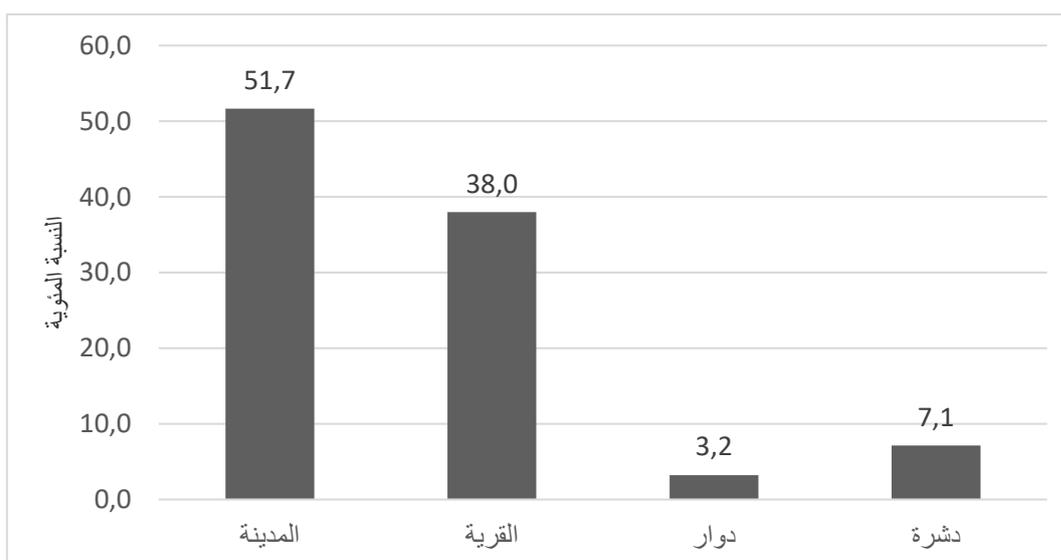
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من خلال معطيات الدراسة المبينة في الجدول (19) نلاحظ أن متوسط فارق السن بين الزوجين 7 سنوات، وهذا يعتبر مثالي حسب الدراسات ومن معطيات الجدول (18) نجد ان تقريبا نصف المبحوثات 43% فارق السن بينها وازواجهما يتراوح بين سنة و 3 سنوات، هذه النسبة تعتبر كبيرة نسبيا وهذا ما يتيح للمرأة الزيادة في فرص المشاركة في القرارات الاسرية لان هناك تقارب في العمر بين الزوجين وبالتالي توافق في الخبرات الحياتية مما يساهم في تقارب الأفكار ويتيح لهما المناقشة والحوار قبل اتخاذ القرارات الاسرية، في حين 27.2% من الأزواج فارق السن بينهما ينحصر بين 9 و 13 سنة اما الأزواج الذي يفوق او يساوي فارق السن بينهما 14 سنة بلغت نسبتهم 7.8%.

#### 4-2-12- توزيع العينة حسب وسط الإقامة:

يعتبر مكان الإقامة كعامل غير مباشر يؤثر على خصوبة المرأة، فالمرأة في الحضر تتميز بنمط حياة مغاير تماما عن نظيرتها في الريف، مما يدفع بالمرأة إلى تحكم في سلوكها الإنجابي بما يتوافق مع حياتها.

الشكل 8: التمثيل الباني للعينة حسب وسط الإقامة



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من خلال الشكل رقم (8) نرى أن معظم افراد العينة بنسبة 51.7% يقيمون بالمدينة وهذا ما يزيد من درجة الوعي خاصة فيما يتعلق بأهمية استعمال وسائل منع الحمل وسهولة اقتنائها، % 38 يقطن بالقريبة أما اللواتي يقطن في الدرّة بنسبة 7.1% وبنسبة 3.2% بالدوار.

#### 4-2-13- توزيع العينة حسب نوع السكن

جدول 20: توزيع العينة حسب نوع السكن

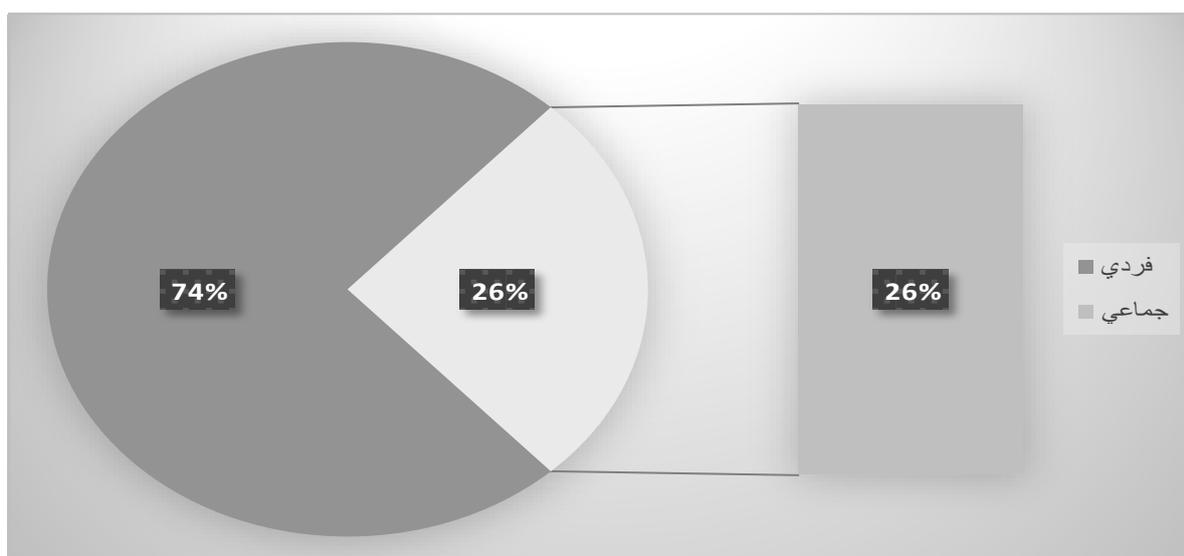
النسبة المئوية	التكرارات	نوع السكن
3.4	34	بيت قصديري
24.7	246	بيت تقليدي
48.2	430	شقة
10.4	103	فيلا
13.3	132	حوش
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

يبين الجدول (20) ان تقريبا نصف المبحوثات يسكنون بالشقة، في حين من يقطن ببيت تقليدي بلغت نسبتهن 23.3% اما من يسكن بالأحواش فبلغت نسبتهن 13.3% أما الباقي فيتوزعون كالتالي 10.4% يقطن بفيلا، 3.4% يسكن بيوت قصديريه.

#### 4-2-14- توزيع العينة حسب طبيعة السكن

الشكل 9: التمثيل الباني للعينة حسب طبيعة السكن

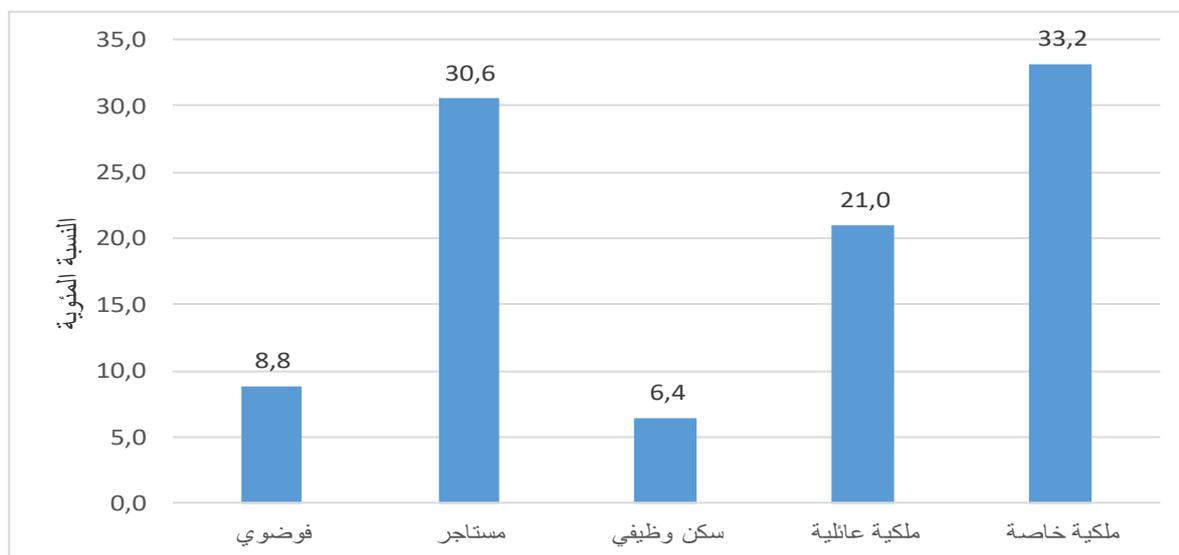


المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

بلغت نسبة السكنات الفردية التي يقطنونها أفراد العينة فيها 74% والسكنات الجماعية بلغت بسببها 26% (انظر الشكل 9). وهذا ما يعكس تطور الأسرة الجزائرية بانتقالها من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النووية، وكذا استقلالية الاسر من حيث اتخاذ القرارات دون تدخل افراد العائلة.

#### 4-2-15- توزيع العينة حسب صنف السكن

الشكل 10: التمثيل البياني للعينة حسب صنف السكن



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

اما فيما يخص صنف السكن فأغلبية السكنات 33.2% ملكية خاصة بينما السكنات المستأجرة فبلغت نسبتها 30.6% اما السكنات التي هي ملك للعائلة بلغت نسبتها 21% وباقي السكنات فانقسمت بين السكن ال فوضوي 8.8% والسكنات الوظيفية بنسبة 6.4%.

#### 4-2-16- توزيع العينة حسب عدد الفرق والخدمات

##### 4-2-16-1- حسب عدد الغرف

جدول 21: توزيع العينة حسب عدد غرف المسكن

عدد الغرف	التكرارات	النسبة المئوية
1	9	0.9
2	99	9.9
3	393	39.5
4	295	29.6
5	98	9.8
6	48	4.8
7	27	2.7
8	17	1.7
9	9	0.9
المجموع	995	100

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

إن البيانات الإحصائية المبينة في الجدول (21) توضح أن عدد الغرف ينحصر بين غرفتين و9 غرف ومتوسط عدد الغرف بلغ بالتقريب 4 غرف إذ سجلت السكنات ذات 3 غرف اعلى نسبة 39.5%، تليها ذات 4 غرف بنسبة 20.3% ثم ذات غرفتين و5 غرف بنفس النسبة 9.8% أما السكنات ذات 6 غرف فما فوق بلغت نسبتها 10.1% وهذا طبيعي كون جل السكنات التي توزعها الدولة متكونة من ثلاث غرف.

#### 2-16-2-4- حسب الخدمات

جدول 22: توزيع العينة حسب الخدمات

الخدمات	نعم	النسبة %	لا	النسبة %
ماء صالح للشرب	974	97.88	21	2.11
الربط بالكهرباء	980	98.49	15	1.50
الربط بالغاز الطبيعي	863	86.73	132	13.26
الربط بقنوات الصرف الصحي	961	96.58	34	3.41

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

إن السكن يحتاج لخدمات ضرورية التي لا يمكن الاستغناء عنها، هذه الخدمات تتمثل في الماء الصالح للشرب، الكهرباء والغاز، شبكة الصرف الصحي، إذ نجد 97.88% من السكنات موصولة بالماء الصالح للشرب اما بالنسبة للكهرباء والغاز الطبيعي فنجد على التوالي 98.46% و86.73% بينما لسكنات الموصولة بشبكة الصرف الصحي بلغت نسبتها 96.58% وهذا ما يدل على سهر الدولة في توفير الخدمات الضرورية مهما كان نوع السكن (انظر الجدول 22).

#### 17-2-4- توزيع العينة حسب السن عند أول حمل

من جدول الاحصائيات رقم 23 يمكن الإشارة ان متوسط سن اول حمل بلغ تقريبا 24 سنة كما نلاحظ أيضا ان 75% من النساء حملن في السن 27 سنة وهي سن تمتاز بالخصوبة العالية من الناحية البيولوجية وان أغلبية النساء بنسبة 87.3% حملن في السنة الأولى بعد الزواج. (انظر الجدول 24) وهذا طبيعي لأن أي تأخر في الحمل قد يؤدي إلى تساؤل أفراد العائلة وعادة ما تكون المرأة عادة هي السبب الرئيسي في تأخر الإنجاب في نظر العائلة مما يزيد عليها الضغط والقلق.

جدول 23: جدول الاحصائيات

القيمة	الاحصائيات	
995	العينة	
24.24	السن المتوسط عند اول حمل	
3.96	الانحراف المعياري	
21	25	الربيعات
24	50	
27	75	

جدول 24: توزيع العينة حسب السن عند اول حمل

النسبة المئوية	التكرارات	سن عند اول حمل
36.1	359	22-17
51.2	509	28-23
11	109	34-29
1.8	18	40-35
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

4-2-18- توزيع العينة حسب عدد الأطفال

جدول 25: توزيع العينة حسب عدد الأطفال الاحياء

النسبة المئوية	التكرارات	عدد الأطفال الاحياء
4.3	43	1
30.5	303	2
24.6	245	3
19.9	198	4
12.3	122	5
5.6	56	6
2.8	28	7
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

جدول 26: جدول الاحصائيات

عدد الأطفال التوأم	عدد الأطفال الاناث	عدد الأطفال الذكور	عدد الأطفال الاحياء	الاحصائيات
995	995	995	995	العينة
0.11	1.7	1.63	3.33	متوسط عدد الأطفال الاحياء

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من معطيات الجدول (26) ان الاسر صغيرة الحجم بمتوسط عدد الأطفال 3 اطفال لكل اسرة حيث نسبة الزوجات اللواتي أنجبن بين طفلين و 4 أطفال بلغت 75% بينما اللواتي أنجبن 5 أطفال فأكثر بلغت نسبتهن 20.7%، أما اللواتي أنجبن طفل واحد بلغت نسبتهن 4.3%. (انظر الجدول 25) إذ بلغ متوسط عدد الأطفال 3 أطفال فالنسبة للذكور طفلين لكل اسرة وهو نفس متوسط عدد الأطفال إناث. كما يمكننا الإشارة الى ان المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر عرف تطورا ملحوظ حيث انخفض من 4.5 طفل سنة 1990 الى 2.8 طفل سنة 2008 ليرتفع سنة 2018 الى 3 أطفال (احصائيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2018).

وهذا ما تؤكدُه أيضا معطيات الدراسة بخصوص سؤال المبحوثات حول عدد الأطفال المرغوب فيهم والإجابة كانت بنسبة 48.36%، 4 أطفال وبنسبة 72.13% جاءت إجابتهن 2 ذكور و 2 إناث وكذا معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات الجزائر 2019 (MICS<sup>27</sup>) حيث لاحظنا أن المتوسط المثالي لعدد الأطفال بالنسبة لجنس الذكور 1.7 وبنسبة لجنس الإناث 1.6 (انظر الجدول رقم 4-25 في الملحق) وتفسره أيضا إجابات 81.91% من أفراد العينة ان كثرة الأولاد ليس مصدر تباهي وكذا نصيحتهم لأولادهم في المستقبل بقلة الأولاد وذلك بنسبة 81.8% (انظر الجدول 27)

**جدول 27: توزيع العينة حسب نصيحة الأولاد في المستقبل**

النسبة المئوية	التكرارات	نصيحة الأولاد في المستقبل
81.8	814	كثرة الاولاد
18.2	181	قلة الاولاد
100	995	المجموع

كما انه من بين البيانات نجد أن 20.1% من بين الولادات التي وضعنها وفيات. ومعظمها توفي في المستشفى ومن بين الأسباب نجد 9.2% من الوفيات سببها ولادة قبل الأوان وتليها 8.1% سببها الإجهاض و 5.3% ولادات مينة.

**4-2-19- توزيع العينة حسب طبيعة الولادة**

إن طبيعة الولادة تؤثر على صحة الأمهات حيث ان الأطباء ينصحون بعدم الانجاب المتكرر والتقليل من عدد الولادات وترك مدة طويلة بين الولادة وأخرى بالنسبة للواتي وضعن بعمليات قيصرية.

**جدول 28: توزيع العينة حسب طبيعة الولادة**

النسبة المئوية	التكرارات	طبيعة الولادة
84	836	عادية
12.5	124	جراحة قيصرية
3.5	35	ملقط
100	995	المجموع

إن الأرقام الإحصائية للجدول (28) توضح ان غالبية المبحوثات كانت ولادتهن هي ولادات طبيعية بنسبة 84%، في حين من وضعن بعمليات القيصرية بلغت نسبتهن 12.5% بينما الولادة بالملقط فبلغت نسبتها 3.5% وهذا راجع لكون الأطباء لا يحبذون استعمالها إلا للضرورة القصوى نظرا لتأثيرها الكبير على الجنين.

<sup>27</sup> M.I.C.S : Multiple Indication Cluster Survey.

## 4-2-20- توزيع العينة حسب نوع الرضاعة

جدول 29: توزيع العينة حسب نوع الرضاعة

النسبة %	التكرارات	نوع الرضاعة
59.50	592	رضاعة كاملة
33.27	331	رضاعة جزئية
7.23	72	لم يرضعن

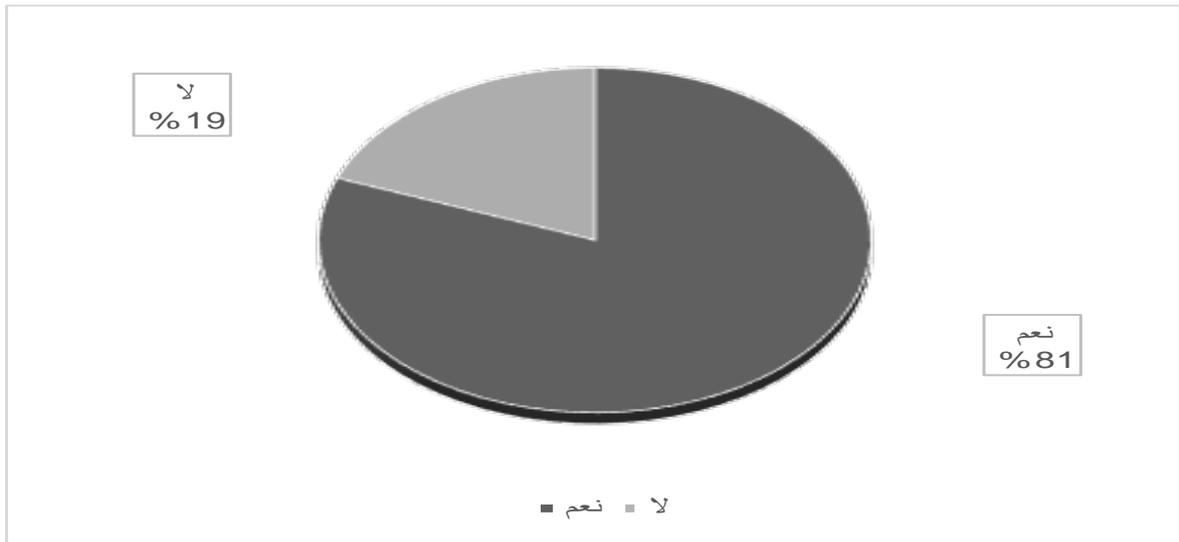
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من بيانات الجدول (29) نسجل أن 60% من افراد العينة ارضعن اطفالهن رضاعة كاملة يعني أكثر من 12 أشهر، بينما الأطفال الذين أرضعوا رضاعة جزئية او ما يسمى بالرضاعة المختلطة أي بإضافة الحليب الاصطناعي بلغت نسبتهم 33.27% أما الأطفال الذين لم يرضعوا حليب الأم فبلغت نسبتهم 7.23% وهذا لكون معظم النساء المبحوثات ماكنات بالبيت ولا يعملن ويتقرغن لأولادهن وبإمكانهن إرضاع أولادهن كما ان معظم النساء ذوات مستوى دراسي لا باس به مما يوضح درجة وعيهن بأهمية الرضاعة الطبيعية.

## 4-2-21- توزيع العينة حسب الرغبة في إنجاب طفل آخر

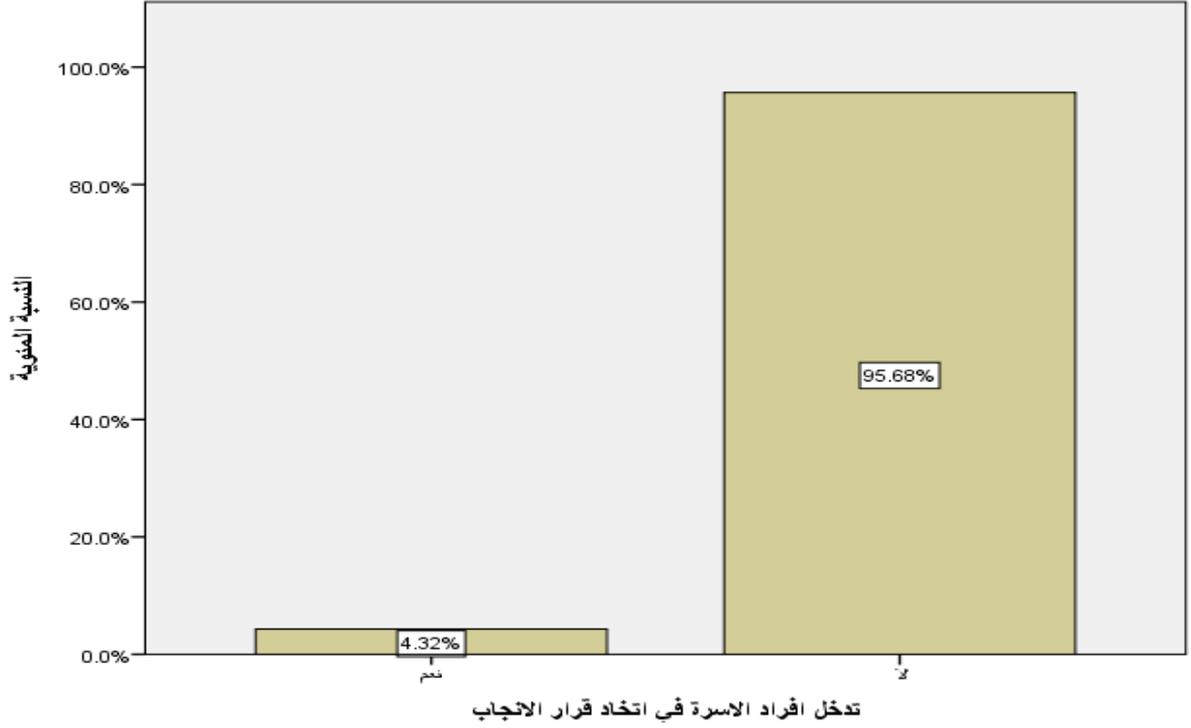
إن الرغبة في إنجاب طفل آخر أسباب عديدة من بينها مثلا الرغبة في إنجاب الذكور على الإناث أو العكس. لكن كيف يتخذ القرار؟ فاتخاذ قرار الإنجاب قد يكون فرديا يعني قرار الزوجة أو الزوج أو عن طريق التماور أو التشاور بين الطرفين، أم يترك للصدفة. أو قد يتدخل فيه أطراف أخرى كأفراد العائلة من الجانبين.

الشكل 11: التمثيل البياني للعينة حسب الرغبة في إنجاب طفل اخر



حسب الشكل (11) إن الرغبة في إنجاب طفل آخر كانت بنسبة 80.30% مقابل 19.70% كن لا يرغبون في إنجاب طفل آخر، وهذا ما يفسر مكانة الأطفال في الأسرة الجزائرية اما عن تدخل أفراد الأسرة في قرار الإنجاب فكان على النحو التالي: 95.68% لا يتدخل أفراد أسرهم في قرار الإنجاب مقابل 4.32% (انظر الشكل 12).

الشكل 12: التمثيل البياني للعينة حسب تدخل افراد الاسرة



بينما فيما يخص اتخاذ قرار الإنجاب فإن 58.99% من القرارات يتخذها الزوجين معا بالتشاور وهذا دليل على مدى تفاهم وانسجام الزوجين و13.06% من القرارات قد يتخذها الزوج أما نسبة القرارات التي تتخذها الزوجة قبل غت 22.11% وبلغت نسبة الصدفة 5.82%. (أنظر الجدول 30).

جدول 30: توزيع العينة حسب اتخاذ قرار الانجاب

النسبة المئوية	التكرارات	اتخاذ قرار الانجاب
22.11	220	انت
13.06	130	زوجك
58.99	587	معا
5.82	58	صدفة
100	995	المجموع

## 4-2-2-22- تنظيم الأسرة وتباعد الولادات

## 4-2-2-21- توزيع العينة حسب موقفهم من تباعد الولادات وأسباب ممارستها

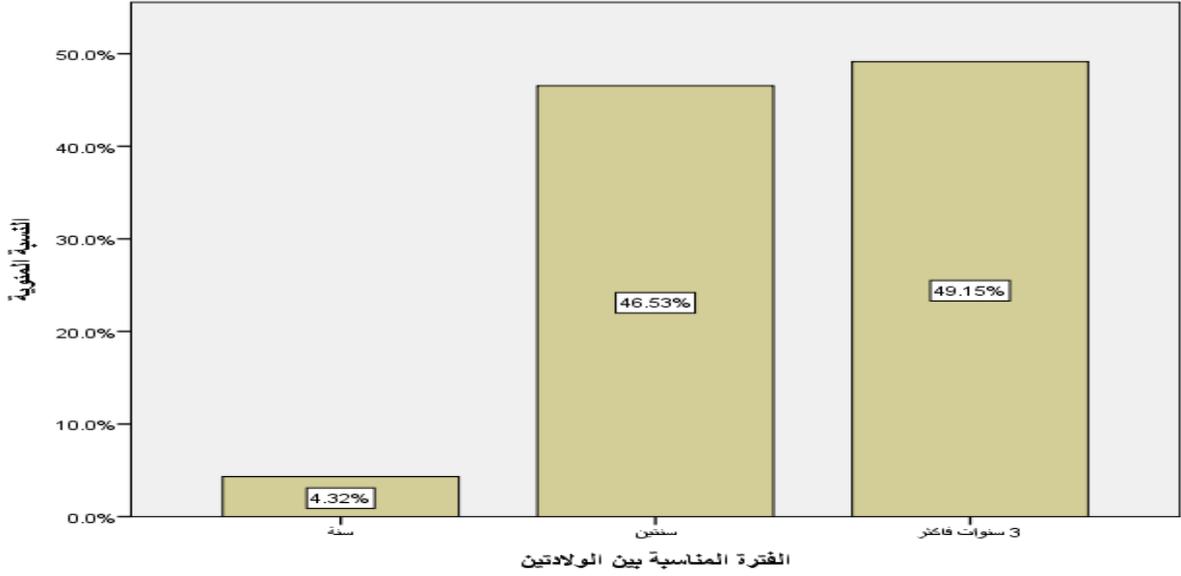
جدول 31: توزيع العينة حسب الموقف من تباعد الولادات

النسبة المئوية	التكرارات	الموقف من تباعد الولادات
88.2	878	موافقة
3.6	36	غير موافقة
8.1	81	حيادية
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

إن البيانات الإحصائية المبيّنة في الجدول (31) توضح أن 88.2% من أفراد العينة موافقة على تباعد الولادات مقابل 8.1% حيادية في حين 3.6% لسن موافقات حيث نلاحظ من الجدول (4-29) كذلك ان 91.8% من النساء يباعد بين الولادات مقابل 8.2% لا يباعدن بين ولاداتهن و اللواتي يرون ان الفترة المناسبة ثلاث سنوات فاكثر بلغت نسبتهن 49.15% اما لسننتين فكانت نسبتهن 46.53% (أنظر الشكل 13) و هذا راجع للمستوى التعليمي للمبحوثات حيث ان غالبيتهن ذوات مستوى متوسط فما فوق مما زاد من درجة الوعي و الإدراك الجيد للظروف الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية.

الشكل 13: التمثيل البياني للعينة حسب الفترة المناسبة بين الولادات



ومن بين الأسباب التي ادت بهن على المباعده بين الولادات نجد أن الالتزامات المهنية كانت السبب الأول بنسبة 39.6% ويليهما ضيق السكن بنسبة 25.2% وبدرجة اقل الاسباب الأسرية 21.2% ثم تأتي الأسباب الصحية بنسبة 11.8% ونسبة 2.2% أسباب أخرى كالمالية مثلا. (أنظر الجدول 32)

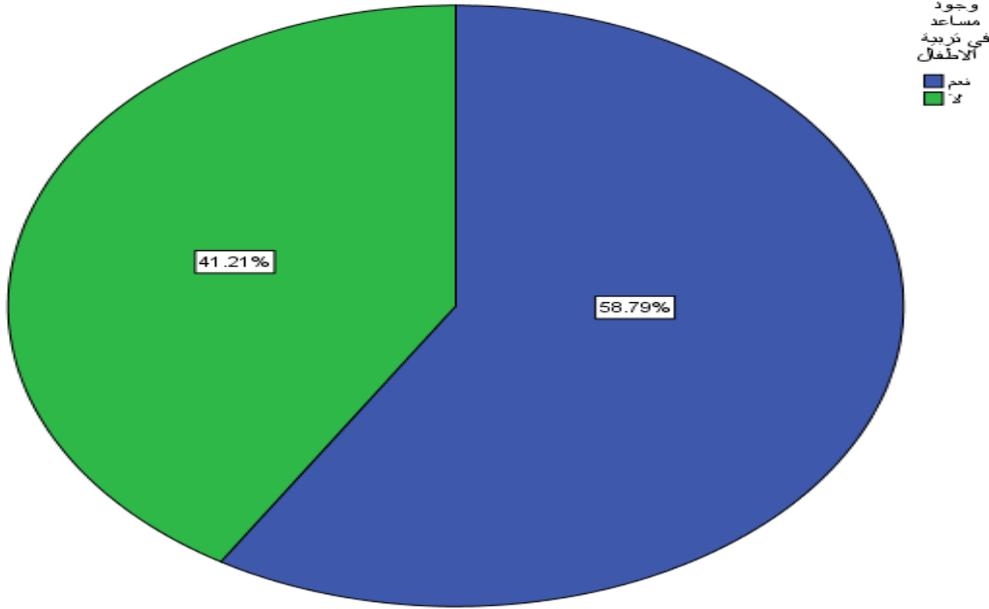
جدول 32: توزيع العينة حسب سبب تباعد الولادات

النسبة المئوية	التكرارات	سبب تباعد الولادات
39.6	394	التزامات مهنية
21.2	211	اسباب اسرية
25.2	251	ضيق السكن
11.8	117	صحية
2.2	22	أخرى
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

فبالرغم من وجود مساعد من العائلة كالأُم مثلاً يساعد على رعاية الأطفال حيث أن 58.79% من أفراد العينة مقابل 41.21% لا يوجد من يساعدهن إلا أنه تبقى الالتزامات المهنية سبب رئيسي لممارسة المبادعة بين الولادات (انظر الشكل 14).

الشكل 14: التمثيل البياني للعينة حسب وجود مساعد في الأسرة



#### 4-2-2-2-4- توزيع العينة حسب عوامل التحكم في تباعد الولادات

جدول 33: توزيع العينة حسب عوامل التحكم في تباعد الولادات

عوامل التحكم في الفترة ما بين الولادة	التكرارات	النسبة المئوية
دينية	72	7.2
مالية	312	31.4
مهنية	220	22.1
صحية	391	39.3
المجموع	995	100

حسب معطيات الجدول (الجدول 33) نجد انه من بين العوامل التي تتحكم في المبادعة بين الولادات حسب أفراد العينة نجد العوامل الصحية بنسبة 39% بينما العوامل المالية كانت بنسبة 31.4%، تليها العوامل المهنية بنسبة 22.1% و 8.8% دينية.

### 4-22-2-3- توزيع العينة حسب معرفة وسائل منع الحمل ومصادرها جدول 34: توزيع العينة حسب معرفة وسائل منع الحمل

الوسيلة	تعرفها	النسبة %	لا تعرفها	النسبة %
الحبوب	995	100	0	00
اللولب	402	40.4	593	59.6
الحاجب الحاجز	88	8.8	9.7	91.2
الواقى الذكري	471	47.3	524	52.7
التعقيم	66	6.6	929	93.4
طريقة الحقن	46	4.6	949	95.4
طريقة الحرارة	29	2.9	966	97.1
الحساب	413	41.5	582	58.5
الرضاعة	833	83.7	162	16.3
العزل	317	31.9	678	68.1
أخرى	21	2.1	974	97.8

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

نلاحظ من البيانات الإحصائية المبينة في الجدول أعلاه المتعلق بمختلف وسائل منع الحمل التي تعرفها أفراد العينة والمتاحة في السوق الجزائرية انهن يعرفن حبوب منع الحمل بنسبة 100% ثم تليها طريقة الرضاعة الطبيعية بنسبة 83.7% وبنسبة 47.3% نجد الواقى الذكري، تليه طريقة الحساب واللولب بنسب متساوية بلغت 41% وبنسبة اقل طريقة العزل في حين الطرق الأخرى كالمغروسات مثلا غير معروفة لدى الكثير من أفراد العينة.

ومن هنا نستنتج أن غالبية أفراد العينة مهتمة بمسألة المباشرة بين الولادات ووسائلها حيث نجد انهن يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل منع الحمل. للإشارة فان معدل انتشار وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة في الجزائر عرف تطور وهذا ما يبيئه الجدول التالي:

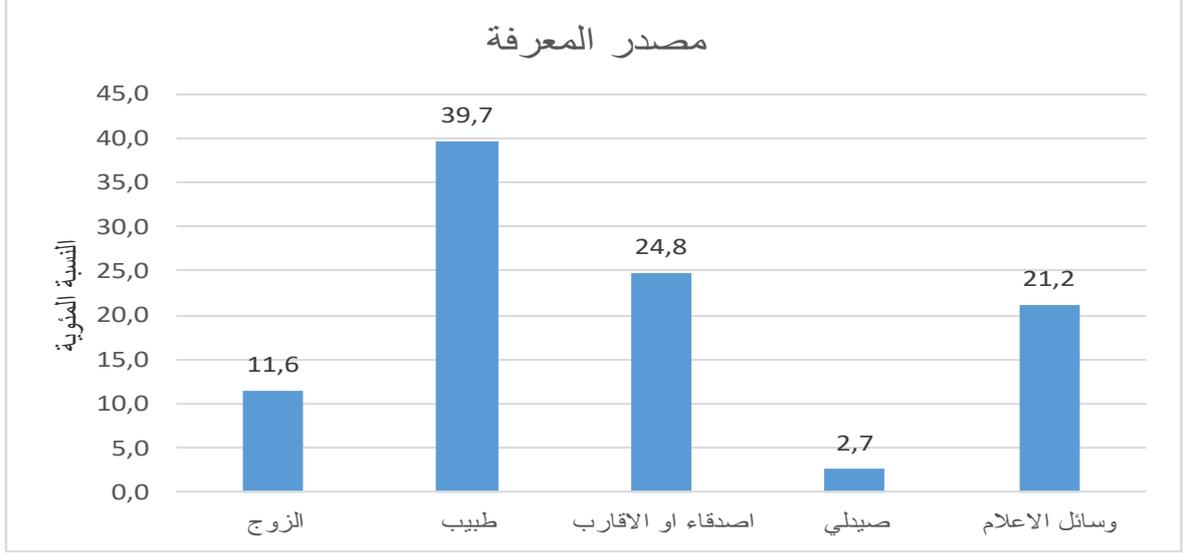
وسائل منع الحمل	1995	2002	2006 MICS3	2013-2012 MICS4	2019 MICS6
الحبوب	43.4	46.8	45.9	43.0	39.0
اللولب	4.1	3.1	2.3	2.2	2.4
جميع الوسائل الحديثة	49.0	51.8	51.0	47.9	44.9
جميع الوسائل التقليدية	7.9	5.2	9.4	9.2	8.1
جميع الوسائل	56.9	57.0	61.4	57.1	53.6

المصدر: - معطيات مديريةية السكان وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2016.

- المسح العنقودي متعدد المؤشرات الجزائر 2019. (MICS6)

حيث نلاحظ من معطيات الجدول ان الحبوب هي الأكثر استعمالاً من طرف النساء وهناك انخفاض ب 3.5 نقطة خاصة الوسائل الحديثة وهذا راجع لنقص التمويل من طرف الدولة لوسائل منع الحمل. أما بخصوص مصادر هاته المعرفة لهذه الوسائل فبيانات الشكل (15) توضح ان من عرفن وسائل منع الحمل عن طريق الطبيب بلغت نسبتهم 39.7% و 24.8% عن طريق الأصدقاء أو الأقارب و 21.2% بواسطة وسائل الإعلام في حين 2.7% من العينة مصدر معرفتهن الصيدلي.

**الشكل 15: التمثيل البياني للعينة حسب مصدر المعرفة**



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

#### 4-22-2-4- توزيع العينة حسب استعمال وسائل منع الحمل

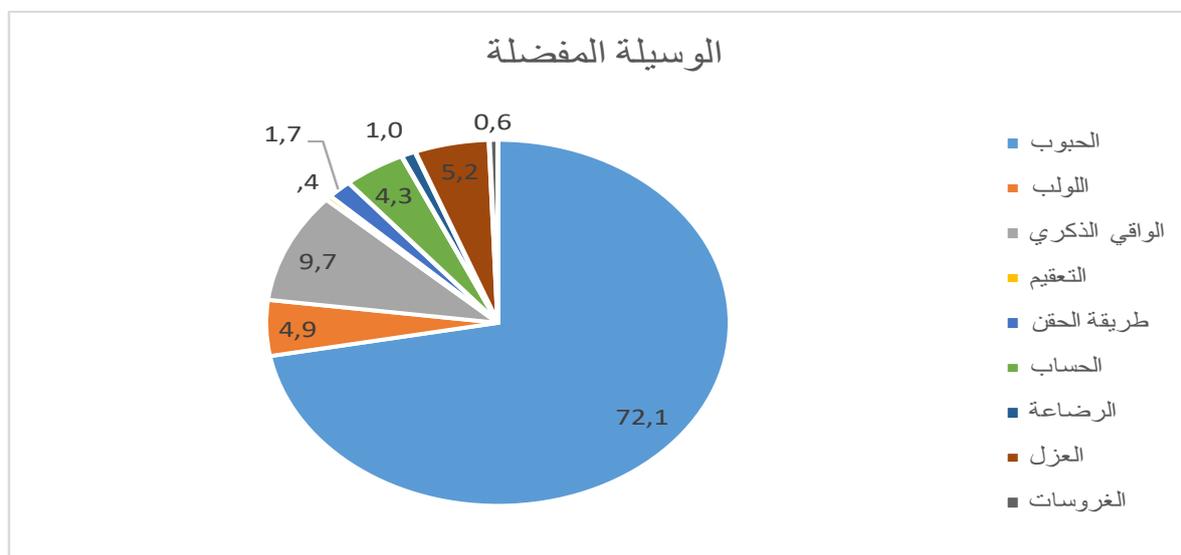
جدول 35: توزيع العينة حسب الوسيلة المستعملة

النسبة المئوية	التكرارات	الوسيلة المستعملة
78.99	786	الحبوب
8.64	86	اللولب
1.21	12	الحاجب الحاجز
4.42	44	الواقي الذكري
0.4	4	التعقيم
0.4	4	طريقة الحقن
3.42	34	الحساب
1.21	12	الرضاعة
0.8	8	العزل
0.5	5	المغروسات
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من معطيات الجدول اعلاه نلاحظ أن غالبية افراد العينة يستعملن الحبوب كوسيلة منع الحمل بنسبة 78.99 % و 8.64% يستعملن اللولب وباقي الوسائل بنسب قليلة والاستعمال قد يكون مؤقت. وهذا ما يوضحه الشكل (16) حيث ان أفراد العينة يستعملن وسائل منع الحمل المفضلة لديهن حيث بلغت نسبة الحبوب كوسيلة منع الحمل المفضلة 72.2%.

الشكل 16: التمثيل البياني للعينة حسب الوسيلة المفضلة



أما بالنسبة لبيانات الجدول (36) والمتعلقة ببداية الاستعمال لهاته الوسائل فجاءت كالتالي: 72.4% من النساء استعملن وسيلة منع الحمل بعد الولادة الأولى، 17.7% بعد الولادة الثانية، 6.5% بعد الزواج مباشرة في حين 3.8% من المبحوثات بعد عدة ولادات.

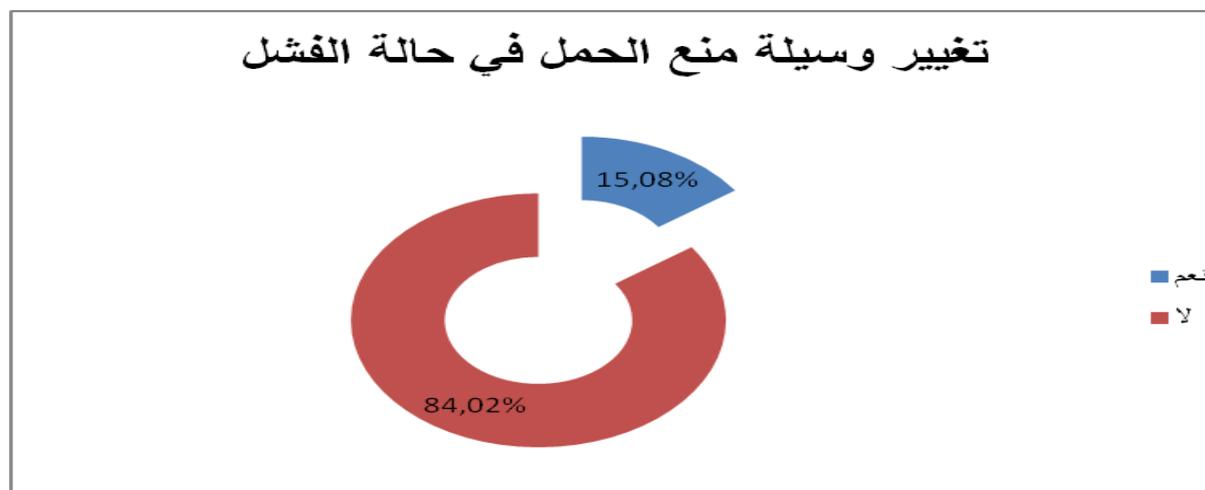
جدول 36: توزيع العينة حسب بداية استعمال وسائل منع الحمل

النسبة المئوية	التكرارات	بداية الاستعمال
6.5	65	بعد الزواج
72.4	720	بعد الولادة الأولى
17.7	176	بعد الولادة الثانية
3.4	34	بعد عدة ولادات
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

اما عن تغييرها من عدمه لأي سبب من الأسباب كفشلها مثلا نجد 15.98 % فمن بتغييرها مقابل 84.02 % لم يغيرنها (انظر الشكل 17).

الشكل 17: التمثيل البياني للعينة حسب تغيير وسيلة منع الحمل



#### 4-2-23- توزيع العينة حسب الوضعية الصحية لأفراد العينة

جدول 37: توزيع العينة حسب الوضعية الصحية

التكرارات				المتغير
النسبة %	لا	النسبة %	نعم	
93.4	929	6.6	66	المشاكل الصحية قبل الزواج
74.4	740	25.6	255	المشاكل الصحية خلال الحمل
20.2	201	79.8	794	زيارة الطبيب بانتظام أثناء الحمل وبعد الولادة
6.6	66	93.4	929	الرعاية الصحية للأولاد
00	00	100	995	اللقاحات اللازمة للأولاد

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

يعتبر العامل الصحي من المتغيرات التي يعتمد عليها الباحثين في مثل هذه المواضيع التي لها علاقة بالصحة العامة و الصحة الإنجابية بصفة خاصة و يعتبر من العوامل التي تؤثر على ممارسة المبادعة بين الولادات حيث يعتبر من بين الأسباب الأساسية التي تتحكم في ممارستها من عدمه و من خلال بيانات الجدول أعلاه نلاحظ أن اغلب أفراد العينة لا يعانون من مشاكل صحية سواء قبل الزواج او خلال الحمل و مع ذلك يزرن الطبيب بانتظام قبل و أثناء الحمل مع تسجيل بعض المشاكل لدى 25.6% من العينة أما في ما يخص الرعاية الصحية للأطفال بلغت نسبة 93.4% .

## 3-4- اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج

## 1-3-4- الإجابة عن التساؤلات

i. هل موقف النساء من المباشرة بين الولادات إيجابي ام سلبي؟

جدول 38: توزيع العينة حسب موقفهن من المباشرة بين الولادات

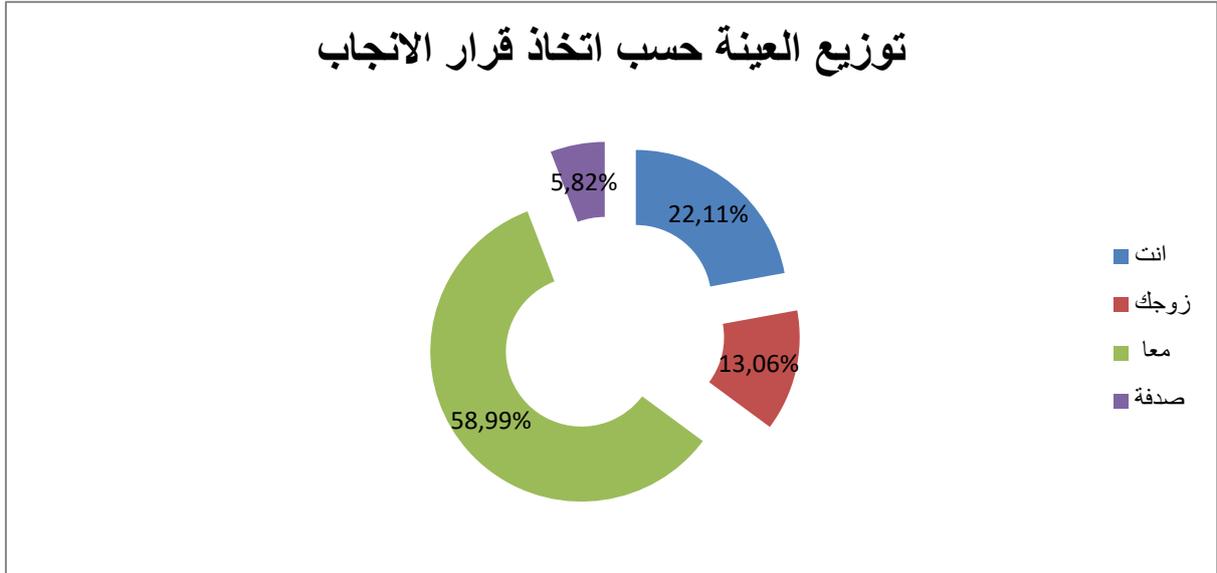
النسبة المئوية	التكرارات	الموقف من تباعد الولادات
88.2	878	موافقة
3.6	36	غير موافقة
8.1	81	حيادية
100	995	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من بيانات الجدول (38) نلاحظ أن موقف المبحوثات من تباعد الولادات هو موقف إيجابي حيث أن نسبة الموافقات على ترك فترة مناسبة بين ولادتهن بلغت 88.2% مقابل 3.6% غير موافقات، حيث بلغت نسبة المبحوثات الحياديات 8% حيث جاءت أكثر إجابتهن حول لماذا تباعدن بين ولادتهن؟ من أجل الرعاية الصحية والتربية الحسنة للأطفال وهذا دليل على إدراكهن لأهمية المباشرة بين الولادات على صحتهن عامة وصحتهن الإنجابية خاصة وكذا على صحة أطفالهن.

ii. هل المناقشة الزوجية أو التشاور بين الزوجين يؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات؟ لتوضيح هاته العلاقة وشدهتها حولنا معرفة كيف يتخذ قرار الإنجاب داخل الأسرة وهل يتدخل أفراد الأسرة في اتخاذ القرار؟

الشكل 18: التمثيل البياني للعينة حسب كيفية اتخاذ قرار الإنجاب



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

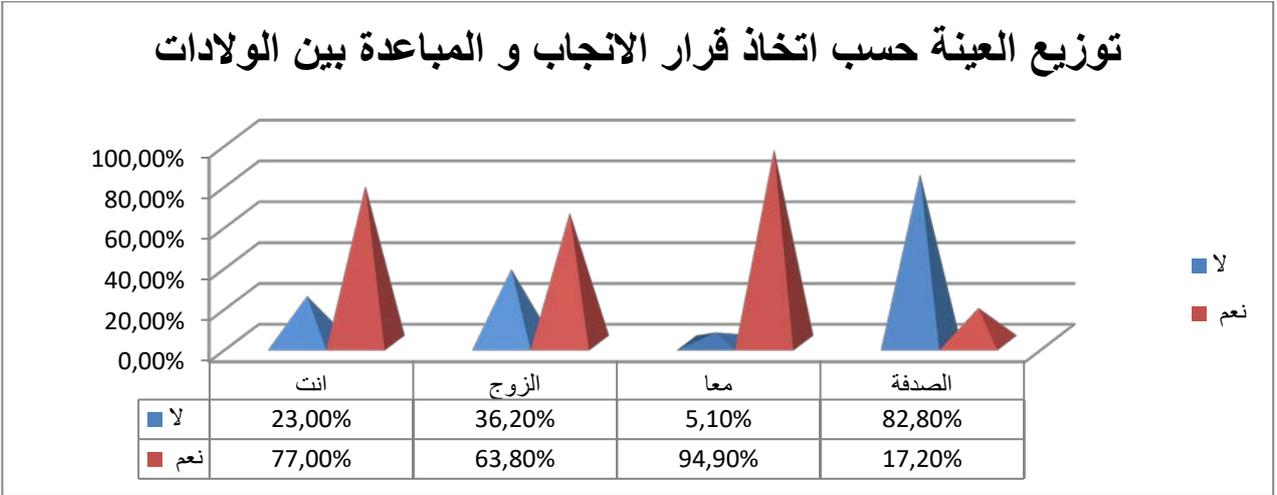
من خلال بيانات الشكل أعلاه نجد انه ما يقارب 60% يتخذن قرار الإنجاب معا وهذا دليل على مدى تفاهم وانسجام بين الزوجين في حين 22.11% هن من يتخذن قرار الإنجاب مقابل 13.06% أزواجهن من يتخذوا القرار وينسب 5.82% ينبجن عن طريق الصدفة. وهذا ما تؤكدته نتائج المسح العنقودي المتعدد 2019 (MICS6) حيث إن القرارات المتعلقة بالصحة الإنجابية يتخذها الأزواج معا بنسبة 62.4% وبنسبة 32.6% يتخذنها الزوجات فقط (انظر الجدول (39) المرفق في الملحق).

ومن الشكل (13) فنجد أن غالبية العينة لا يتدخل أفراد الأسرة سواء من أفراد عائلة الزوجة أو الزوج وذلك بنسبة 95.68% بينما اللواتي يتدخل أفراد عائلتهن لا يتدخل سواء بالإيجاب أو بالسلب في اتخاذ قرار الإنجاب بنسبة 4.32%. وهذا راجع إلى استقلالية الأسر وتغيرها من العائلة الممتدة إلى العائلة النووية وكذا غالبية المبحوثات يقطن في سكنات فردية.

وللتوضيح أكثر حاولنا معرفة أيضا هل كيفية اتخاذ القرار وتدخل الأسرة في هذا القرار تؤثران في ممارسة المباحدة بين الولادات؟ بالإضافة الى ان هل التحدث حول عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم مسبقا يؤثر في هذه الممارسة؟

#### 4-3-1-2-1- العلاقة بين اتخاذ قرار الإنجاب، تدخل الأسرة والمباحدة بين الولادات

الشكل 19: التمثيل البياني للعينة حسب اتخاذ قرار الإنجاب والمباحدة بين الولادات



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

لتوضيح العلاقة بين هذين المتغيرين المستقلين اتخاذ قرار الإنجاب وتدخل الأسرة والمتغير التابع ممارسة المباحدة بين الولادات قمنا بتطبيق الانحدار اللوجستي وذلك لتقدير احتمال ممارسة المباحدة بين الولادات أو عدم الممارسة من خلال تحديد تأثير هذين المتغيرين على هذا الاحتمال. من مخرجات الجدول (40) نلاحظ أن نموذج الانحدار اللوجستي المتحصل عليه دال إحصائيا عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ .

جدول 40: اختبار خصوصية النموذج

Tests de spécification du modèle				
		Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
Etape 1	Etape	229.256	4	.000
	Bloc	229.256	4	.000
	Modèle	229.256	4	.000

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

وحسب معامل ( $R^2$  de Nagelkerke=0.362) فان التغير في احتمال المباعدة بين الولادات يفسر بنسبة 36.2%. بالمتغير اتخاذ قرار الإنجاب (انظر الجدول 41 في الملحق).

جدول 42: المتغيرات في المعادلة

Variables dans l'équation							
	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Expo(B)	
Etape 1a	قرار_الإنجاب		169.810	3	.000		
	قرار_الإنجاب(1)	-3.726	.413	81.477	1	.000	.024
	قرار_الإنجاب(2)	-2.144	.393	29.735	1	.000	.117
	قرار_الإنجاب(3)	-4.498	.396	129.149	1	.000	.011
	تدخل_الأسرة	1.911	1.092	3.062	1	.080	6.763

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : قرار الإنجاب , تدخل الأسرة.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

جدول 43: ترميز المتغيرات الاسمية

Codages des variables nominales					
	Fréquence	Codage des paramètres			
		(1)	(2)	(3)	
اتخاذ قرار الإنجاب	أنت	220	1.000	.000	.000
	زوجك	130	.000	1.000	.000
	معا	587	.000	.000	1.000
	صدفة	58	.000	.000	.000

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

أما الجدول (42) يبين أن اتخاذ القرار فقط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ . وحسب جدول الترميز رقم (43) فان الفئة المرجعية تتمثل في أن الإنجاب يأتي عن طريق الصدفة وعليه فان إذا اتخذ القرار معا فان احتمال عدم المباعدة ينقص ب 98% وب 70% إذا كان القرار المتخذ من طرف الزوجة لوحدها مقارنة إذا ترك الإنجاب للصدفة وبالتالي المناقشة الزوجية والتشاور حول قرار الإنجاب يؤثر في احتمال المباعدة بين الولادات.

لكن وحسب مخرجات الجدول (42) نجد أن تدخل الأسرة لا يؤثر في ممارسة المباعدة بين الولادات وهذا راجع لاستقلالية غالبية العينة من حيث السكن وارتفاع المستوى التعليمي.



## 4-3-2-1-1- العلاقة بين السن والمباعدة بين الولادات

لتحديد العلاقة بين المتغير التابع ممارسة المباعدة بين الولادات ومتغير السن: سن المبحوث وسن زوجها كمتغيرين مستقلين طبقنا الانحدار الخطي المتعدد.

جدول 46: تحليل التباين للنموذج (ANOVA)

Anova						
Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.	
1	Régression	4.752	2	2.376	32.665	.000b
	Résidu	72.157	992	.073		
	Total	76.909	994			
a. Variable dépendante : ممارسة المباعدة بين الولادات:						
b. Valeurs prédites : (constantes), سن المبحوث , سن الرجل,						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

## جدول 48: جدول المعاملات

Coefficients						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1.048	.051		20.609	.000
	سن المبحوث	-.018-	.002	-.391-	-7.585-	.000
	سن الرجل	.015	.002	.400	7.755	.000
a. Variable dépendante : المباعدة بين الولادات :						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

ومن خلال الجدول (46) نلاحظ أن النموذج المطبق الانحدار الخطي دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ .

وبما أن معامل ال تحديد  $R^2 = 0.06$  (انظر الجدول 47 في الملحق) فإن التغير في الممارسة أي الانتقال من المباعدة بين الولادات إلى عدم المباعدة يفسره متغير السن ب 6% حيث انه السن سواء سن الزوجة أو الزوج يؤثران في ممارسة المباعدة بين الولادات.

ومن الجدول رقم (48) الخاص بالمعاملات نستنتج أن هناك علاقة سالبة بين سن المبحوثات والمباعدة بين الولادات وسن أزواجهن يؤثران في المباعدة بين الولادات وبينما توجد علاقة موجبة بين سن الزوج والمباعدة، وذلك وفق المعادلة التالية:

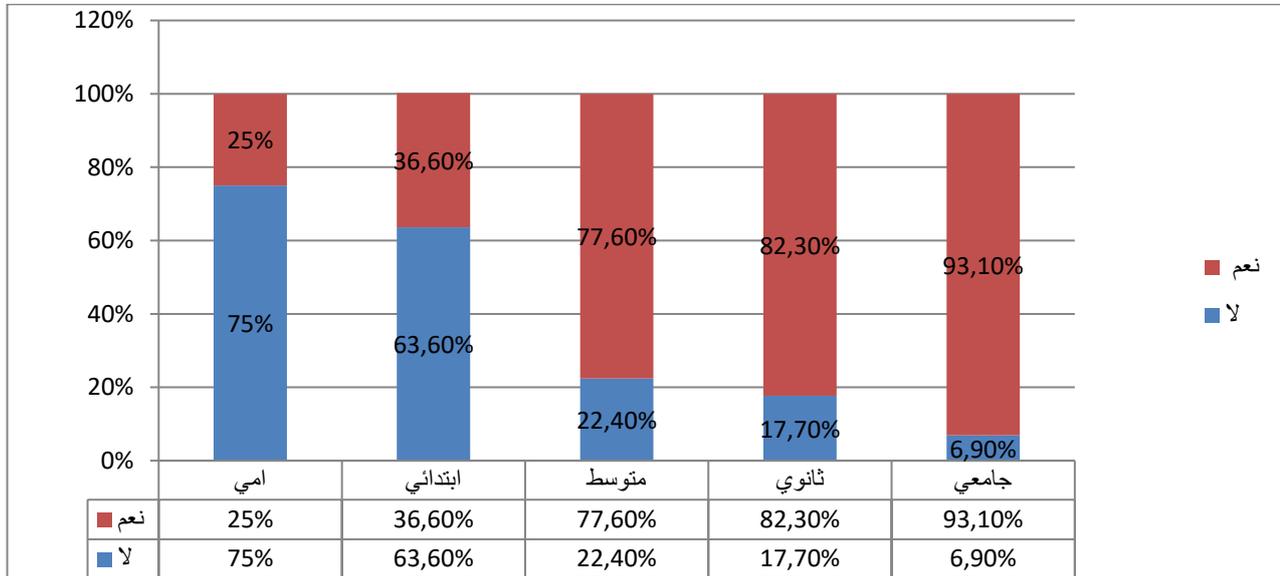
المباعدة بين الولادات = (-0.39) سن المبحوث + (0.4) سن الزوج.

معنى ذلك أن كلما زاد سن الزوجة كانت نسبة المباعدة بين ولادتهن أكبر أي المبحوثات الأصغر سناً هن اللواتي لا يباعدن بين ولاداتهن، في حين كلما كبرن يباعدن بين ولاداتهن، وهذا لان صغيرات السن يتمتعن

بدرجة خصوبة عالية وصحة إنجابية جيدة، ولديها الصبر على تربية أولادها. أما العكس بالنسبة للرجل، فكلما كان كبر سنه كانت لديه رغبة كبيرة في المزيد من الأطفال وبالتالي ترتفع نسبة عدم المباشرة بين الولادات لديهم.

#### 3-1-2-3-4- العلاقة بين المستوى التعليمي للزوجة والمباشرة بين الولادات.

الشكل 20: التمثيل البياني للعينة حسب المستوى التعليمي للزوجة والمباشرة بين الولادات



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من المعطيات المبينة في الشكل (20) نلاحظ أن أكثر فئة لا تباعد بين ولاداتها هي فئتي النساء اللواتي لديهن مستوى أمي وابتدائي وبدرجة أقل ذوات المستوى المتوسط، في حين ذوات المستوى الثانوي والجامعي يباعدن بنسبة كبيرة.

وهذا يعني أن المستوى التعليمي للزوجة له تأثير كبير في ممارسة المباشرة بين الولادات، فارتفاع المستوى التعليمي يؤدي إلى المباشرة بين الولادات والعكس صحيح.

وللتحقق من هذا التأثير قمنا باستعمال الانحدار الخطي البسيط واتخذنا كفرضية صفرية المستوى التعليمي للزوجة لا يؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات.

جدول 49: تحليل التباين للنموذج (ANOVA)

Anova					
Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	47.568	1	47.568	385.061	.000b
1 Résidu	122.669	993	.124		
Total	170.237	994			

a. Variable dépendante : ممارسة المباشرة بين الولادات

b. Valeurs prédites : (constantes), المستوى التعليمي للمبحوثة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

## جدول 51: جدول المعاملات

Coefficients					
Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sigg.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	1.905	.037		51.915	.000
1 المستوى التعليمي للزوجة	-.188-	.010	-.529-	-19.623-	.000

a. Variable dépendante : ممارسة المباحدة بين الولادات :

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ومن مخرجات الجدول رقم (49) نلاحظ أن النموذج المطبق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ . وعليه نرفض الفرضية الصفرية. كما يمكننا القول إن الانتقال من ممارسة المباحدة بين الولادات إلى عدم الممارسة يفسره التغير في المستوى الدراسي للزوجة ب 28% حيث أن معامل ال تحديد  $R^2 = 0.279$  (انظر الجدول 50 في الملحق).

ومن جدول المعاملات رقم (51) أعلاه نستنتج أن هناك علاقة عكسية وقوية نوعاً ما بين المستوى التعليمي للزوجة وممارسة المباحدة بين الولادات وذلك وفق المعادلة التالية:

**المباحدة بين الولادات = (-0.52) المستوى التعليمي للزوجة.**

حيث كلما ارتفع مستواها التعليمي زادت نسبة المباحدة لديهن. وهذا منطقي كون تعلم المرأة يسمح لها بزيادة الوعي بفوائد وأهمية ترك مدة زمنية طويلة بين الولادة والأخرى كما يكون لها دراية بوسائل منع الحمل وبرنامج تباعد الولادات مما يجعلها تستعمل وسائل منع الحمل بطريقة منتظمة.

#### 4-1-2-3-4- العلاقة بين المستوى التعليمي للزوج على المباحدة بين الولادات

الجدول 52: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي للزوج والمباحدة بين الولادات

المستوى التعليمي للزوج					المباحدة بين الولادات
جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	أمي	
81.7%	91.4%	77%	58.1%		نعم
12.3%	8.6%	23%	41.9%	100%	لا
100%	100%	100%	100%	100%	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من بيانات الجدول (52) يتضح لنا أن الأزواج الذين مستواهم التعليمي ثانوي أو أكبر هم أكثر فئة التي تمارس المباحدة بين الولادات وبنسبة أقل ذوو المستوى متوسط بنسبة 77%، في حين أصحاب المستويات المتدنية بنسب ضعيفة.

ولمعرفة هاته العلاقة وشدة تأثير المستوى التعليمي للزوج كمتغير مستقل استعملنا مربع كاي لبرغسون واتخذنا كفرضية صفرية لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي للزوج والمباحدة بين الولادات.

وكنتيجة فان النموذج المطبق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  (انظر الجدول 53).  
جدول 53: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	189.679a	4	.000
Rapport de vraisemblance	176.730	4	.000
Association linéaire par linéaire	109.497	1	.000
Nombre d'observations valides	995		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 7.01.

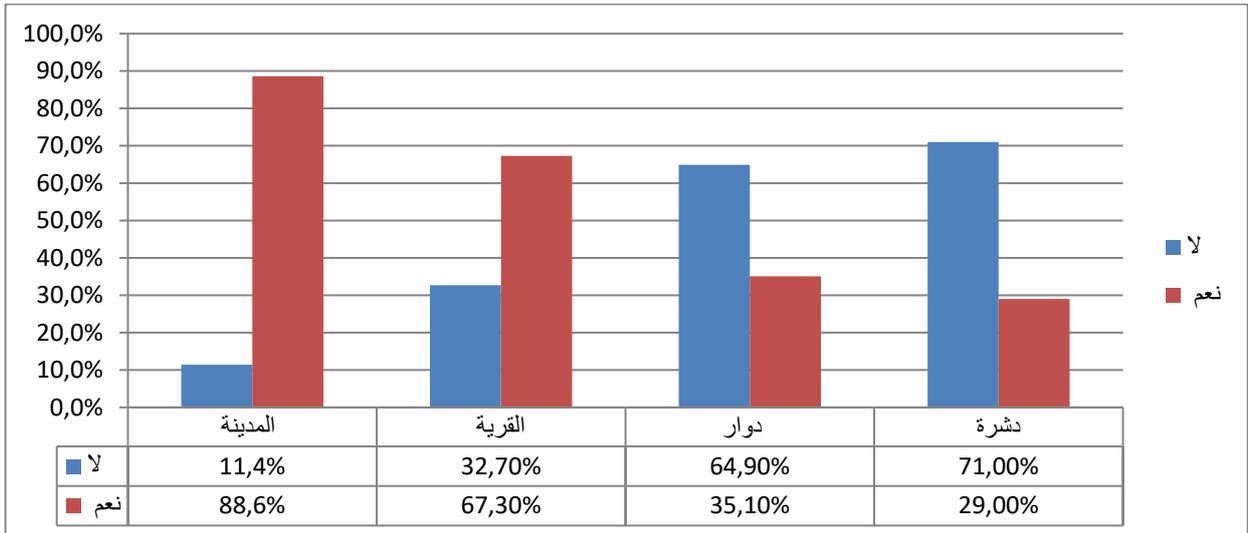
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

وعليه نقبل الفرضية البديلة التي تقول إن المستوى التعليمي للزوج يؤثر في المباشرة بين الولادات ونرفض الفرضية الصفرية.

ولكن شدة التأثير قريبة من المتوسط بحكم ان  $V$  de Cramer = 0.43 (انظر الجدول (54) في الملحق).  
فالمستوى التعليمي العالي للزوج يسمح له بضبط رغبته في إنجاب المزيد من الأطفال، نظرا لإدراكه ووعيه بأهمية المباشرة بين الولادات. وكذا توجيه زوجته إذا كان مستواها التعليمي ضعيف.

#### 4-3-2-1-5- العلاقة بين المباشرة بين الولادات ووسط الإقامة

الشكل 21: التمثيل البياني للعينة حسب وسط الإقامة والمباشرة بين الولادات



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من خلال معطيات الشكل (21) نرى أن أكثر النساء اللواتي يباعدن بين الولادات هن من يقطن بالمدينة وتليها نسبة من اللواتي يقطن بالقرية والعكس بالنسبة للواتي يقطن بالدرة والدوار على التوالي. ولتوضيح العلاقة أكثر استعملنا الانحدار الخطي البسيط واتخذنا كفرضية صفرية. وسط الإقامة كمتغير مستقل لا يؤثر في المتغير التابع ممارسة المباشرة بين الولادات.

## جدول 55: تحليل التباين للنموذج (ANOVA)

Anova						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	43.489	1	43.489	379.135	.000b
	Résidu	113.902	993	.115		
	Total	157.391	994			
a. Variable dépendante : ممارسة المباحدة بين الولادات						
b. Valeurs prédites : (constantes), وسط الإقامة						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

## جدول 56: جدول المعاملات

Coefficients						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	.794	.023		34.064	.000
	وسط الإقامة	.252	.013	.526	19.471	.000
a. Variable dépendante : ممارسة تباعد الولادات						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

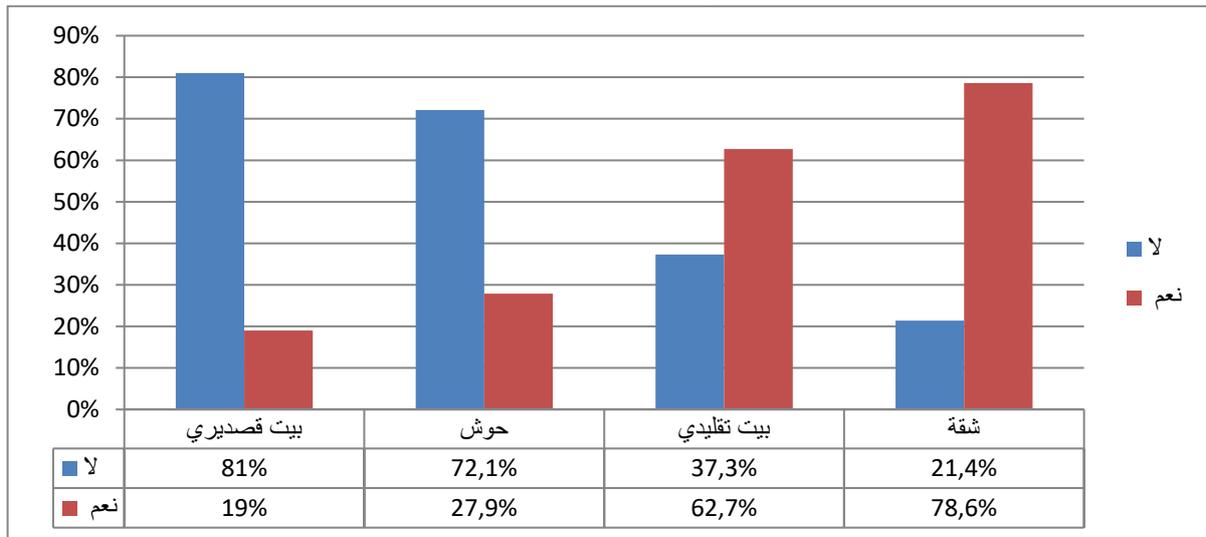
ومن معطيات الجدول رقم (55) نجد أن النموذج المطبق الانحدار الخطي البسيط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي نقبل الفرضية البديلة إذ أن وسط الإقامة يؤثر في المباحدة بين الولادات، ومن خلال جدول المعاملات رقم (56) التأثير يكون وفق المعادلة التالية:

**المباحدة بين الولادات = (0.526) وسط الإقامة.**

كما أنه وحسب قيمة معامل التحديد التي بلغت  $R^2 = 0.276$  يمكننا القول بان الانتقال من ممارسة المباحدة بين الولادات إلى عدم الممارسة يفسره التغيير في وسط الإقامة بـ 27.6% (انظر الجدول (57) في الملحق). حيث كلما انتقلنا من وسط إلى وسط آخر تحظرتنا تزيد نسبة المباحدة وذلك راجع إلى سهولة الحصول على المعلومة الكافية وارتفاع معدل انتشار وسائل منع الحمل وكثرة المؤسسات الاستشفائية المختصة التي فيها مراكز حماية الطفولة والأمومة، مما يزيد من درجة الوعي بأهمية المباحدة بين الولادات وتأثيرها على صحتها الإيجابية.

### 4-3-2-1-6- العلاقة بين نوع السكن والمباعدة بين الولادات

الشكل 22: التمثيل البياني للعينة حسب نوع السكن والمباعدة بين الولادات



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من الشكل رقم (22) نلاحظ أن اللواتي يسكنون فيلا هن من يباعدن بين ولادتهن وبدرجة أقل من يسكن شقة في هاته الحالة طبقنا اختبار مربع كاي لبرغسون واتخذنا كفرضية صفرية انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين نوع السكن وممارسة المباعدة بين الولادات.

جدول 58: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
<b>Khi-deux de Pearson</b>	116.143a	4	.000
<b>Rapport de vraisemblance</b>	100.048	4	.000
<b>Association linéaire par linéaire</b>	.686	1	.407
<b>Nombre d'observations valides</b>	995		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9.03.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

ومن مخرجات الجدول رقم (58) نجد أن نموذج كاي مربع  $X^2$  لبرغسون هو دال إحصائيا عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة ونقول إن نوع السكن يؤثر في ممارسة المباعدة بين الولادات ولكن بدرجة نوعا ما ضعيفة بالنظر لقيمة  $V$  de Cramer = 0.34 (انظر الجدول (59) في الملحق) إذ انه كلما كان نوع السكن لائق كانت نسبة المباعدة أكبر حيث أن هذه الأخيرة تجسدت أكثر في الأسر التي تقطن سكنات من نوع فيلا أو شقة.

## 4-3-2-1-6- العلاقة بين صنف السكن والمباعدة بين الولادات

جدول 60: توزيع العينة حسب صنف السكن والمباعدة بين الولادات

صنف السكن					المباعدة بين الولادات
ملكية خاصة	ملكية عائلية	سكن وظيفي	مستأجر	فوضوي	
85.7%	83.6%	91.2%	50%	41.2%	نعم
14.3%	16.4%	8.8%	50%	58.8%	لا
100%	100%	100%	100%	100%	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من معطيات الجدول (60) والتي تبين أن أكثر فئة من أفراد العينة التي تباعد بين الولادات هي اللواتي يقطن بسكنات وظيفية وبنسب متقاربة تفوق 80% اللواتي يسكن سكنات ذات ملكية خاصة أو عائلية والعكس صحيح بالنسبة للسكنات المستأجرة والفوضوية على التوالي.

ولتوضيح العلاقة طبقنا مربع كاي لبيرسون والذي وجدناه حسب مخرجات الجدول (61) دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 5% و عليه نقول كفرضية بديلة إن صنف السكن يؤثر في ممارسة المباعدة بين الولادات

جدول 61: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	52.369a	4	.000
Rapport de vraisemblance	53.030	4	.000
Association linéaire par linéaire	21.572	1	.000
Nombre d'observations valides	995		

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 22.15.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لكن شدة التأثير نوعاً ما ضعيفة حسب قيمة  $V$  de Cramer = 0.22 (انظر الجدول (62) في الملحق).

## 4-3-2-1-7- العلاقة بين نوع الزواج والمباعدة بين الولادات

جدول 63: توزيع العينة حسب نوع الزواج والمباعدة بين الولادات

المجموع	المباعدة بين الولادات		نوع الزواج
	لا	نعم	
100%	58.8%	41.2%	داخلي كل أشكال القرابة
100%	11.1%	88.9%	خارجي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

من بيانات الجدول (63) نلاحظ أن أفراد العينة اللواتي كان زواجهن من خارج العائلة هن من يباعدن بين الولادات بنسبة كبيرة عكس من كان زواجهن داخلي. مع العلم إن معظم المبحوثات زواجهن أحادي بنسبة 96% (انظر الجدول 15).

ولتوضيح هاته العلاقة استعملنا اختبار الانحدار الخطي البسيط واتخذنا كفرضية صفرية نوع الزواج سواء كان داخلي أو خارجي لا يؤثر في ممارسة المباعدة بين الولادات.

**جدول 64: تحليل التباين للنموذج (ANOVA)**

ANOVAa						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	24.353	1	24.353	117.423	.000b
	Résidu	205.944	993	.207		
	Total	230.297	994			
a. Variable dépendante : ممارسة المباعدة بين الولادات						
b. Valeurs prédites : (constantes), نوع الزواج						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

من الجدول رقم (4-62) نجد أن النموذج دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ . وعليه فإننا نرفض الفرضية الصفرية التي تقول إن الزواج سواء كان داخلياً (كل إشكال القرابة) أو خارجياً لا يؤثر في المباعدة بين الولادات.

**جدول 65: جدول المعاملات**

Coefficientsa						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1.895	.051		37.073	.000
	نوع الزواج	-.325-	.030	-.325-	-10.836-	.000
a. Variable dépendante : ممارسة المباعدة بين الولادات						

ومن جدول المعاملات أعلاه فان التأثير يكون وفق المعادلة التالية:

**المباعدة بين الولادات = (-0.325) نوع الزواج.**

وبالتالي هناك علاقة عكسية بين نوع الزواج وممارسة المباعدة بين الولادات حيث انه كلما كان الزواج داخلي مهما يكن شكل القرابة فان نسبة عدم المباعدة تكون كبيرة والعكس صحيح. لكن الانتقال من الممارسة إلى عدم الممارسة يفسره التغير في نوع الزواج إلا بنسبة 10.5% حيث أن معامل التحديد  $R^2 = 0.105$  (انظر الجدول 66 في الملحق).

## 4-3-2-1-2- العلاقة بين جنس المولود والمباعدة بين الولادات

لدراسة هاته العلاقة قمنا باستعمال الارتباط الخطي المتعدد بين المباعدة بين الولادات كمتغير تابع وعدد الأطفال ذكور وعدد الأطفال الإناث كمتغيرات مستقلة.

ومن مخرجات جدول الارتباط رقم (67) هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال إناث معامل سبيرمان دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  لكن هاته العلاقة ضعيفة بحكم قيمة هذا الأخير تساوي -0.168 في حين متغير عدد الأطفال ذكور غير دال إحصائياً وعليه فان متغير عدد الأطفال إناث يؤثر في المباعدة بين الولادات فكلما كان عدد الإناث أكبر كان احتمال المباعدة أكبر عكس عدد الأطفال الذكور فانه لا يؤثر في المباعدة بين الولادات. وبالتالي يمكن القول إن جنس المولود يؤثر في ممارسة المباعدة بين الولادات خاصة إذا كان المولود الأول أنثى وهذا ما تفسره علاقة الأسرة الجزائرية بالطفل وخاصة الذكور حيث إنجاب الذكور يعتبر مصدر تباهي للزوجة داخل العائلة.

جدول 67: جدول الارتباطات

Corrélations					
		عدد الأطفال الأحياء إناث	عدد الأطفال الأحياء ذكور	ممارسة المباعدة بين الولادات	
Rho de Spearman	عدد الأطفال الأحياء إناث	Coefficient de corrélacion	1.000	-.072-*	-.168-**
		Sig. (bilatérale)	.	.023	.000
		N	995	995	995
	عدد الأطفال الأحياء ذكور	Coefficient de corrélacion	-.072-*	1.000	-.020-
		Sig. (bilatérale)	.023	.	.523
		N	995	995	995
	ممارسة المباعدة بين الولادات	Coefficient de corrélacion	-.168-**	-.020-	1.000
		Sig. (bilatérale)	.000	.523	.
		N	995	995	995
*. La corrélacion est significative au niveau 0,05 (bilatéral).					
**. La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).					

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

4-3-2-2- الفرضية الجزئية الثانية

بالنسبة لهذه الفرضية والمتعلقة بالعوامل الاقتصادية قلنا إن هذه الأخيرة تؤثر في ممارسة المبادعة بين الولادات.

4-3-2-2-1- العلاقة بين الدخل الشهري والمبادعة بين الولادات

لتوضيح العلاقة بين المتغير التابع ممارسة المبادعة بين الولادات والدخل الشهري كمتغير مستقل، طبقنا الارتباط الخطي البسيط ومن مخرجات جدول الارتباط رقم (68) حصلنا على معامل الارتباط لبيرسون دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ .

وبالتالي الدخل الشهري يؤثر في المبادعة بين الولادات كما لاحظنا إن هناك علاقة عكسية بين الدخل الشهري والمبادعة بين الولادات فكلما زاد الدخل كانت نسبة المبادعة بين الولادات لكن درجة التأثير ضعيفة جدا حيث معامل الارتباط لبيرسون يساوي -0.065 وهذا منطقي الدخل الكبير يكفي لتغطية حاجيات الأسرة والتكفل بالأطفال صحيا مهما كبر حجمها.

جدول 68: جدول الارتباطات

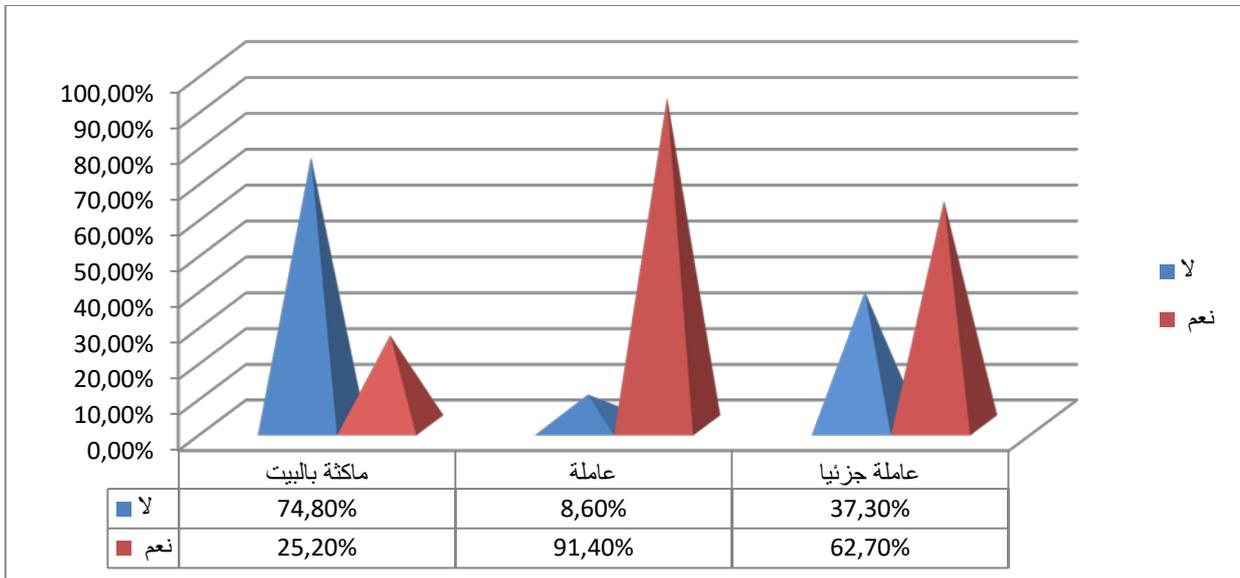
Corrélations			
		الدخل الشهري للعائلة	ممارسة المبادعة بين الولادات
الدخل الشهري للعائلة	Corrélacion de Pearson	1	-.065-*
	Sig. (bilatérale)		.039
	N	995	995
ممارسة المبادعة بين الولادات	Corrélacion de Pearson	-.065-*	1
	Sig. (bilatérale)	.039	
	N	995	995

\*. La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

4-3-2-2-2- العلاقة بين المهنة وممارسة المبادعة بين الولادات

الشكل 23: التمثيل البياني للعينة حسب المهنة والمبادعة بين الولادات



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

لتوضيح العلاقة طبقنا نموذج الانحدار الخطي المتعدد وكفرضية صفرية انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المهنة الزوج والزوجة كمتغيرات مستقلة والمباعدة بين الولادات كمتغير تابع.  
جدول 69: تحليل التباين للنموذج (ANOVA)

ANOVAa						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	10.194	2	5.097	27.876	.000b
	Résidu	181.388	992	.183		
	Total	191.582	994			
a. Variable dépendante : الممارسة المباعدة بين الولادات						
b. Valeurs prédites : (constantes), مهنة الزوج, مهنة الزوجة						

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

وجداول الاختبار رقم (69) يبين أن النموذج المطبق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقول إن للمهنة تأثير على ممارسة المباعدة بين الولادات وذلك وفق المعادلة التالية:

المباعدة بين الولادات = (-0.212) مهنة الزوجة + (0.075) مهنة الزوج.

كما أن التغير في الممارسة يفسر إلا ب 5٪ من التغير في المهنة. (انظر الجدول 70 في الملحق) إما من معطيات جدول المعاملات رقم (71) نلاحظ أن هناك علاقة سالبة بين مهنة الزوجة وممارسة المباعدة بين الولادات يعني انه المرأة العاملة هي التي تباعد بين الولادات في حين الماكثة في البيت لا تباعد بين الولادات وهذا ما تفسره إجابات المبحوثات عن أسباب ممارسة المباعدة بين الولادات والتي جاءت أكثر من 39.6٪ التزامات مهنية (انظر الجدول 32) إذ أن خروج المرأة للعمل جعلها تنظم ولاداتها من حيث العدد أو ترك فترة بين الولادات. أما بالنسبة لمهنة الزوج فهناك علاقة موجبة وضعيفة جدا بينها وبين ممارسة المباعدة بين الولادات.

جدول 71: جدول المعاملات

Coefficients <sub>a</sub>						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1.361	.056		24.514	.000
	مهنة الزوجة	-.126-	.018	-.212-	-6.852-	.000
	مهنة الزوج	.019	.008	.075	2.425	.016
a. Variable dépendante : الممارسة المباعدة بين الولادات						

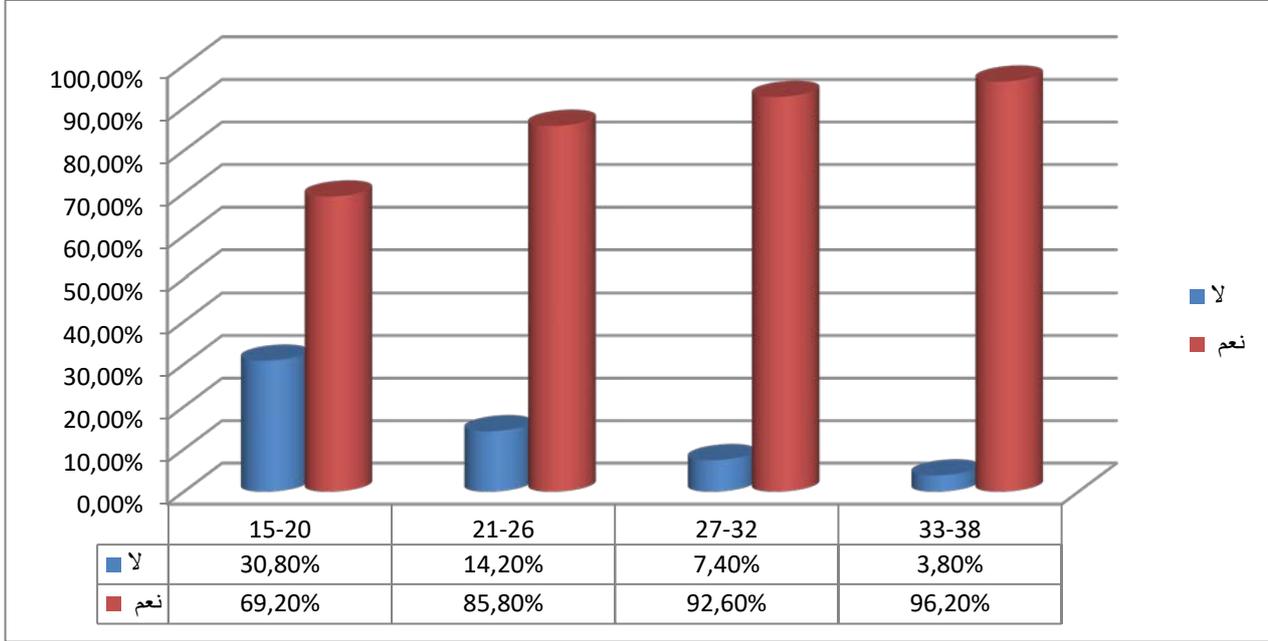
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

4-3-2-3- الفرضية الجزئية الثالثة

العوامل الديمغرافية: (سن عند أول زواج، السن عند أول حمل، فارق السن بين الزوجين، المدة الزوجية، حجم الأسرة (عدد الأطفال)، الرغبة في إنجاب طفل آخر) تؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات.

4-3-2-3-1- العلاقة بين سن عند أول زواج وممارسة المباشرة بين الولادات.

الشكل 24: التمثيل البياني للعينة حسب سن الزواج وتباعد الولادات.



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لمعرفة العلاقة استعملنا اختبار مربع كاي، و من مخرجات جدول رقم (72) نلاحظ انه دال إحصائيا عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة ونقول إن السن عند أول زواج يؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات لكن حسب قيمة  $V$  de Cramer = 0.14 (انظر الجدول (73) في الملحق) شدة التأثير تبقى ضعيفة فكلما كان سن المرأة كبير عند الزواج تنقص من فرص الإنجاب و الإنجاب المتكرر دون ترك فترة مناسبة يؤثر كثيرا على صحتها على عكس المرأة التي تزوجت في سن مبكرة وكان لها الوقت الكافي للإنجاب.

جدول 72: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	19.522a	3	.000
Rapport de vraisemblance	21.132	3	.000
Association linéaire par linéaire	18.589	1	.000
Nombre d'observations valides	995		
1 cellules (12.5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1.95.			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

## 4-3-2-3-2- العلاقة بين المباشرة بين الولادات وسن أول حمل

جدول 74: توزيع العينة حسب السن عند أول حمل والمباشرة بين الولادات

السن عند أول حمل				مباشرة المباشرة بين الولادات
40-35	34-29	28-23	22-17	
96.33%	94.44%	93.51%	73.60%	نعم
4.67%	5.56%	6.49%	26.40%	لا
100%	100%	100%	100%	المجموع

لتوضيح هذه العلاقة طبقنا نموذج الارتباط الخطي البسيط بين السن عند أول حمل للمبحوثة كمتغير مستقل ومباشرة المباشرة بين الولادات كمتغير تابع.

جدول 75: جدول الارتباطات

Corrélations			
		سن عند أول حمل	مباشرة المباشرة بين الولادات
سن عند أول حمل	Corrélacion de Pearson	1	-.130-**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	995	995
مباشرة المباشرة بين الولادات	Corrélacion de Pearson	-.130-**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	995	995

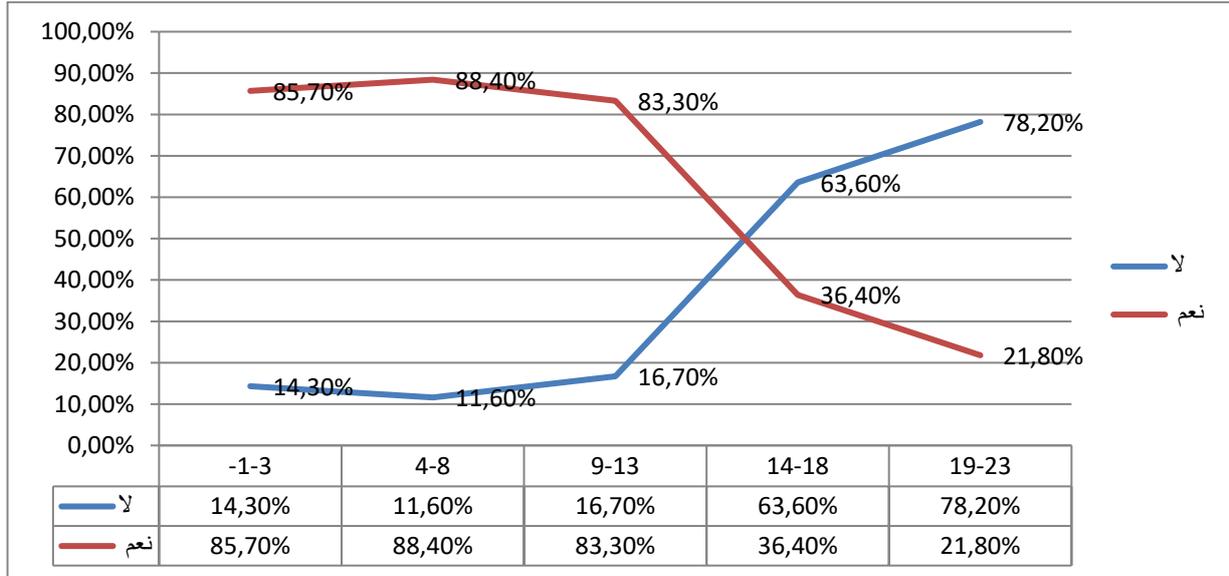
\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

و من جدول الارتباطات رقم (75) نجد أن النموذج المطبق دال إحصائيا عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.01$  وان طبيعة العلاقة هي علاقة ارتباط سالبة بين السن عند أول حمل و المباشرة بين الولادات لكن حسب قيمة معامل الارتباط لبيرسون ( $R = -0.13$ ) هذه العلاقة ضعيفة وهذا يعني انه كلما كان السن عند أول حمل كبير زادت نسبة المباشرة بين الولادات، حيث أن غالبية المبحوثات كان أول حملهن في السنة الأولى من الزواج وهذا طبيعي نظرا لأهمية الإنجاب لدى الأسرة الجزائرية وكذلك تفادي الضغوطات من الأسرة إذا تأخر الإنجاب مهما كان السبب خاصة بالنسبة للمرأة.

### 3-3-2-3-4- العلاقة بين فارق السن بين الزوجين والمباعدة بين الولادات

الشكل 25: التمثيل البياني للعينة حسب فارق السن والمباعدة بين الولادات.



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لتوضيح العلاقة بين فارق السن بين الزوجين كمتغير مستقل والمتغير التابع ممارسة المباعدة بين الولادات قمنا بتطبيق مربع كاي.

ومن مخرجات الجدول رقم (76) نلاحظ أن النموذج المطبق دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وعليه نقبل الفرضية البديلة إذ أن فارق السن بين الزوجين له تأثير على ممارسة المباعدة بين الولادات من عدمها ولكن شدة التأثير ضعيفة نوعاً ما حسب قيمة  $V$  de Cramer = 0.29 (انظر الجدول 77 في الملحق).

جدول 76: اختبار مربع كاي

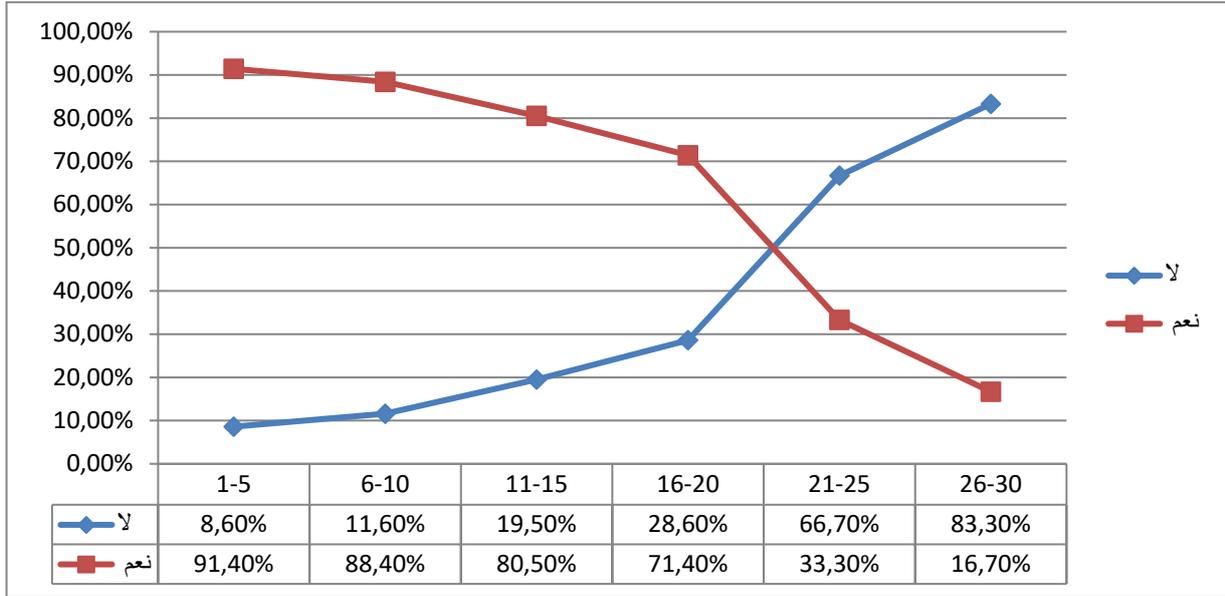
Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
<b>Khi-deux de Pearson</b>	87.250a	21	.000
<b>Rapport de vraisemblance</b>	71.818	21	.000
<b>Association linéaire par linéaire</b>	18.113	1	.000
<b>Nombre d'observations valides</b>	995		
16 cellules (36.4%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .35.			

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

وهذا طبيعي حيث كلما كان فارق السن بين الزوجين صغير كانت درجة التفاهم والانسجام والحوار بين الزوجين كبيرة وبالتالي قد تؤثر على اتخاذ قرار المباعدة بين الولادات والذي يكون في هذا الحالة بالتشاور بينهما.

### 4-3-2-3-4- العلاقة بين المباشرة بين الولادات والمدة الزوجية

الشكل 26: التمثيل البياني للعينة حسب مدة الزواج والمباشرة بين الولادات.



لمعرفة طبيعة العلاقة استعملنا أيضا مربع كاي، ومن بيانات الجدول رقم (78) يتبين أن الاختبار دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$ . وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول إن مدة الحياة الزوجية تؤثر في المباشرة بين الولادات ولكن هذه العلاقة قريبة من المتوسط حسب قيمة  $V$  de Cramer = 0.30 (انظر الجدول 79 في الملحق). حيث كلما كانت المدة الزوجية صغيرة كانت نسبة المباشرة بين الولادات كبيرة. وبالتالي لان هناك علاقة موجبة بين المدة الزوجية وعدد الأطفال حيث عدد الأطفال الكبير قد يؤدي إلى عدم المباشرة بين الولادات.

### جدول 78: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
<b>Khi-deux de Pearson</b>	89.680a	27	.000
<b>Rapport de vraisemblance</b>	73.134	27	.000
<b>Association linéaire par linéaire</b>	15.767	1	.000
<b>Nombre d'observations valides</b>	995		

a. 27 cellules (48.2%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de .35.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS

### 4-3-2-3-5- العلاقة بين عدد الأطفال (حجم الأسرة) والمباعدة بين الولادات جدول 80: جدول الارتباطات

Corrélations			
		ممارسة المباعدة بين الولادات	عدد الأطفال الأحياء
ممارسة المباعدة بين الولادات	Corrélation de Pearson	1	.159**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	995	995
عدد الأطفال الأحياء	Corrélation de Pearson	.159**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	995	995

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

وبتطبيق الارتباط الخطي البسيط بين هذين المتغيرين تحصلنا على معامل الارتباط لبيرسون دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.01$  (انظر جدول الارتباطات 80) وبالتالي هناك ارتباط موجب وبالتالي هناك ارتباط موجب وضعيف نوعاً ما حسب قيمة  $R = 0.159$  بين عدد الأطفال الأحياء وممارسة المباعدة بين الولادات، حيث كلما كان عدد الأطفال كبيراً كانت نسبة عدم المباعدة بين الولادات كبيرة إذاً هناك علاقة موجبة بين هذين المتغيرين.

### 4-3-2-3-6- العلاقة بين الرغبة في إنجاب طفل آخر والمباعدة بين الولادات جدول 81: توزيع العينة حسب الرغبة في إنجاب طفل آخر والمباعدة بين الولادات.

المجموع	الرغبة في إنجاب طفل آخر		ممارسة المباعدة بين الولادات
	لا	نعم	
100%	93.51%	73.60%	نعم
100%	11.7%	88.3%	لا
100%	100%	100%	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

في هاته الحالة قمنا بتطبيق اختبار مربع كاي وكنتيجة وجدنا انه دال إحصائياً عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  إحصائياً وذلك من خلال نتائج الجدول رقم (82) وبالتالي توجد علاقة بين الرغبة في إنجاب طفل آخر والمباعدة بين الولادات

Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4.631a	1	.031		
Correction pour la continuité b	4.046	1	.044		
Rapport de vraisemblance	4.255	1	.039		
Test exact de Fisher				.036	.025
Association linéaire par linéaire	4.626	1	.031		
Nombre d'observations valides	995				

a. 0 cellules (.0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 17.33.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لكن شدة التأثير ضعيفة جدا وهذا راجع أن هناك من النساء يتركن فترة بين ولادتهن ويسيطرن على رغبتهن في إنجاب طفل آخر وهناك من يحققن رغبتهن في إنجاب طفل آخر على حساب المباشرة بين الولادات وبالتالي على حساب صحتهم وصحة أطفالهن. والجدول رقم (81) أعلاه يبين ذلك.

#### 4-3-3-3- الفرضية الثانية

الثقافة الصحية تؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات

4-3-3-1- العلاقة بين طبيعة الولادات والمباشرة بين الولادات

جدول 82: توزيع العينة حسب طبيعة الولادات والمباشرة بين الولادات.

		ممارسة المباشرة بين الولادات		المجموع
		نعم	لا	
طبيعة الولادة	عادية	81,1%	18,9%	100,0%
	جراحة قيصرية	86,4%	13,6%	100,0%
	ملقط	100,0%		100,0%
	المجموع	82,4%	17,6%	100,0%

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

بتطبيق اختبار مربع كاي وجدنا أن  $X^2$  لبيرسون غير دال إحصائياً عن مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي فإن طبيعة الولادة لا تؤثر في المباشرة بين الولادات، إذ أن غالبية المبحوثات وضعن أولادهن ولادة عادية (انظر الجدول 83).

جدول 83: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,469a	2	,480
Rapport de vraisemblance	2,350	2	,309
Association linéaire par linéaire	1,338	1	,247
Nombre d'observations valides	159		

3 cellules (50,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de ,88.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

فهناك من يباعدن بين الولادات وهناك من لا يباعدن دون تأثير طبيعة الولادة على اتخاذ قرار المباشرة بين الولادات.

#### 4-3-2-3-4- العلاقة بين وسيلة منع الحمل المستعملة، بداية استعمالها والمباشرة بين الولادات

تشير إحصائيات مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان لسنة 2019 فيما يخص عدد النساء اللواتي تردن على مصالح حماية الطفولة والأمومة من اجل وسائل منع الحمل هو 6265. (انظر الجدول رقم 85 في الملحق) حيث أن هذه الأخيرة تستعمل إما للمباشرة بين الولادات أو لتحديد النسل، مع العلم أن معدل انتشار وسائل منع الحمل TPC يساوي 100٪ بالنسبة للعينة و أن نسبة معرفة وسائل منع الحمل هي الأخرى تساوي 100٪. معنى ذلك أن كل أفراد العينة يستعملن وسائل منع الحمل حيث إن حبوب منع الحمل بالنسبة لأفراد العينة هي الوسيلة الأكثر استعمالاً مقارنة بالوسائل الأخرى سواء التقليدية منها أو الحديثة لكن استعمالها المنتظم أو غير المنتظم لسبب من الأسباب هو الذي يؤثر في المباشرة بين الولادات، في حين أن تقريبا 60٪ من أطفال المبحوثات رضعن رضاعة كاملة مقابل 33.27٪ رضعن رضاعة جزئية (انظر الجدول رقم 29) و هذا ما يدل على عدم انتظام استعمالها لوسائل منع الحمل حيث المبحوثات يعتمدن على الرضاعة كمانع للحمل مما يجعل درجة الخطأ كبيرة وبالتالي نسبة الحمل الغير المرغوب فيه تزيد. وكذلك يمكننا القول إن بداية استعمال هذه الوسائل يؤثر في المباشرة بين الولادات.

ومن خلال تطبيق مربع كاي لمعرفة العلاقة بين المباشرة بين الولادات وبداية استعمال وسيلة منع الحمل، ومن خلال الجدول رقم (86) نلاحظ أن  $X^2$  دال إحصائياً عن مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$  وبالتالي فإن بداية الاستعمال تؤثر في المباشرة بين الولادات حتى يحافظن على صحتهن الإنجابية وصحة أطفالهن.

## جدول 86: اختبار مربع كاي

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	46.438a	3	.000
Rapport de vraisemblance	30.296	3	.000
Association linéaire par linéaire	7.286	1	.007
Nombre d'observations valides	995		

a. 1 cellules (12.5%) ont un effectif théorique inférieur à 5.  
L'effectif théorique minimum est de 3.20.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لكن مع ذلك العلاقة ضعيفة نوعا ما حسب قيمة  $V$  de Cramer = 0.216 (انظر الجدول 87 في الملحق) مع العلم أن غالبية أفراد العينة بدأت استعمال وسيلة منع الحمل بعد الولادة الأولى وهذا دليل على رغبة المبحوثات في المباشرة بين الولادات.

4-3-2-3-5- العلاقة بين زيارة الطبيب بانتظام والمباشرة بين الولادات  
الجدول 88: توزيع العينة حسب زيارة الطبيب والمباشرة بين الولادات.

المجموع	المباشرة بين الولادات		زيارة الطبيب بانتظام أثناء الحمل وبعده
	لا	نعم	
%100	%10.8	%89.2	نعم
100%	%48.48	%51.52	لا

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

لمعرفة مدى تأثير زيارة الطبيب بانتظام طبقنا الانحدار اللوجستي ومن النتائج نجد أن النموذج دال إحصائيا عن مستوى الدلالة 5%. (انظر الجدول 89)

## جدول 89: اختبار خصوصية النموذج

Tests de spécification du modèle				
		Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
Etape 1	Etape	7.994	1	.005
	Bloc	7.994	1	.005
	Modèle	7.994	1	.005

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.

## جدول 90: جدول المتغيرات في المعادلة

Variables dans l'équation							
		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Expo(B)
<b>Etape 1a</b>	زيارة الطبيب بانتظام اثناء الحمل	-3.260-	.340	91.728	1	.000	.038

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : زيارة الطبيب بانتظام اثناء الحمل.

و بالتالي فان زيارة الطبيب بانتظام تؤثر في احتمال المباشرة بين الولادات حيث ان هذا الأخير يزيد بنسبة 97% في حالة زيارة الطبيب بانتظام اثناء الحمل (انظر الجدول 90) خاصة بعد إنشاء ما يسمى بشبكة التكفل بالمرأة الحامل سنة 2018 والذي قسم المؤسسات الصحية إلى أربع مستويات المستوى الأول يقوم برصد النساء الحوامل و توجيههم حسب وضعيتهم الصحية و رغبتهم ، المستوى الثاني بالنسبة للحمل بدون خطورة ، المستوى الثالث بالنسبة للحمل ذو خطورة أما المستوى الرابع بالنسبة للحمل ذو خطورة عالية، و استعمال وسائل منع الحمل الملائمة و بانتظام. حيث انه 39.7% من أفراد العينة مصدر معرفتهن بوسائل منع الحمل هو الطبيب. كما أن زيارة الطبيب بعد الولادة لها أهمية كبيرة مما يزيد من درجة الوعي وكذلك الدراية بأهمية المباشرة بين الولادات، وهذا ما تفسره معطيات مديرية الصحة والسكان لولاية تلمسان لسنة 2019 حيث أن عدد الفحوصات بعد الولادة بل غ 1943 وكذلك عدد الموجهات لبرامج تباعد الولادات بلغ كذلك 2137 (انظر الجدول رقم 91 في الملحق).

# خاتمة عامة

إن الصحة الإنجابية كمفهوم جديد يعتبر من أهم الأولويات بالنسبة لسكان العالم والعناية بها يتطلب الحصول على خدمات متعلقة بها تشمل الصحة الجنسية وتنظيم الأسرة من خلال ترك فترة مناسبة بين الولادة وأخرى أي المباشرة بينها.

فبالرغم من أن الإنجاب فطرة إنسانية وهو من أهم وظائف الأسرة. إلا أنه لم يعد عملية بيولوجية فحسب، بل أصبح يرتبط بالمستوى العلمي والحضاري. لهذا بات من الضروري تنظيمه وتعديله وذلك بتحديد النسل والمباشرة بين الولادات.

وعليه أخذ موضوع تباعد الولادات بعدا آخر خاصة فيما تعلق بدراسة السياسة السكانية لأي مجتمع، حيث هذا الموضوع لم يدخل ضمن انشغالات التنمية إلا مؤخرا، وأصبح يطرح بطريقة علمية.

سياسة تنظيم الأسرة المطبقة في الجزائر ساهمت في تعديل المواقف الإنجابية للمواطنين حول المباشرة بين الولادات، وبالتالي ظهر توازن بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي. فالتحولات التي عرفها المجتمع الجزائري من خلال نموه الاقتصادي والاجتماعي وارتفاع مستوى الخدمات الصحية، أدت إلى التغيير في السلوك الإنجابي.

اذ ساهم التعليم والتحضر في جعل الأفراد يدركون بأن المباشرة بين الولادات تعتبر من الضروريات اللازمة التي تمكن من الحفاظ على صحة الأم عموما وصحتها الإنجابية خاصة، وكذا صحة أطفالها.

كما أن تعلم المرأة وخروجها للعمل جعلها لم تعد وظيفتها الأساسية إنجاب الأطفال فقط، بل أصبحت تشارك الرجل في اتخاذ القرارات المتعلقة بشؤون الأسرة. مما ساعد أيضا الزوجين على فهم أنه لا يمكنهما توفير لأسرتهم مستوى معيشي جيد، ظروف الصحة الجيدة، التربية والرعاية الحسنة للأطفال إلا بتنظيم حياتهما الجنسية وإنجاب عدد قليل من الأطفال وترك فترة معتبرة بين الولادة وأخرى.

ومن خلال هذا البحث المتواضع حاولنا معرفة المحددات العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الديمغرافية للصحة الإنجابية من خلال ممارسة المباشرة بين الولادات أو عدمها، إذ أن هذه الأخيرة ترتبط ارتباطا شديدا بهذه العوامل، والذي تحصلنا فيه على النتائج التالية:

كشفت الدراسة الميدانية على عينة من السيدات المتزوجات في سن الإخصاب (15-49 سنة) (995 سيدة) تميزت بالخصائص التالية:

- متوسط سن المبحوثات: تقريبا 34 سنة. السن الأدنى 19 سنة، السن الأقصى 48 سنة
- متوسط سن أزواجهن: تقريبا 41 سنة. السن الأدنى 24 سنة، السن الأقصى 65 سنة
- متوسط سن الزواج: 23 سنة. السن الأدنى 15 سنة، السن الأقصى 38 سنة
- متوسط السن عند أول حمل: 24 سنة. السن الأدنى 17 سنة، السن الأقصى 40 سنة
- متوسط عدد الأطفال لكل مبحث بلغ: 3.3 طفل.
- متوسط عدد الأطفال الذكور: 1.63 طفل

- متوسط عدد الأطفال إناث: 1.7 طفل
- نسبة الأمية: 5.23% من مجموع المبحوثات، وأكبر نسبة كانت فئة اللائي لديهن المستوى الجامعي بـ: 29.35%.
- نسبة العائلات تجاوزت: 31.2% أما الماكثات في البيت بلغت نسبتهم 55.4%.
- نسبة المبحوثات اللواتي يباعدن بين ولادتهن بلغت: 88.2% على:
- ان موقف المبحوثات من تباعد الولادات هو موقف إيجابي حيث أن نسبة الموافقات على ترك فترة مناسبة بين ولادتهن فاقت 88.2% مقابل 3.6% غير موافقات، حيث بلغت نسبة المبحوثات الحياديات 8.1% و هذا دليل على وعيهم بأهمية المباشرة بين الولادات على صحتهم عامة و صحتهم الإنجابية خاصة و كذا على صحة أطفالهم و تربيتهم حيث جاءت معظم إجاباتهم حول لماذا تباعدن بين ولاداتهم من أجل الرعاية الصحية و التربية الحسنة للأطفال.
- إن التشاور بين الزوجين حول المباشرة بين ولاداتهم تؤثر في احتمال المباشرة بين الولادات حيث كلما كان الحوار إيجابي زاد احتمال المباشرة بين الولادات.
- إن اتخاذ قرار الإنجاب عندما يكون من طرف الزوجين معا يؤدي إلى احتمال المباشرة بين الولادات.
- كذلك التحدث حول عدد الأطفال الممكن إنجابهم والذي يعني أن هناك تشاور و حوار وبالتالي المناقشة الزوجية، تؤثر في المباشرة بين الولادات
- إن عامل السن كونه من العوامل ذات الأهمية الكبيرة في موضوع التخطيط العائلي عامة، باعتباره المؤشر الذي يحدد الخصوبة و بالتالي الإنجاب، يؤثر في المباشرة بين الولادات.
- حيث أظهرت النتائج أن سن السيدات يؤثر بالسلب أي بالعكس على المباشرة بين الولادات، إذ كلما كبرت في السن كانت نسبة المباشرة كبيرة.
- فالنساء الصغيرات في السن لا يباعدن بين ولاداتهم، كون درجة خصوبتهن عالية ويتمتعن بصحة إنجابية جيدة. ولديهن الصبر على تربية الأولاد مقارنة بالنساء الكبيرات في السن.
- بينما سن الرجل يؤثر بالإيجاب على المباشرة بين الولادات حيث كلما كان سن الزوج أكبر زادت رغبته في المزيد من الأطفال وبالتالي تزيد نسبة عدم المباشرة بين الولادات.
- المستوى التعليمي يؤثر بشدة في المباشرة بين الولادات، سواء المستوى التعليمي للزوجة أو للزوج، حيث أن التعليم يساعد على فهم و تطبيق برامج تباعد الولادات، إدراك فوائد و أهمية هذه الأخيرة فبعد أن نالت المرأة قسطا من التعليم، الشيء الذي ساهم في تلاشي النظام الأبوي التسلطي، إذا أصبحت العلاقة بين الزوج و الزوجة تقوم على أساس الحوار و تبادل الآراء، مع المزيد من مشاركة زوجها في اتخاذ قرارات تتعلق بشؤون الأسرة. (قصير، 1999، ص 26).

- إن المهنة تؤثر في المباشرة بين الولادات حيث أن خروج المرأة جعلها تنظم ولاداتها من حيث العدد أو ترك فترة مناسبة بين ولاداتها، إذ أن عملها قربها من زوجها و أصبح هذا الأخير يستطيع التفاهم و الأخذ و العطاء مع شريك متكافئ و بالتالي اتخاذ القرارات المتعلقة بالأسرة معا. (عبد الفتاح 1984، ص 91).

- ان الدخل الشهري لا يؤثر في المباشرة بين الولادات. هناك من يباعدن وليس لديهن نفس الدخل الشهري، لكن الفارق هو كفاية الدخل الشهري أو لا، حيث كلما كان الدخل الشهري كافي زادت نسبة عدم المباشرة والعكس صحيح.

- إن جنس الطفل يؤثر بشدة في المباشرة بين الولادات، حيث كلما كان عدد الأطفال الإناث أكبر كانت نسبة عدم المباشرة أكبر، و هذا ما يفسره رغبة الأسرة الجزائرية في إنجاب الذكور و تفضيل جنس الذكر على الأنثى.

إذ انه كلما كان جنس المولود أنثى، ترغب الأسرة في إنجاب المولود المقبل ذكرو بالتالي لا يتركن فترة بين الولادات.

- وسط الإقامة يؤثر بشدة في المباشرة بين الولادات حيث كلما انتقلنا من وسط إلى وسط آخر أكثر تحضرا تزيد نسبة المباشرة بين الولادات وذلك راجع إلى التحضروسهولة الاتصال بالمراكز الاستشفائية المتخصصة بما فيها مراكز حماية الأمومة و الطفولة PMI، مما يزيد من درجة الوعي بأهمية المباشرة بين الولادات وتأثيرها على صحتها الإنجابية وصحة طفلها.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع السكن والمباشرة بين الولادات، حيث كلما كان السكن لائق كانت نسبة المباشرة بين الولادات أكبر.

حيث هذه الأخيرة متجسدة أكثر في الأسر التي تقطن السكنات من نوع فيلا أو شقة.

- ان صنف السكن يؤثر في ممارسة المباشرة بين الولادات

- إن نوع الزواج يؤثر في المباشرة بين الولادات حيث أن نوع الزواج سواء كان داخليا (كل أشكال القرابة) أو خارجيا أي من خارج العائلة يؤثر في المباشرة بين الولادات.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن الزواج والمباشرة بين الولادات فكلما كان سن المرأة كبير عند الزواج تنقص من فرص الانجاب والانجاب المتكرر دون ترك فترة مناسبة يؤثر كثيرا على صحتها على عكس المرأة التي تزوجت في سن مبكرة وكان لها الوقت الكافي للإنجاب حيث أثبتت الدراسات أن ارتفاع السن عند الزواج يفسر لوحده على الأقل 50% من التراجع في الخصوبة، فتأخر سن الزواج يقلص فترة تعرض المرأة للإنجاب على اعتبار أن هذه الفترة محدودة عند النساء. (Kouaouci, 1992, P49).

- توجد علاقة ارتباط سالبية أي عكسية كذلك بين السن عند أول حمل، إذ كلما كان السن عند أول حمل كبير زادت نسبة المباشرة بين الولادات مع العلم أن غالبية المبحوثات كان أول حملهن في السنة الأولى من الزواج.

- توجد علاقة طردية بين فارق السن بين الزوجين والمباعدة بين الولادات، حيث كلما كان الفارق صغير كانت درجة التفاهم والانسجام والحوار بين الزوجين كبير وبالتالي تؤثر على اتخاذ قرار المباعدة بين الولادات.

- إن علاقة مدة الحياة الزوجية والمباعدة بين الولادات هي الأخرى طردية إذ كلما كانت المدة صغيرة كانت نسبة المباعدة بين الولادات كبيرة حيث هناك علاقة طردية بين مدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال. حيث عدد الأطفال الكبير قد يؤدي إلى عدم المباعدة بين الولادات.

- توجد علاقة ارتباط موجبة أي طردية بين عدد الأطفال (حجم الأسرة) والمباعدة بين الولادات حيث كلما زاد عدد الأطفال زادت نسبة عدم المباعدة بين الولادات والعكس صحيح.

- إن الرغبة في إنجاب طفل آخر تؤثر في المباعدة بين الولادات لكن شدة التأثير تبقى ضعيفة نوعاً ما. حيث هناك من يسطرن على رغبتهم ويتركن فترة بين ولاداتهم، وبنسبة متقاربة هناك من يحقق رغبتهم في إنجاب طفل آخر ولا تهم الفترة بين الحملين وبالتالي على حساب صحتهم وصحة أطفالهم.

- إن طبيعة الولادة لا تؤثر كذلك في المباعدة بين الولادات مهما كانت طبيعتها سواء طبيعية أو قيصرية مع العلم أن أغلب أفراد العينة وضعن أولادهن ولادة طبيعية.

- بداية استعمال وسيلة منع الحمل تؤثر في المباعدة بين الولادات حيث أن أغلب أفراد العينة استعملها بعد الولادة الأولى وهذا يعني رغبتهم في تنظيم ولاداتهم وترك فترة بينها وكذلك الاستعمال المنتظم لهذه الوسيلة والمتابعة الطبية كذلك.

- إن زيارة الطبيب بانتظام أثناء الحمل تؤثر في المباعدة بين الولادات حيث كلما كان الاتصال بالطبيب زادت درجة الوعي بأهمية المباعدة بين الولادات وبالتالي تطبيقها، وكذلك استعمال وسائل منع الحمل الملائمة بانتظام.

وعلى ضوء ما سبق ومن خلال نتائج البحث يمكن تقديم التوصيات التالية:

- إجراء بحوث دورية ومنتظمة، باستخدام عينات أكبر وفي مناطق مختلفة من الوطن، حتى تتوفر قاعدة بيانات وطنية تمكن من الوقوف على كل تفاصيل الظاهرة.

- الاهتمام بالبحوث في مجال تنظيم الأسرة بإشراك الأساتذة والطلبة بالتنسيق مع الجهات المعنية كوزارة الصحة، مراكز حماية الأمومة والطفولة.

- تدعيم البحوث في هذا المجال وتوظيف نتائجها في سياسة الدولة كالتخطيط أو التشريع.

- محاربة الأمية وتشجيع التعليم خاصة للمرأة على أن يكون مستواها على الأقل ثانوي لأنه يساهم في رفع مستوى الوعي بمخاطر الولادات المتقاربة.

- توسيع خدمات الرعاية الصحية، خاصة فيما يتعلق بصحة الأم والطفل.

- توفير وسائل تنظيم الأسرة بمختلف أنواعها وبشكل دائم في مراكز رعاية الأمومة والطفولة خاصة في المناطق النائية.

قائمة

المصادر والمراجع

## قائمة المصادر والمراجع

1. القران الكريم
2. صحيح مسلم
3. احمد، مصطفى، محمد. (1995). *الخدمة الاجتماعية في مجال السكان والاسرة*. دار المعارف الجامعية، الاسكندرية.
4. الأحمر، احمد، سالم. (2004). *علم اجتماع الاسرة بين التنظيم والواقع المتغير*. دار الكتاب الجديد المتحدة، بيروت.
5. الاشرم، محمود. (1976). *محاضرات في المجتمع الريفي للسنة الرابعة*. مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، منشورات جامعة حلب.
6. بدوي، احمد، زكي. (1978). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية*. مكتبة لبنان، بيروت
7. بركات، حلیم. (1984). *المجتمع العربي في القرن العشرين. بحث في تغيير الاحوال والعلاقات*، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت.
8. بسيوني، متولي، فؤاد. (1998). *المشكلة السكانية*. مركز الاسكندرية للكتاب، مصر.
9. بن نعمان، احمد. (1997). *نفسية الشعب الجزائري. دراسة علمية في الأنثروبولوجيا النفسية*، ط2، دار الامم، برج الكيفان، الجزائر.
10. بوتفوشت، مصطفى. (1984). *العائلة الجزائرية التطور والخصائص الحديثة*. ترجمة محمد دمري، ديوان المطبوعات الجامعية.
11. بومخلوف، محمد، واخرون. (2008). *واقع الأسرة الجزائرية. التحديات التربوية في الوسط الحضري* "القطيعة المستحيلة". دار الملكية الجزائرية.
12. تركي، فتيحة ومالهوترا، اوشا. (مراجعة مارك بولسون) (2004). *الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الانجابية والجنسية، الطبعة الثالثة، الاتحاد الدولي للتخطيط العائلي*. لندن. [www.screening.iarc.fr](http://www.screening.iarc.fr). Date de consultation Avril 2016.
13. التلباني، إسماعيل، شادي. (2011-2012). *دراسة مقارنة بين نموذج الانحدار اللوجستي ونموذج انحدار كوكس لدراسة اهم العوامل الاقتصادية والديمغرافية المؤتمر على معرفة واتجاهات الشباب نحو قضايا الصحة الانجابية (نموذج مقترح ودراسة تطبيقية مقارنة)*. رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في الاحصاء التطبيقي، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة تلمسان.

14. التهامي، عبد المالك، واخرون. (2007). السكان والتعليم واستشراف المستقبل، المجلس الوطني للسكان، اليمن.
15. جبلي، عبد الرزاق، علي. (1984). علم اجتماع السكان. دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
16. جندي، عبد الناصر. (2005). تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
17. الجوهري، عبد الهادي. (1983). قاموس علم الاجتماع. مكتبة الشرف، مصر.
18. حسين عثمان، فاطمة. (2006). قياس مدى الوعي ومؤشر الاتجاه نحو تنظيم الاسرة لدى النساء في سن الانجاب في ولاية البحر الأحمر، رسالة ماجستير في علوم الصحة وتنمية الطفل، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. [www.google.com](http://www.google.com) date de consultation novembre 2020
19. حزب جبهة التحرير الوطني (1983). التخطيط والتنمية، تقييم مخططات تنمية الجزائر، الجزء الاول، الجزائر.
20. حزب جبهة التحرير الوطني (1985)، المخطط الخماسي الثاني، تقرير عام لوزارة التخطيط، الجزائر.
21. الخشاب، مصطفى. (1985). دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
22. الخولي، سناء. (2002). الاسرة والحياة العائلية. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
23. رجب، عبد الحميد، احمد. (2013). الصحة الانجابية. المجلس القومي للسكان، الجيزة.
24. رزق الله، عبد المجيد (1983). تنظيم النسل. ط2، الشركة الوطنية للنشر دار الطباعة، لبنان.
25. الرشيد، صالح، بشير. (1982). مناهج البحث التربوي. رؤى تطبيقية مبسطة. ط1، دار الكتاب الحديث، الكويت.
26. رمضان، السيد. (1999). اسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الاسرة والسكان. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
27. الساعدي، جابر، امير. (2006). التوجهات السكانية وتحدياتها في الشرق الاوسط وشمال افريقيا.

28. سعد، فضيل، (1985). شرح قانون الاسرة الجزائرية في الزواج والطلاق. الجزء الاول، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
29. سعدودي، زينب. (2016). موقف الزوجين من استعمال وسائل تنظيم النسل، رسالة دكتوراه في الديموغرافيا، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر. [www.google.com](http://www.google.com) date de consultation novembre 2020
30. السويدي، محمد. (1984). مقدمة في دراسة المجتمع الجزائري، تحليل سوسيولوجي لأهم مظاهر التغير في المجتمع الجزائري المعاصر. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
31. السويدي، محمد. (1990). مفاهيم علم الاجتماع، الثقافي ومصطلحاته، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر.
32. سيد منصور، عبد المجيد والشربيني، احمد، زكرياء. (2000). الاسرة على مشارف القرن 21، دار الفكر العربي، القاهرة.
33. الشاعر، عبد المجيد، واخرون. (2000). علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية، عمان.
34. شفيق، محمد (2001). الخطوات المنهجية لإعداد البحوث الاجتماعية. المكتبة الجامعية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
35. شكري، علياء، (دون سنة). الاسرة والطفولة. ط1، دار المعرفة، مصر.
36. صالي، محمد. (2013). مقياس التخطيط العائلي. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة.
37. الصلاحي، احمد. (2003). السياسة السكانية والصحة الانجابية. اليمن.
38. عبد الدايم، عبد الله. (1997). التخطيط التربوي. دار العلم للملايين، بيروت.
39. عبد الفتاح، إبراهيم، كاميليا. (1984). سيكولوجيا المرأة العاملة. دار النهضة العربية، بيروت.
40. عبد الله، إبراهيم. (1994). المسألة السكانية وقضية تنظيم الاسرة في البلدان العربية. ط1، المركز الثقافي العربي، لبنان.
41. العساف، احمد، عارف والوادي، محمود. (2015). منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والإدارية (المفاهيم والأدوات)، ط2، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

42. عقون، محسن. (2002). *تغير العائلة الجزائرية. مجلة العلوم الانسانية. العدد 17*، جامعة قسنطينة، الجزائر.
43. فاخوري، سبيرو. (1996). *تنظيم الحمل بالوسائل الحديثة. مطابع اوقستا تكنوغرافيا، لبنان*.
44. القصاص، محمد، مهدي. (2008). *علم الاجتماع العائلي. عامر للطباعة والنشر، المنصورة*.
45. قصير، عبد القادر. (1999). *الاسرة المتغيرة في المجتمع. المدينة العربية دار النهضة العربية، بيروت*.
46. قيرة، اسماعيل واخرون. (2002). *مستقبل الديمقراطية في الجزائر، مجلة مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت*.
47. كحالة، رضا، عمر. (1979). *النسل والعناية به. ج1، ط2، سلسلة البحوث الاجتماعية رقم 11، مؤسسة الرسالة، بيروت*.
48. اللجنة الوطنية للصحة والتخطيط العائلي (2000). *السلوك الانجابي وسلوك الازواج الجزائريين، الوكالة الوطنية للطباعة، الجزائر*.
49. معنوق، فريدريك. (1993). *معجم العلوم الاجتماعية. أكاديمية بيروت، لبنان*.
50. مجلس السكان الدولي. (1995). *صحة المرأة الانجابية من منظور طبي واجتماعي*.
51. مجموعة من الاساتذة العرب. (1975). *معجم العلوم الاجتماعية. الشعبة القومية للتربية والثقافة والعلوم «يونسكو»، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر*.
52. منصور يوسف، علي، اميرة. (1999). *قضايا السكان والاسرة والطفولة. المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية*.
53. منظمة الامم المتحدة. (1995). *تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (القاهرة 5-13 سبتمبر 1994) نيويورك*.
54. منظمة الامم المتحدة (1996). *تقرير المؤتمر العالمي المعني بالمرأة (بكين 4-15 سبتمبر 1995) نيويورك*.

www.apps.who.int date de consultation Avril 2016 .

55. منظمة الامم المتحدة. (2002). *ادارة الشؤون الاقتصادية، شعبة السكان: التقرير الموجز حول السكان والحقوق الانجابية والصحة الانجابية، نيويورك*.  
www.umn.edu date de consultation Avril 2018
56. المودودي، ابو الاعلى، (1975). *حركة تحديد النسل*. مؤسسة الرسالة، بيروت.
57. ناصر، ابراهيم، عبد الحليم، عفاف. (1995). *التنمية الثقافية والتعبير النظامي للأسرة*. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.  
elearn.univ-ouargla.dz. Date de consultation Mai 2017 .
58. وزارة الشؤون الدينية (1989). *تنظيم الاسرة في الاسلام*. مجموعة فتاوى لبعض علماء الاسلام، منشورات وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، الجزائر.
59. A.A.R.D.E.E.S(1968). *La régulation des naissances, et étude des couples algériens*. OPINI O.N.S, Alger.
60. André, M. (1972). *Sociologie de la famille des ménage*, tome2, édition PUF, Paris.
61. Bouchenak Khaladi, A. (2001). *Guide en santé sexuelle, reproduction et planification familiale*. À l'usage des prestataires de services, édition dar el Gharb, Oran.
62. Bouisri, A. (2002). *La connaissance et la politique de la contraception*, estem, Paris.
63. C.E.N.E.A. P (2010). *Evaluation de la structure familiale, revue de C.E.N.E.A.P n°44*. Alger.
64. Comité Nationale de la Santé Reproductive et Planification Familiale (1997). *Protocole d'intervention en santé reproductive planification familiale à l'usage des personnels prestataires*.
65. David C, H. (2001). *Méthode statistiques en sciences humaines*. De book université. Belgique.

66. Jaque, C. (1993). *Les stratégies des femmes, travail, famille et politique*, édition de la découverte, Paris.
67. Kadi, N (2012-2013). *Santé reproductive et pauvreté en Algérie*, thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en démographie. Université d'Oran.
68. Kouaouci, A. (1992). *Eléments d'analyse démographique* O.P.U. Alger.
69. Kouaouci, A. (1993). *Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987*. *Population*, 48(4), pp.859-883. Doi : 10.2307/1533880. [https://www.persee.fr/doc/pop\\_0032-4663\\_1993\\_num\\_48\\_4\\_4060](https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1993_num_48_4_4060). date de consultation mars 2018.
70. Kouaouci, A. (1997). *Santé sexuelle et reproduction, nouveau paradigme en dernier avatar des slogans des conférences internationales sur la population*. Université de Montréal.
71. Laadjali, M. (1983). *Espacement des naissances dans le tiers monde, l'expérience algérienne*. O.P.U, Alger.
72. Maurice, A. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaine*. Casbas université, Alger.
73. Merabet, F. (1983). *La femme algérienne*. François Maspero, Paris.
74. Mustafa, K. (1996). *Démographie et population*. O.P.U, Alger.
75. Politique Nationale de Population (1997). *Bilan de situation et programme d'action pour l'année 1997*.
76. Pressat, R. (1979). *Dictionnaire de démographie*. P.U.F, France.
77. Quiry, R & Luc van, C. (1995). *Manuel de recherche en science sociales*. 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris.
78. Zroualia, M. (1987). *Contraception et moyens contraceptif MBID*, Constantine.

الملاحق

الصحة الإنجابية : تباعد الولادات

قسم علم الإجتماع - 2016-2017

دراسة ميدانية بالمؤسسات الاستشفائية لولاية تلمسان

**1. مكان البحث**  
 1. EHS  
 2. EPH مغنية  
 3. EPH الغزوات  
 4. EPSP أولادميمون

**2. تاريخ البحث**

**3. رقم الملف**

**4. تاريخ إزدياد المبحوثة**

**5. المستوى التعليمي**  
 1. أمي  2. ابتدائي  3. متوسط  
 4. ثانوي  5. جامعي

**6. المهنة**  
 1. مائكة بالبيت  2. عاملة

**7. إذا كنت مائكة بالبيت :**  
 1. لم تعلمي أبدا  
 2. عملت و توقفت عن العمل

**8. منذ متى و أنت تعملين**   
 La question n'est pertinente que si "م" = عاملة

**9. طبيعة العمل**  
  
 La question n'est pertinente que si "م" = عاملة

**10. قطاع العمل**  
 1. عام  2. خاص

**11. وسط الإقامة**  
 1. المدينة  2. القرية  3. دوار  
 4. دشرة

**12. نوع السكن**  
 1. بيت قصديري  2. بيت تقليدي  
 3. شقة  4. فيلا  
 5. حوش

**13. عدد الغرف**   
 La question n'est pertinente que si "بيت" = بيت  
 "ن س" = شقة "ن س" = بيت تقليدي "قصديري" ou "ن س" = شقة  
 "ن س" = حوش "ن س" = فيلا ou "ن س" = حوش

**14. طبيعة السكن**  
 1. فردي  2. جماعي

**15. صنف السكن**  
 1. فوضوي  2. مستأجر  
 3. سكن وظيفي  4. ملكية عائلية  
 5. ملكية خاصة

**16. السن عند أول زواج**

**17. شكل الزواج**  
 1. أحادي  2. متعدد

**18. نوع الزواج**  
 1. داخلي (كل أشكال اقربان)  
 2. خارجي

**19. عدد الزيجات بالنسبة للزوجة**

**20. مدة الارتباط في كل زواج**  
 1. الزواج الأول  2. الزواج الثاني  
 3. الزواج الثالث

**21. تاريخ إزدياد الزوج**

**22. المستوى التعليمي للزوج**  
 1. أمي  2. ابتدائي  3. متوسط  
 4. ثانوي  5. جامعي

**23. مهنة الزوج**

**24. التأمين**  
 1. مؤمن  2. غير مؤمن

**25. الدخل الشهري للعائلة**  
 1. أقل من 18000 دج  
 2. بين 18000 و 25000 دج  
 3. بين 25000 و 30000 دج  
 4. بين 30000 و 40000 دج  
 5. أكثر من 40000 دج

**26. عدد أطفال أم الزوجة**

**27. عدد الأطفال الأحياء**  
 1. ذكور  2. إناث  
 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

**28. في حالة عدة زيجات ماهو عدد الاطفال الأحياء**  
 1. ذكور  2. إناث  
 Vous pouvez cocher plusieurs cases.

**29. عدد الاطفال المتوأم**

**30. سن أول طفل**

**31. سن اخر طفل**

**32. طبيعة الولادة**  
 1. عادية  2. جراحة قيصرية  
 3. ملقط (forceps)

**33. هل من بين الولادات التي وضعتها كان وفيات**  
 1. نعم  2. لا

**34. ما هو السبب**  
 1. مولود ميت  
 2. ولادة قبل الأوان  
 3. (fausse couche) إجهاض  
 4. أخرى  
 5. ماهي  
 La question n'est pertinente que si "نعم" = نعم

**35. كم العدد؟**

**36. أين توفي ؟**  
 1. مستشفى صومي  2. عيادة خاصة  
 3. منزل

**37. سنك عند أول حمل**

**38. هل كنت ترغيبين في إنجاب طفل آخر**  
 1. نعم  2. لا

**39. من الذي يتخذ قرار الإنجاب**  
 1. أنت  2. زوجك  3. معا  
 4. صدفة

**40. هل يتدخل أفراد الأسرة في ذلك**  
 1. نعم  2. لا

**41. ما هو عدد الأطفال المرغوب فيهم**  
 1. ذكور  2. إناث  
 Vous pouvez cocher plusieurs cases.



**Activités du service de Gynéco-  
Obstétrique "Personnel"**

Service	Dénomination	Effectif Hospitalo-Universitaire				Effectif Médical		Effectif Paramédical		Aide para méd	Total
		Prof	Doc	M.Ass.	Resid	Méd Spéc	Méd Gén	BioVetés	Acces cheuse		
Gynéco		1	1		28	5	3			26	22
Obstétrique			1		30	4	3			45	22
<b>Total Général</b>		1	2	0	58	9	6			75	44

- 09 médecins spécialistes =
    - 04 gynéco-obstétrique
    - 03 épidémiologies
    - 02 oncologies médicales
- }
03  
02  
02

**Activités du service de Gynéco-Obstétrique**  
**"Activités"**

Service	Dénomination	Nbr lits fonction	Nbr Admissions	Nbr Accouchements	Nbr Jours d'Hospitalisation	Nbr Naissances Vivantes		Nbr Morts Néés		Déces périnataux (entre 0 et 6 jrs)		Nbr Déces (enfants)		Agés opératoires
						M	F	M	F	M	F	M	F	
Gynéco		74	16720		39125									
Obstétrique		67	4394	11411	20526	5838	5565	5	3	22	20	6	10909	4250
<b>Total Général</b>		<b>141</b>	<b>21114</b>	<b>11411</b>	<b>59661</b>	<b>5838</b>	<b>5565</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>31688</b>	<b>4250</b>
														<b>1221</b>



**Activités du service de Gynéco-  
Obstétrique "Personnel"**

Service	Dénomination	Effectif Hospitalo-Universitaire					Effectif Médical		Effectif Paramédical		Atte Para méd	Adm/ Tech/ Serv							
		Prof	Doc	M.Ass	Résid	Med Spéc	Med Gén	Dip. D'étal Sage Femme	Nom Sage Femme	Brevetés Accoucheuse			Nom. Accouch euse						
Gynéco							2												
Obstétrique						1	6	22	9						1				
<b>Total Général</b>		0	0	0	0	1	8	22	22	9	0	0	0	7					4

1 AMMA  
MED  
1 ARTS  
MED

**Activités du service de Gynéco-Obstétrique  
"Activités"**

Date AN 2018

Service	Dénomination	Nbr lits fonctionnels	Nbr Admissions	Nbr Accouchements	Nbr Jours d'Hospitalisation	Nbr Naiss Vivants		Nbr Morts Nés		Décès néonatal (entre 0 et 6 jrs)		Nbr Décès maternel	Nbr Consultations	Actes Opératoires	
						M	F	M	F	M	F			césariens	autres
Gynéco		30	2012		3738								3535		136
Obstétrique		40	2721	2682	4975	1423	1272	7	7	19	6	0	4766	619	
<b>Total Général</b>		70	4733	2682	8713	1483	1272	7	7	19	6	0	8301	819	136

N.B: Nbr CL = 25 } 27  
Triplet = 01

Accouchés NV + M.N - CL  
2682 = 2695 + 14 - 27

**Activités du service de Gynéco-  
Obstétrique "Personnel"**

Service	Dénomination	Effectif Hospitalo-Universitaire					Effectif Médical		Effectif Paramédical				Adm/ Tech/ Serv	
		Prof	Doc	M.Ass	Resid	Med Spéc	Med Gén	Sage Femme	Nonn Sage Femme	Brevetés Accoucheuse	Nonn Accouch euse	Aide Para méd		
Gyneco						1	5	2	1				4	
Obstétrique						1		9	1	1	1		7	
Total Général		0	0	0	0	2	5	11	2	1	1	11	0	



**Activités du service de Gynéco-Obstétrique**  
**"Activités"**

Service	Dénomination	Nbr lits fonctionnels	Nbr Admissions	Nbr Accouchements	Nbr Jours d'Hospitalisation	Nbr Naissances Vivantes		Nbr Morts Nés		Décès néonatal (entre 0 et 6 jrs)		Nbr Décès maternel	Nbr Consultations	Actes Opératoires	
						M	f	M	f	M	F			césarien	autres
Gyneco		18	306		1987								288		100
Obstétrique		20	1653	1053	4413	523	533	2	7				1822	400	
<b>Total Général</b>		<b>38</b>	<b>1959</b>	<b>1053</b>	<b>6400</b>	<b>523</b>	<b>533</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2110</b>	<b>400</b>	<b>100</b>



**Wilaya de Tiemen**  
**EPSP D'Ouled Mimoun 2018**

**Activité des maternités extra hospitalière**

Commune	Dénomination de la structure*	Nbre de lits	Nbre d'accouchements	Nbre de naissances vivantes	Nbre de morts nés	Nbre de décès après naissance	Nombre de décès maternels	Nombre de consultations		
								Sage femme	Med généralist	Med spécialiste
Ouled Mimoun	Maternité Poly 2 O/Mimoun	11	484	483	1	0	0	1489	796	0
Bensekrane	Maternité Poly 2 Bensekrane	8	178	178	0	0	0	718	348	0
Ain Tellout	Maternité poly Ain Tellout	6	89	88	1	1	0	429	66	0
Total		25	751	749	2	1	0	2636	1210	0



**Tableau TM.3.10 : Contraception future et décisions relatives aux soins reproductifs**  
 Pourcentage des femmes âgées de 15-49 ans actuellement mariées n'utilisant pas de contraception mais qui comptent utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur selon la méthode principale qu'elles comptent utiliser et pourcentage des femmes de 15-49 ans actuellement mariées selon qui prend les décisions relatives aux soins reproductifs et les caractéristiques socioéconomiques, MICS Algérie, 2019

	Pourcentage des femmes actuellement mariées n'utilisant pas de contraception mais qui comptent utiliser la méthode principale que la femme compte utiliser dans le futur	La méthode principale que la femme compte utiliser dans le futur															Total des femmes âgées de 15-49 ans										
		Total des femmes																									
		actuellement mariées non contraceptant es comptant utiliser la contraception dans le futur	Ligature des trompes	Stérilisation masculine	Stérilet-DIU	Injectables	Implants	Pilules	Condom masculin	Condom féminin	Diaphragme	Crème/gelée	Allaitement prolongé	Méthode du calendrier	Retrait	Autre		Non réponse	Total es comptant utiliser la contraception dans le futur	Décisions relatives aux soins reproductifs prises par :	Total des femmes âgées de 15-49 ans						
<b>Total</b>	<b>12,7</b>	<b>8 878</b>	<b>1,5</b>	<b>4,3</b>	<b>8,0</b>	<b>0,4</b>	<b>2,6</b>	<b>50,6</b>	<b>2,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>2,5</b>	<b>7,8</b>	<b>2,8</b>	<b>1,5</b>	<b>15,4</b>	<b>100,0</b>	<b>1 125</b>	<b>32,8</b>	<b>3,7</b>	<b>62,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,7</b>	<b>100,0</b>	<b>19 191</b>	
<b>Milieu de résidence</b>																											
Urbain	12,0	5 466	1,1	5,4	8,7	0,6	2,6	50,3	2,4	0,0	0,0	2,0	6,5	3,0	1,8	15,6	100,0	658	32,1	3,1	63,8	0,3	0,0	0,7	100,0	11 717	
Rural	13,7	3 412	2,0	2,8	7,1	0,2	2,7	51,0	2,5	0,0	0,0	3,3	9,7	2,6	1,0	15,1	100,0	467	33,9	4,7	60,1	0,5	0,0	0,8	100,0	7 474	
<b>Espace de programmation Territoriale</b>																											
Nord Centre	15,3	2 904	2,1	2,8	12,6	0,0	5,2	43,4	3,2	0,0	0,0	2,1	10,1	3,6	1,6	13,4	100,0	444	26,7	2,4	69,8	0,3	0,0	0,7	100,0	6 282	
Nord Est	13,5	1 254	1,5	5,3	11,6	0,5	1,7	47,4	3,6	0,0	0,0	0,0	7,7	5,2	0,3	15,1	100,0	170	34,8	2,4	61,7	0,2	0,0	1,0	100,0	2 623	
Nord Ouest	11,7	1 392	0,7	3,4	2,6	0,4	0,6	67,1	0,3	0,0	0,0	1,7	7,7	0,7	2,0	12,7	100,0	163	40,5	5,3	52,5	0,7	0,0	0,9	100,0	3 209	
Haut Plateau Centre	7,3	677	0,0	4,2	3,1	0,0	2,3	55,6	1,9	0,0	0,0	2,3	2,5	2,0	0,4	25,8	100,0	49	22,3	6,0	70,6	0,2	0,0	0,9	100,0	1 396	
Haut Plateau Est	13,9	1 197	0,3	5,2	6,2	0,0	1,1	52,3	2,2	0,0	0,0	0,0	8,0	1,5	2,5	19,1	100,0	166	34,6	4,5	60,4	0,2	0,0	0,3	100,0	2 858	
Haut Plateau Ouest	10,9	452	1,5	2,7	4,8	3,8	2,7	59,9	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	4,3	3,8	1,7	13,4	100,0	49	47,7	4,5	46,1	1,0	0,0	0,8	100,0	976
Sud	8,4	1 001	2,8	8,1	4,8	0,8	1,6	43,7	3,4	0,0	0,0	9,3	5,7	2,8	1,2	15,7	100,0	84	34,5	4,1	60,5	0,3	0,0	0,6	100,0	1 847	
<b>Age</b>																											
15-19 ans	44,0	111	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	75,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,2	100,0	49	25,2	8,3	61,5	0,0	0,0	4,9	100,0	159	
20-24 ans	30,1	722	0,0	2,7	5,1	0,1	1,1	68,7	1,6	0,0	0,0	0,1	1,2	3,5	1,9	0,3	13,7	100,0	217	28,3	4,5	66,8	0,2	0,0	0,2	100,0	1 293
25-29 ans	27,3	1 470	1,3	2,1	8,8	0,2	4,4	53,4	3,6	0,0	0,0	0,0	3,2	7,2	2,2	0,5	13,1	100,0	401	28,6	3,5	66,8	0,4	0,0	0,6	100,0	3 129
30-34 ans	12,8	1 664	1,9	3,2	10,1	0,2	4,2	43,4	3,2	0,0	0,0	2,9	8,9	4,7	2,7	14,6	100,0	233	31,0	4,2	63,8	0,4	0,0	0,7	100,0	3 867	
35-39 ans	9,1	1 534	1,9	5,0	13,6	1,1	1,1	42,0	1,9	0,0	0,0	1,9	8,8	2,2	1,7	18,8	100,0	140	32,2	3,7	63,1	0,2	0,0	0,7	100,0	3 877	
40-44 ans	4,8	1 505	4,6	10,4	5,0	0,9	1,1	39,1	1,1	0,0	0,0	3,8	10,5	3,9	0,5	19,2	100,0	73	36,1	3,8	58,9	0,4	0,0	0,8	100,0	3 569	
45-49 ans	1,7	1 871	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	31	38,0	2,8	57,7	0,5	0,0	0,9	100,0	3 297
<b>Année du mariage</b>																											
2014 ou après	30,3	2 588	0,6	2,2	7,2	0,4	3,1	58,0	3,0	0,0	0,0	2,5	5,5	2,9	0,6	14,0	100,0	785	29,0	3,6	66,1	0,3	0,0	1,0	100,0	4 358	
2009-2013	8,9	1 964	1,2	4,2	9,8	0,3	1,1	44,5	1,2	0,0	0,0	2,8	11,7	1,9	2,5	18,7	100,0	175	30,9	3,8	64,3	0,3	0,0	0,7	100,0	4 557	
2004-2008	5,8	1 531	4,6	10,2	11,3	0,2	3,3	38,9	1,9	0,0	0,0	1,4	6,8	4,2	0,0	17,2	100,0	89	32,3	4,4	62,3	0,5	0,0	0,5	100,0	3 901	
1999-2003	4,7	1 082	(1,1)	(9,3)	(8,6)	(1,2)	(2,1)	(34,4)	(3,8)	(0,0)	(0,0)	(1,9)	(13,6)	(2,2)	(5,7)	(15,9)	100,0	51	35,2	3,6	60,4	0,2	0,0	0,6	100,0	2 760	
Avant 1999	1,2	1 660	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	20	38,1	3,2	57,5	0,4	0,0	0,8	100,0	3 514
NSP/Non réponse	(8,3)	53	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	4	44,7	5,9	44,9	1,4	0,0	3,1	100,0	101
<b>Nombre d'enfants nés vivants</b>																											
Pas d'enfant	27,3	2 040	0,4	2,9	4,0	0,2	2,4	58,9	2,5	0,0	0,0	1,6	4,6	2,4	0,7	19,3	100,0	556	23,1	3,8	69,9	0,3	0,0	2,9	100,0	2 114	
1	14,3	1 603	0,6	4,1	10,0	0,6	2,4	50,4	3,5	0,0	0,0	3,0	9,2	2,5	0,4	13,2	100,0	229	31,5	3,9	63,9	0,3	0,0	0,3	100,0	2 879	
2	8,9	1 639	2,3	3,5	14,6	0,3	1,4	44,7	1,0	0,0	0,0	3,3	9,1	2,4	4,3	13,1	100,0	146	31,8	3,4	63,9	0,2	0,0	0,7	100,0	4 132	
3	6,6	1 618	2,6	7,2	13,3	0,4	3,9	39,7	0,6	0,0	0,0	2,0	14,4	4,3	1,1	10,4	100,0	107	33,5	4,0	61,6	0,5	0,0	0,5	100,0	4 446	
4	4,8	1 042	(2,9)	(9,0)	(8,1)	(1,1)	(7,3)	(36,4)	(7,6)	(0,0)	(0,0)	(2,4)	(11,2)	(4,9)	(3,0)	(10,4)	100,0	50	36,5	3,4	59,8	0,2	0,0	0,2	100,0	3 115	
5 et +	3,9	935	(9,7)	(9,7)	(6,3)	(1,3)	(0,8)	(27,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(8,4)	(11,1)	(7,8)	(6,0)	(11,9)	100,0	37	38,2	4,0	56,4	0,6	0,0	0,8	100,0	2 404	

**WILAYA DE TLEMCEN**  
**DIRECTION DE LA SANTE**  
**ET DE LA POPULATION**

**RAPPORT D'ACTIVITE DE PLANIFICATION FAMILIALE ET AT  
 RECAPITULATIF ANNEE 2019**

Nombre de contraceptantes << 1ère visite de l'année en cours >>	6265
Nombre de contraceptantes << 2ème visite et suivante de l'année >>	6924

AGE CONTRACEPTANTES					
15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et +
94	588	1163	1425	1542	1453

NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS						
0	1	2	3	4	5	6 et +
22	1023	1845	1866	1051	354	104

AGE DE DERNIER ENFANT VIVANT				
0 - 1 an	1 - 2 ans	2 - 3 ans	3 - 4 ans	4 ans et +
1359	1081	962	923	1918

DISPOSITIF INTRA-UTERIN					
1ère pose	contrôle	retrait	réinsertion	expulsion	grossesse sur DIU
142	384	66	15	3	0

CONTRACEPTIFS ORAUX	
1ère prise	Approvisionnement
3861	10544

METHODES LOCALES	
1ère utilisation	Approvisionnement
104	5

Nombre de DIU	Nombre de plaquettes CO distribuées
157	22616

CONTRACEPTIF INJECTABLE	
1ère injection	Approvisionnement
0	0

WILAYA DE TLEMCCEN  
DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ACTIVITES DE P.M.I  
ETAT RECAPITULATIF DE WILAYA  
4EME TRIMESTRE 2019

SURVEILLANCE DES MERES:

Age de grossesse	Nouvelles	Anciennes
1ER TRIMESTRE	549	446
2EME TRIMESTRE	1282	1378
3EME TRIMESTRE	1136	1717
<b>Total</b>	<b>2967</b>	<b>3541</b>

Visites post natales :	1943
Autres cas gynécologiques :	4417
Adressées pour espacement des naissances:	2137

SURVEILLANCE DES ENFANTS

Age	Nouveaux	Anciens
De 0 à 1 an	10127	18782
de 1 an à 2 ans	4216	11401
de 2 ans à 3 ans	2610	2806
<b>Total</b>	<b>16953</b>	<b>32989</b>

	Nombre de séances	Nombre de Femmes
Education sanitaire	3937	14700
Demonstrations dietetiques	2175	9753

الجدول 47

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.249 <sup>a</sup>	.062	.060	.270
a. Valeurs prédites : (constantes), سن المبحوثة, سن الرجل,				

الجدول 50

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.529 <sup>a</sup>	.279	.279	.351
a. Valeurs prédites : (constantes), المستوى التعليمي للمبحوثة,				

الجدول 54

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.437	.000
	V de Cramer	.437	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 57

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.526 <sup>a</sup>	.276	.276	.339
a. Valeurs prédites : (constantes), وسط الإقامة				

الجدول 59

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.342	.000
	V de Cramer	.342	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 62

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.229	.000
	V de Cramer	.229	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 66

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.325a	.106	.105	.455
a. Valeurs prédites : (constantes), نوع الزواج				

الجدول 70

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	.231 <sup>a</sup>	.053	.051	.428
a. Valeurs prédites : (constantes), مهنة الزوج, مهنة الزوجة				

الجدول 73

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.140	.000
	V de Cramer	.140	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 77

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.296	.000
	V de Cramer	.296	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 79

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.300	.000
	V de Cramer	.300	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

الجدول 87

Mesures symétriques			
		Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal	Phi	.216	.000
	V de Cramer	.216	.000
Nombre d'observations valides		995	
a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.			
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.			

## ملخص

إن مفهوم الصحة الإنجابية من المفاهيم الحديثة التي أثار اهتمام المنظمات الدولية و الهيئات الرسمية وكذا الدوائر العلمية، خاصة بعد مؤتمر السكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994، حيث أدركت هذه الأخيرة أهمية الصحة الإنجابية كونه جزء لا يتجزأ من الصحة العامة.

كما أدركت كذلك الدور الايجابي والقيمة المضافة لبرامج الصحة الإنجابية في تنظيم المجتمعات و استقرارها و تمتيتها في مختلف المجالات .

ومن خلال بحثنا لاحظنا أن معظم الدراسات حول الموضوع اعتبرته متعدد التخصصات. إذ أن خبراء الصحة، علماء الاجتماع، علماء السكان، اقتصاديون وآخرين تناولوا المسألة أين شكلت الأبعاد المتعددة أكبر عائق.

وفي هذا البحث المتواضع حاولنا دراسة المحددات الاجتماعية ، الاقتصادية و الديموغرافية للصحة الإنجابية، وذلك بالتطرق إلى دراسة العلاقة بين ممارسة المياعة بين الولادات كسلوك صحي و الوسيلة المثلى للمحافظة على الصحة الإنجابية وأهم العوامل الاجتماعية ، الاقتصادية والديموغرافية على عينة قصدية مكونة من 995 سيدة في سن الإنجاب.

إذ أظهرت النتائج المتحصل عليها شدة التفاعل بين هذا السلوك الصحي و هذه العوامل سواء من الجانب الصحي أو الجانب السوسيوديموغرافي.

**الكلمات المفتاحية**  
الصحة الإنجابية - تنظيم الاسرة - السلوك الإنجابي - المناقشة الزوجية-وسائل منع الحمل - المياعة بين الولادات.

## Résumé

La santé reproductive est l'un des concepts modernes qui a suscité un intérêt particulier des organisations internationales(FNUAP) et les scientifiques surtout après la Conférence sur la population et le développement tenue au Caire en 1994, lorsque ces derniers ont pris connaissance de l'importance de la santé reproductive en tant que partie intégrante de la santé publique.

Elle a également connu le rôle positif et la valeur ajoutée des programmes de santé reproductive dans l'organisation des sociétés et son développement dans les différents domaines.

A travers notre recherche, nous avons constaté que la plupart des études sur le sujet, l'on considéré comme pluridisciplinaires. Les experts de santé, sociologues, démographes, économistes et autres ont abordé le sujet en question où la multi dimensionnalité constituait le plus gros obstacle.

Dans cette recherche, nous avons tenté d'étudier les déterminants sociaux, économiques et démographiques de la santé reproductive, en abordant la relation entre la pratique de l'espacement des naissances comme un comportement sain et la meilleure façon de préserver la santé reproductive et les plus importants facteurs sociaux, économiques et démographiques Sur un échantillon intentionnel de 995 femmes en âge de procréer.

Les résultats obtenus ont montré l'intensité de l'interaction entre ce comportement sain et ces facteurs, que ce soit sur le plan sanitaire ou sur le plan sociodémographique.

### Mots clés

Santé reproductive - planification familiale - comportement reproductif - discussion conjugale - contraception - espacement des naissances.

## Summary

The concept of reproductive health is one of the modern concepts that has aroused the interest of international organizations and official bodies as well as scientific bodies, especially after the Conference on Population and Development held in Cairo in 1994, when the latter became aware of the importance of reproductive health as an integral part of public health.

She also knew the positive role and added value of reproductive health programs in the organization of societies and its development in different fields. Through our research, we have found that most studies on the subject are considered multidisciplinary. Health experts, sociologists, demographers, economists and others have tackled the subject in question where multidimensionality was the biggest obstacle.

In this modest research, we tried to study the social, economic and demographic determinants of reproductive health, approaching the study of the relationship between the practice of birth spacing as a healthy behavior and the best way to preserve reproductive health and the most important social, economic and demographic factors In an intentional sample of 995 women of childbearing age

The results obtained showed the intensity of the interaction between this healthy behavior and these factors, whether on the health level or on the socio-demographic level.

### Key words

Reproductive health - family planning - reproductive behavior - marital discussion - contraception - birth spacing