

المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك.

أ.بوحفص سومية

المركز الجامعي لتامنغست (الجزائر)

ملخص:

هذا البحث يتناول الكلام عن نوعية الرعاية الصحية المتبعة أثناء طيلة حملها و بعد و أثناء عملية الولادة سواء أكانت الرعاية الصحية حديثة و رعاية صحية تقليدية من طرف المرأة الحامل في ظل العوامل التي تتحكم في المرأة باختلاف هذه العوامل، وتطرق إلى هذه العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية، التي تحول دون ذهاب المرأة الحامل للقيام بالرعاية الصحية بغض النظر إلى نوعية هذه الرعاية الصحية المتبعة، وذلك خلال مراحل حملها إي أثناء الحمل و عملية الولادة و بعد الولادة، وهذا بهدف ضمان حمل صحي للام و سلامة الأم و الطفل من إي مرض الذي قد يصيبها خلال هذه المراحل الحساسة.

Résumé:

Cette recherche porte sur les discours sur la qualité des soins de santé appliquée pendant toute sa grossesse, pendant et après l'accouchement, que les soins de santé modernes ou traditionnelles de la santé par les femmes enceintes à la lumière des facteurs qui contrôlent les femmes, en fonction de ces facteurs se tournant vers le social, économique et culturel, qui inhibent les facteurs aller une femme enceinte à faire des soins de santé, quelle que soit la qualité de ces soins de santé mis en place, au cours des étapes de sa grossesse tout au cours de la grossesse et de l'accouchement et après la naissance, ce qui est le but d'assurer une grossesse en santé pour la mère et la sécurité de la mère et de l'enfant d'une maladie qui pourrait infecter au cours de cette étape délicate.

Les mots d'ouverture: soins modernes de santé et de soins de santé traditionnels, les femmes enceintes, pendant la grossesse, pendant et après le processus d'accouchement

مقدمة:

تعتبر الأمومة مرحلة من مراحل حياة الحساسة التي تمر بها المرأة بما تحمله من مخاطر وأضرار على صحتها، الناتجة عن الحمل والولادة فهي إذن نظام تعلق فيه مكانة الأم على الأب، من وراء ما تتجهم وترعاهم من الأبناء والبنات ولذلك فهي تحتاج إلى توفيرها رعاية صحية تحميها من المرض، وتكسيها تمتع بصحة وحيوية بهدف تمكنها من التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه وتتفاعل معه، ومن الأوليات التي تساعد في أداء المهام المنزلية ومهام العمل الإنتاجي أو الخدماتي خارج البيت، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن اعتلال صحة المرأة وتعرضها للمرض فإنه يحول دون قدرتها على التكيف مع المحيط وعجزها عن أداء المسؤوليات والأعمال داخل البيت وخارجه، وفشلها في الدراسة وطلب العلم والمعرفة وبالتالي عدم قدرها على احتلال الوظائف والأعمال المرموقة والحساسة التي يثمنها المجتمع.

فصحة المرأة تتأثر تأثراً بالغا خلال فترة الحمل والولادة و ما بعد الولادة، لذلك ينبغ الاهتمام بها وذلك بتوفير الرعاية الصحية للأمومة وسهولة استخدامها لها بشكل كبير، لضمان حمل صحي وسليم، بالإضافة إلى سلامة الأم والطفل معاً، وهذا بسبب أوجود كثير من العوامل التي تحول دون ذلك ومن بين هذه العوامل، المعتقدات المحلية والخلفية الثقافية، بالإضافة إلى الممارسات الشعبية، للمجتمع الذي تعيش فيه، وبالتالي يفرض على المرأة الاحترام والالتزام بها والقيام وتنفيذها، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، ولذلك فإن قضايا المرأة وصحتها

احتلت بشكل عام مساحة واسعة من الرعاية والاهتمام خلال العقد الأخير من هذا القرن بشكل خاص، فهي تكاد تصبح الشغل الشاغل على المستوى العالمي والوطني والمحلي من خلال المؤتمرات والاتفاقيات المنعقدة، نجد الاتفاقية رقم 3 بشأن حماية الأمومة الصادرة سنة 1919 والاتفاقية رقم 103 بشأن حماية الأمومة الصادرة 1952 فإن اهتمامات المنظمات، والهيئات الدولية بالأمومة فيما تصدره من برامج ومساعدات صحية ومالية التي تقدمها إلى جميع بلدان العالم و خاصة بلدان النامية، والتي تعاني من ضعف وانعدام الرعاية الصحية المقدمة لهذه الفئة الحساسة من إجمال سكان المجتمع فياترى ماهي هذه العوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية التي تتحكم في نوعية الرعاية الصحية الحديثة او الرعاية الصحية التقليدية عند المرأة الحامل؟

1-تأثير العوامل الاجتماعية:

1-مكان الإقامة: إن مكان الإقامة هذا عامل يفرز لوحده عدة عوامل متمثلة في مدى اقبال المرأة للرعاية الصحية حديثة و الرعاية الصحية تقليدية ،والمتمثلة في البعد الجغرافي و غياب وسائل النقل في معظم المناطق الريفية المغزولة، ففسي كثير من البلدان النامية تتسم التضاريس بوعورتها كما أن سبل الاتصالات والطرق والنقل سيئة. وقد جرت العادة على أن تكون المسافة هي المؤشر المستخدم لتقدير مدى كون الخدمات يسهل الوصول إليها فعليا. ولكن في حقيقة الأمر يعتبر الوقت الذي يستغرق الوصول إلى مرفق من مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة مؤشراً أدق للوصول الفعلي إلى المرفق. فالانتقال، ولو عبر مسافات قصيرة نسبياً، قد يستغرق وقتاً طويلاً للغاية.

فالعامل على إنقاذ أقصى عدد من الأرواح، يجب أن تكون المرافق قادرة على علاج النساء الحوامل في غضون هذا الإطار الزمني. ومن الممكن علاج النزف في مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة، وإن كانت بعض الحالات قد تستلزم إحالتها إلى مرفق يقدم رعاية شاملة من أجل إجراء عملية نقل للدم. ولذا فإن التوزيع الجغرافي للمرافق من شأنه أن يكفل كون جميع النساء يعشن على مسافة لا تتعد أكثر من ساعتين عن مرفق رعاية توليد أساسية خاصة بالحالات الطارئة ولا تبعد أكثر من اثنتي عشرة ساعة عن مرفق يقدم خدمات رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة.

ومن الواضح أن هذا هدف طموح، فهو ينطوي على تحسينات في نظم الاتصال والنقل والطرق، فغالباً ما تكون الرحلة إلى مرفق الرعاية الصحية هي رحلة على الأقدام أو على ظهور الجياد أو على ظهر عربة. ولذا قد تكون نسبة الأسر المعيشية التي يمكنها أن تصل في حدود إطار زمني معين إلى مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية أو الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة مؤشراً بديلاً مفيداً. والأمثل هو أن تعيش النساء جميعهن على مسافة من مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة يستغرق قطعها مدة لا تتجاوز ساعتين. وقد اختير هذا العدد كحد أقصى لأن النزف، وهو أسرع مضاعفات الحمل إفضاءً إلى الوفاة، يمكن أن يقتل الأم في غضون ساعتين¹، فحسب تقرير المجلس الاجتماعي و الاقتصادي إن 50% من العائلات في الجزائر تبعد عن الهياكل الصحية بمسافة تزيد عن 30 كلم².

فحسب النتائج التي توصل إليها المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي أن النساء اللواتي يلدن في منازلهن 24% دون مساعدة مؤهلة يطرحن في غالب الأحيان قضية البعد أو المصاريف العائلية و في نفس الوقت لا يقدرن الأخطار التي قد يتعرضن لها حق قدرها. وكذا حسب التي توصلت إليه وزارة الصحة الجزائرية من التحقيق الوطني التي قامت به سنة 2006 أن نسب الأمهات اللواتي قمن بالولادة في البيت و على أيدي قابلة تقليدية تختلف باختلاف جهات السكن، حيث كانت نسبة الأمهات اللواتي يقطن في الجهة الوسط نسبتهم 2.4%، و 1.3% من الأمهات القاطنات في الشرق الجزائري، مقابل 1.5% من الأمهات القاطنات في الغرب، و 6.8% من الأمهات القاطنات في الجنوب

الجزائري؛ حيث أن هذه الجهة الجغرافية الأخيرة سجلت أعلى نسبة لها مقارنة بالجهات الأخرى³. حيث كانت هذه النسبة حسب المسح الجزائري صحة الأم والطفل سنة 1992 بـ 17% من الولادات التي أجريت بواسطة قابلات غير مدربات و 3% ولادات أجريت بواسطة الأهل و الأصدقاء⁴، أما نتائج مسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 فقد سجلت حوالي نصف الولادات تمت خارج المرافق الصحية تمت تحت أشرف قابلة التقليدية و حوالي الثلث تمت بمساعدة أقارب أو أصدقاء⁵.

ب- نمط الأسرة: أن الأسرة هي اللبنة الأساسية التي يتشكل عليها بناء المجتمع السليم المتكامل، فالأسرة عالم مليء بالحرية و العمل و النشاط، ملئ بالمسؤوليات و الواجبات التي يتحملها كل فرد من أفراد الأسرة، كل ضمن طاقاته، فالأسرة هي التي تعمل على تأمين الرعاية الصحية الجسمية و النفسية لأعضائها، وتؤكد الكثير من الأبحاث إن مسألة صحة أو مرض الأسرة أو أحد أعضائها ليست مسألة شخصية بل هي مسألة كل الأسرة، وتضطلع الأسرة بدور ريادي بارز إزاء الخدمات الصحية، فالأسرة هي المرجع الرئيسي الأول لاختيار وتحديد نوعية الخدمة الصحية المطلوبة، بمعنى هل يتم الذهاب إلى الطب الرسمي أو إلى الطب الشعبي، هل يتم الذهاب إلى القطاع العام أو القطاع الطبي الخاص، أو هل يجري الذهاب إلى خارج الوطن للعلاج، ومعروف أن كثير من الإجراءات الطبية بحاجة إلى إذن خطي من ولي الأمر أو من صاحب العلاقة بمعنى أن الأسرة هي المصدر الأصلي لاتخاذ القرارات الطبية العلاجية⁶.

فالجدير بالذكر أن نمط الأسرة بمعنى أسرة نووية أو أسرة ممتدة له بالغ الأثر على الخدمات الصحية المقدمة و لذلك نجد أن هناك فوارق كبيرة بين الخدمات الصحية في البيئات المختلفة، ففي الأسرة الممتدة فأنا نجد أن زوجة الابن لا تذهب إلى الوحدة الصحية أو المستشفى إلا بعد استشارة زوجها و اخذ الإذن منه حتى في أصعب الظروف الصحية كما أنها أي زوجة الابن تطيع الأم زوج و تتصاع لأوامرها ونصائحها و عادة تكون هذه النصائح مخالفة للتعاليم الصحية الحديثة، وزوجة الابن لا يمكن عدم إطاعة الأم الزوج⁷. تردد الحوامل في استخدام مرافق الرعاية الصحية لإغراض الولادة، والتأثير الكبير لأزواجهن ولإلحماء والأصهار في اتخاذ قرار استخدام تلك المرافق⁸، حتى ولو قامت بذهاب فإننا نجد أن زوجة الابن لا تذهب للطبيب أو للوحدة الصحية إلا بعد استشارة أم الزوج والتي قد تكون لديها نصائح مخالفة للتعاليم الصحية وهذه النصائح تعتبر ملزمة للزوجة للحفاظ علي العلاقات الأسرية⁹، وعلى العكس نجد في الأسرة النووية.

فحسب التحقيق الذي أجرته وزارة الصحة سنة 2000، توصلت إلى نتائج من حيث مكان حدوث عملية الولادة وكانت النتائج ممثل في 88% من الأمهات اللواتي قمن بالولادة في الهياكل الاستشفائية العمومية و هن من منطقة الوسط ، و 77% من الأمهات من المنطقة الغرب و 94% من الأمهات قمن بالولادة في الهياكل استشفائية من منطقة الشرق، في حين نجد الأمهات اللواتي قمن بالولادة من منطقة الجنوب بنسبة 83%، و 16% من الأمهات قمن بالولادة في بيتهن مقابل 3% من الأمهات من منطقة وسط و 4% من الأمهات من منطقة الغرب و 17% من الشرق، أما الأمهات اللواتي قمن بالولادة في مراكز استشفائية خاصة نجد 9% من الأمهات من منطقة مقابل 1% من الأمهات من أصل الجنوب الجزائري¹⁰.

2-تأثير العوامل الاقتصادية:

1- عمل المرأة: وتتمثل العوامل الاقتصادية التي تتأثر على مدي قيام الأم الحامل أثناء الحمل و أثناء و بعد عملية الولادة في عمل المرأة و دخلها الشهري الخاص بها، حيث أن المرأة تخرج للعمل أما لتأكد ذاتها وإثبات شخصيتها ورغبتها في الحفاظ على مستوى معيشية مرتفع، أو لاضطرارها للكفاح مع زوجها في مواجهة مشقة الأحوال الاقتصادية وغلاء الأسعار، بالحصول على قدر من المال يرفع دخل الأسرة أو لتحمل عبء الأسرة بمفردها، كإفصال

زوجها عنها بالوفاة أو الطلاق أو المرض المزمن المقعد، إن وضع المرأة في الحياة الاجتماعية كان اشد المراكز تغيير لاسيما في نصف القرن الأخير. فقد نزلت المرأة إلى ميدان العمل وشعرت بقيمتها الاقتصادية وبأنها أصبحت سيدة الموقف وتستطيع أن تكفي نفسها بنفسها. ونازعت الرجل في السيادة على الأسرة بل أصبحت هي المتصرفة في شؤون المنزل و القائمة بأكبر قسط من مسؤولياته¹¹.

خروج المرأة للعمل ساهم إلى حد كبير في تحررها الاقتصادي وقلص من سيطرة الرجل على أسلوب حياتها¹²، فخروجها في حد ذاته ليس بالأمر الجديد عليها فقد عملت المرأة في زراعة الأرض إلى جانب زوجها ولكن الجديد بالنسبة لهاو للمجتمع هو خروجها للعمل المنتظم، المتكرر ذو الفترة اليومية الطويلة، وسط جو منتظم مضبوط يختلف تماما عن جو العمل في الحقل أو في البيت. وقد دخلت المرأة الآن ميادين العمل المختلفة، فهي تشتغل بالتعليم والطب والمحاماة، والهندسة والتجارة والصناعة، وفي الوزارات والمصالح والهيئات والمؤسسات والشركات على اختلاف أنواعها، وكذلك في شتى ميادين الخدمات والفنون¹³.

أما في الجزائر فإننا نجد أن المرأة الجزائرية نالت العديد من مناصب الشغل المختلف فقد عملت المرأة في الجزائر في القطاعات مختلفة، إلا انه يبقى قطاع الإدارة اكبر القطاعات التي تستقطب اليد العاملة النسوية تليها الصناعة وأقلها الخدمات، قطاعات النشاط الأخرى كالتجارة والبناء والإشغال العمومية والزراعة لا تشغل كثيرا من النساء وهذا حتى سنة 1996. امتص قطاع الإدارة في الجزائر حوالي 54% من النساء العاملات سنة 1977 وأكثر من 70% سنة 1989 بينما أصبحت لا تمثل 2002 أكثر من 43%¹⁴، ويعتبر المجلس الوطني الاقتصادي الاجتماعي أن قطاع الإدارة هو اكبر مشغل للنساء العاملات حيث انتقل عدد النساء العاملات في التوظيف العمومي من 343.031 موظفة سنة 1995 إلى 402.515 موظفة سنة 2002 أي عرف زيادة بـ 17.34% وتمثل 26.7% من العدد الإجمالي للموظفين، فهي تتوزع حسب القطاع .

قطاع التربية الوطنية تحتل الصدارة بنسبة تقدر بـ 47.9% متبوع لقطاع الصحة بنسبة 18.9%. وهكذا نجد أن 80% من العاملات يتمركزن في هذين القطاعين بمعدلات بلغت 38.9% من الموظفات في التربية و 41.3% من الموظفات في قطاع الصحة. ويعلق المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي على تمركزهن في هذين القطاعين باعتبارهما يمنحان المرأة العاملة المتزوجة إلام فرصة التوفيق والتوازن بين الوقت المخصص للالتزامات المهنية والالتزامات العائلية¹⁵. و زادت هذه النسبة سنة 2007 إلى أكثر من 60% في القطاع التعليم و التربية أما في القطاع الصحة فقد بلغت سنة 2007 بـ 60%¹⁶. وأوضحت المديرية العامة للتوظيف العمومي في الجزائر في إحصائيات لاسمية جديدة، الارتفاع نسبة العنصر النسوي في التوظيف العمومي من 28.3% سنة 2008 إلى 29.5% سنة 2009 أي من 454293 موظفة إلى 489258 موظفة من بينهن 43.8% من العنصر النسوي في التوظيف العمومي يعملن في التربية الوطنية و 18% في الصحة¹⁷.

كانت القطاع الصناعة سنة 1989 ثاني قطاع مشغل للنساء و نظرا للمشكلات التقنية والهيكلية التي واجهها قطاع الصناعة في الجزائر خاصة القطاع الخاص أصبح أقل توظيفا للنساء، فحجم اليد العاملة النسوية انخفض بشدة وأصبح لا يمثل سوى 7.4% في 1996 ليزيد سنة 2003 إلى 24.2%، أما القطاع الزراعة بعد أن سجلت اضعف معدلاتها منذ سنة 1984 إلى غاية 1996 أصبحت الزراعة سنة 2003 تحتل المكانة الثالثة بنسبة 11.30%¹⁸.

جدول رقم (01): تطور بنية النساء العاملات حسب قطاع النشاط في الجزائر من 1977-2003.

السنوات	1977	1982	1983	1984	1987	1989	1996	2003
قطاع النشاط								
زراعة	5.6	3.4	4.8	2.3	2.7	3.5	1.8	11
صناعة	17.4	14.3	15.0	13.3	12.4	11.5	7.4	24.2
بناء و أشغال عمومية	2.1	1.5	2.3	3.5	3.4	3.0	1.9	1
تجارة	3.3	2.5	3.8	5.3	3.4	2.8	4.6	2.9
خدمات و نقل	13.4	12.1	10.4	11.4	7.9	2.4	23	12.5
إدارة	53.8	64.4	23.7	24.2	24.3	70.6	61.3	48.4
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: عمار مانع. الدلالات الاجتماعية لعمل المرأة الجزائرية في سوق العمل الرسمي: مؤشرات إحصائية، بـ: المجلة العربية لعلم الاجتماع، مجلة نصف سنوية محكمة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، كلية الآداب، العدد 2، جويلية 2008، ص 64.

أما العاملات في البيت، أن مفهوم المرأة العاملة في البيت الذي تبناه لأول مرة التحقيق حول اليد العاملة (MOD) هو تمديد للمفهومين السابقين هما "النساء الماكثات في البت والعملات جزئيا" الذي اعتمده الإحصاء العام للسكان و السكن لسنة 1977 و مفهوم "نساء أخريات غير نشيطات" الذي اعتمده الإحصاء العام للسكان و السكن لسنة 1987 ، ومنذ سنة 1992 فإن النشاط الاقتصادي للنساء الماكثات في البيت المسمى أيضا النشاط الهامشي. ومنذ ذلك الوقت لم يعد اعتبار النساء في المنزل بأنهن ماكثات بل يتم إحصاؤهن ضمن مجموع النساء المشغلات. و الملاحظ أن هذا الاتجاه المسجل يبدو انه استقر في نفس المستوى خلال العشرية 1993 - 2003¹⁹، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (02): تطور عدد العاملات بالمنزل في الجزائر خلال الفترة 1992-1997.

السنوات التحقيقات	عدد النساء العاملات بالمنزل بالآلاف	النسبة ضمن فئة النساء المشغلات %
GPH1977	42	23.3
RGPH 1987	63	14.7
MOD1982	100	28.7
MOD 1989	141	30.7
1991	158	30.5
MOD1992	161	30.6

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل. مشروع التقرير التمهيدي حول النساء وسوق العمل، الدورة العامة العادية الخامسة والعشرون، الجزائر، ديسمبر 2004، ص 95.

العاملات في المنزل حسب الحرفة الممتنة حسب التحقيق اليد العاملة لأول مرة الذي اجري في الجزائر سنة 1989، والجدول التالي يوضح هذه النسب المتحصل عليها.

جدول رقم(03):العاملات في المنزل حسب الحرفة الممتثلة في الجزائر سنة 1989.

النسبة بـ %	طبيعة المهنة الممتثلة
39.2	الخباطة
20.0	صناعة الزرابي
13.0	نسيج الملابس الصوفية
8.9	الطرز
7.9	النسيج
3.7	صناعة تقليدية
3.0	زراعة
2.4	أشغال منزلية
1.9	نشاطات أخرى
100	المجموع

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي لجنة علاقات العمل ، مرجع سابق، ص97.

أما البطالة بين النساء في الجزائر فقد بلغ عدد البطالين حسب مفهوم المكتب الدولي للعمل سنة 2005 نسبة تقدر بـ 17.20% من النساء البطالات²⁰.

جدول رقم(04):تطور عدد البطالة عند النساء في الجزائر في سنوات 2003-2004-2006.

النسب بـ %	السنوات
25.4	2003
18.1	2004
17.5	2006

مصدر: عمار مانع ،مرجع سابق،ص66.

جدول رقم (05):يمثل تطور البطالة للنساء خلال الفترة 1977-2003.

التركيبة %	العدد بالآلاف	سنوات
3.5	23	1997
5.7	65	1987
8.3	84	1989
9.1	134	1992
22.8	478	1995
16.9	363	1996
15.3	347	2003

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي، لجنة علاقات العمل، مرجع سابق، ص101.

ب-دخول المرأة الخاص: أما تأثير دخل الشهري الخاص على نوع الرعاية الصحية المتبعة ومدى قيام الأم الحامل بالرعاية الصحية أثناء الحمل وأثناء وبعد عملية الولادة، الربط بين الصحة والدخل عامل أساسي فالفقراء يعرفون الفقر بالطريقة التقليدية فانعدام الدخل يعني لهم عدم الاستقرار والقلق والعار والمهانة والعجز كما يدرك الفقراء الأبعاد المتعددة للصحة حيث تحدد الصحة الجيدة بأنها مكون أساسي من مكونات نوعية الحياة الجيدة، وفي وصفهم لرفاه

يمكن تحديد ثلاث أنواع وهي: الرفاه المادي ويعبر عنه غالبا بمعنى الكفاية أما الرفاه البدني وهو أن يكون المرء قويا وصحيح الجسم بالإضافة إلى الرفاه الاجتماعي ويشمل أن يكون للمرء أولاد ويقوم على رعايتهم واحترام الذات والأمن والثقة بالمستقبل وحرية الاختيار والتصرف والقدرة على مساعدة الآخرين.

إذا ما قارنا بين استعمال الرجل واستعمال المرأة للخدمات الرسمية الرعاية الصحية فإننا نجد أن استعمال الرجل للخدمات الرسمية للرعاية الصحية أكثر من المرأة، ويعود ذلك جزئيا إلى أنه يتحكم في المال اللازم لدفع تكاليفها، ويرجع أن تعتمد المرأة على الخدمات التقليدية أو غيرها من الخدمات البديلة، لأنها أقل تكلفة وأقرب منالاً ومألوفة أكثر²¹، فالخدمات العالية التكلفة ليست في متناول المرأة الأفقر سواء قبل الولادة أو إثناءها. وما زال الوصول إلى خدمات الأمومة واستعمالها يميل إلى التأثير بالثروة أكثر من استعمال وسائل منع الحمل أو الخصوبة المكتملة، ولعل السبب هو الرسوم العالية للمولدين أو المستشفيات، أن احتمال أن تحصل المرأة الأفقر على مساعدة مولد ماهر أقل من احتمال التماسها الرعاية قبل الولادة، ويهبط هذا الاحتمال في البلدان الآسيوية وإفريقيا جنوب الصحراء أما في شمال إفريقيا فيرجح أن تلد المرأة على يد مولد ماهر أكثر من أن تلمس الرعاية أثناء الحمل.

إن الزيارات في الرعاية الصحية قبل الولادة وفي الولادة تحت إشراف مختص كالزيادات في الثروة هي أكثر حدة بالنسبة إلى الخدمات الأخرى في مجال الرعاية الصحية الأساسية، كالعلاج بالإمهاة الشفوية أو المعالجة الطبية للإسهال، والمعالجة الطبية الالتهابات الجهاز التنفسي الحادة أو التحصين، والإشراف من قبل طبيب أشد العلاجات حساسية بالنسبة إلى الدخل، أما الولادة في البيت أو في مرفق صحي هي أيضا مسالة تتصل اتصالا قويا بالثروة، فحسب نفس الدراسة سابقة الذكر التي أجراها صندوق الأمم المتحدة على 44 بلدا توصل إلى أن ما يقرب 80 في المائة من الخمس الأفقر من السكان تجرى الولادات في البيت، وما يقرب من 80 في المائة للولادات في اغني الأسر تجرى في مرفق صحي، كمعظم الولادات في الخمسين الأغني وفي كل فئة أدنى في الثروة تزداد نسبة الولادات في البيت، فكلما قل دخل المرأة قل معه احتمال سعيها للحصول على الرعاية السابقة للولادة،

فالمرأة الفقيرة في أي بلد أكثر عرضة للموت أثناء الولادة من المرأة الغنية. وتبين معدلات الوفيات النفاسية فرقا بين الأمم الغنية الفقيرة أكبر من أي مؤشر من مؤشرات الصحة العامة الشائعة الاستعمال، فمعدل وفيات النفاسية دالة على الوصول إلى الموارد والوصول إلى الرعاية الصحية، فالمرأة التي تصبح حاملة في البلدان النامية تواجه من خطر الموت أثناء الولادة أكثر مما تواجهه المرأة في البلدان المتقدمة، أن معدل خطر الموت الذي تواجهه المرأة في حياتها لأسباب تتصل بالأمومة أي الحمل والولادة والمضاعفات ذات الصلة، في إفريقيا واحد من 19 امرأة في آسيا واحد من 122 امرأة في أمريكا اللاتينية واحد من 188 امرأة في البلدان الأكثر تقدما و احد من 2976 امرأة²².

فحسب التقرير التنمية البشرية لسنة 2007 لبرنامج الأمم المتحدة للتنمية البشرية الإنمائية لسنة 2004 فإن الجزائر تحتل المرتبة بمعدل تنمية البشرية 108 سنة 2002 بمعدل 0.704²³، ليزيد هذا المعدل إلى 0.733 لسنة 2005 إلا أن الجزائر احتل المرتبة 104 حسب الترتيب دول العالم²⁴، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن الجزائر تحتل المرتبة 43 سنة 2002 بمعدل 21.9%²⁵ فيما يخص معدل الفقر ليتناقص هذا المعدل سنة 2005 إلى المرتبة 51 بمعدل 12.5%²⁶.

وهكذا شهد مؤشر الفقر البشري تراجعا إذ تقلص من 24.67% سنة 1998 إلى 18.95% سنة 2006 ونسبة الفقر إلى 5% خاصة مع انخفاض معدل البطالة إلى 11.3% سنة 2007 مقابل 17.7% سنة 2004 وتحسن الدخل الخام للمواطن حيث انتقل من 3100 دولار سنة 2005 ليلبلغ 3478 دولار سنة 2006 ثم 3971 دولار سنة 2007 و 5034 سنة 2008.

وقد انتهجت الدولة الجزائرية سياسة لتطوير المجتمع الريفي وخاصة المرأة وهذا بتسطير 9000 مشروع جوارى للتنمية الريفية (خماسي 2009/2004) تهدف إلى تطوير وتحسين المستوى المعيشي والثقافي لـ 800.000 عائلة ريفية ولتطوير المرأة بصفة خاصة وقد ساعدت هذه المشاريع على تنمية أعمال المرأة في مجال الزراعة والنشاطات الحرفية²⁷.

3- تأثير العوامل الثقافية:

1- المستوى التعليمي للمرأة: يتمثل أساسا هذا العوامل في تعليم المرأة يرتبط انخفاض مستوى التعليم "نسبة المتعلمين" وما يصاحب ذلك من جهل، ارتباطا وثيقا بانخفاض المستوى الصحي في المجتمع وعلى سبيل المثال الفرد الذي لا يعرف القراءة والكتابة لا يستفيد من الإرشادات و المعلومات الصحية المنشورة في الصحف أو المجلات أو النشرات الصحية، وهو غير مبال أيضا لحضور الاجتماعات والندوات الصحية بالإضافة إلى ذلك فإن الفرد غير المتعلم تكون فرصة إيمانه في البدع والخزعبلات كبيرة، وقد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة أساسية وهذا يؤثر على الحالة الصحية في المجتمع²⁸.

فيعتبر التعليم من أهم و أكثر المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية لتحسين وضع المرأة بشكل عام ووضعها الصحي بشكل خاص، كما وأن الأمهات الأكثر تعليما يتمتعن برعاية صحية أفضل، كما أنهن يمتلكن مهارات أفضل في الحصول على المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية والوقاية من الأمراض والتغذية وتقييم هذه المعلومات²⁹، كما أن يعتبر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية، و يعتبر المستوى التعليمي والثقافي احد العوامل الهامة التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى الأفراد فالأفراد الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على فهم أسباب المرض وطرق تنفيذ علاجه³⁰.

يتصل التعليم اتصالا قويا بتحسين الصحة الإنجابية للمرأة فقد أثبتت دراسات عديدة أن المرأة المتعلمة يرجح أن تحصل أكثر من غيرها على رعاية ما قبل الولادة، وأن تلد أطفالها بمساعدة مولدين مهرة، وأن تستعمل وسائل منع الحمل لتجنب الولادات في وقت غير ملائم أو الولادات غير المرغوب فيها، فتعليم الرجل أقل تأثيرا من تعليم المرأة على الصحة الإنجابية وعلى نمط تكوين الأسرة في العديد من البلدان، ولكن آثاره ايجابية بوجه عام فهي تعزز آثار تعليم المرأة ولكن لا تحل محلها. فنجد أن إلام الغير المتعلمة التي تنشا في مجتمع تتم فيه الولادة بواسطة الداية ترى أنها أفضل طريقة وانه من الصعب عليها الاقتناع بالولادة بواسطة الأطباء أو الممرضات³¹.

فبرغم من الدعوات من اجل المساواة بين الجنسين في وثائق من مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي أقرته الجمعية العامة للأمم المتحدة في عام 1948، والإعلانات الأخرى ذات العلاقة فان حقوق المرأة لم تحتل مكانها الصحيح على الأجندة الدولية إلا عام 1974، حيث تم تكليف لجنة الأمم المتحدة لحقوق المرأة، فالمرأة المتعافية صحيا والمتعلمة والتمكنة تتمتع باحتمالات اكبر في إنجاب بنات وبنين متعافين صحيا، فالفتيات هن اللاتي يعانين في غالب الأحيان من الحرمان من التعليم فإننا نجد مقابل كل 100 فتى خارج المدرسة يوجد 115 فتاة في الوضع نفسه إلا أن حوالي فتاة واحد من كل ثلاث فتيات ملتحقات بالمدارس الابتدائية لا تكمل تعليمها الابتدائي، وذلك مقارنة مع فتى واحد تقريبا من كل 7 فتيان و 43% فقط من الفتيات في سن للتعليم الثانوي ينتظمن في المدارس الثانوية في دول العالم الآخذة في النمو، وللتعليم الثانوي منافع متعددة تستفيد منها النساء كما انه يعزز حرية التنقل و صحة الأم³².

إلى أن الدولة الجزائرية حرصت على تطوير التعليم والتكوين وفي هذا الإطار حققت المرأة الجزائرية قفزة نوعية في التعليم سواء من حيث أعداد النساء والفتيات المتعلمات أو من حيث تراجع نسبة الأمية، فخلال الدخول المدرسي 2007-2008 تم استقبال 7.636.531، تلميذ وتلميذة منهم 3.777.233 بنات، بنسبة 49.46%، يوظفهم

قاربة 354.958 مدرس في كل أطوار التعليم، تمثل النساء 53.71% من المجموع. ويمثل هذا العدد الهائل من التلاميذ، نسبة تدرس بالنسبة للأطفال ذوي 6 سنوات وأكثر، لا تقل عن 97.87% لنفس السنة الدراسية. وقد ساعد ارتفاع عدد هياكل قطاع التربية الوطنية التي بلغ مجموعها 23277 خلال الدخول المدرسي 2006-2007، في جعل المدرسة أكثر قربا من مساكن التلاميذ خاصة في المناطق الريفية بغرض زيادة معدلات الالتحاق بالمدرسة والاستمرار فيها لاسيما بالنسبة إلى الفتيات، وعلى مستوى التعليم الثانوي يلاحظ الارتفاع المكثف لنسبة التمدرس البنات المقدر بـ 58.38% سنة 2006. أما على مستوى التعليم الجامعي، فقد قدرت نسبة الطالبات في الدخول الجامعي لسنة 2006-2007 بأكثر من 69% وبلغت نسبة البنات المسجلات في الدراسات العلمية والتكنولوجية بـ 34% وبلغت نسبة البنات المسجلات في الدراسات ما بعد التدرج 43.6%³³، حيث كانت هذه النسبة في السنوات الماضية، أما فيما يخص إحصائيات 2009 نجد معدل الصافي للالتحاق بالمدرسة الابتدائية نجد ذكور 93% و 89% الإناث في 1990-1999، و 96% ذكور و 94% إناث في 2000-2009³⁴. فبفضل البرامج التي سطرت لهذا الغرض تراجعت نسبة الأمية لتصل سنة 2003 إلى 26.5% و 24% سنة 2007 حسب إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء؛ وتمس الأمية بصفة خاصة الفئة العمرية الأكثر من 40 سنة وتوجد أعلى النسب بالمناطق الريفية أين نجد أكثر من ثلث النساء أميات 31.6% لدى النساء مقابل 16.5% لدى الرجال. وينتظر أن تنقل نسبة الأمية بصورة أكبر خلال السنوات القادمة وذلك بفضل الإستراتيجية الوطنية لمحو الأمية (2007-2015) والتي تهدف إلى تقليص الأمية إلى 50% في حدود 2012 والقضاء عليها تماما في أفق 2015 خاصة وسط الفئة العمرية المتراوحة ما بين 15 و 49 سنة مع التركيز أيضا، على النساء وسكان المناطق الريفية، وقد رصد لإعمالها 50 مليار د.ج. وتساهم في تنفيذ هذه الإستراتيجية القطاعات الوزارية والديوان الوطني لمحو الأمية وتعليم الكبار التابع لوزارة التربية الوطنية والجمعيات النشطة في هذا المجال³⁵.

الهوامش و المراجع المعتمدة:

- ¹ وزارة الصحة العامة و السكان: دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي، صنعاء، 2008، ص ص 17، 18.
- ² المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، ص 7.
- ³ *Ministère de santé de la population et de la reforme Hospitalier, ONS: suivi de la situation des enfants et des femmes enquête national a indicateur multiples MICS 3, Algérie, 2006, p62.*
- ⁴ الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة و السكان: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الجزائر، 1994، ص 181.
- ⁵ الديوان الوطني للإحصائيات و وزارة الصحة و السكان: المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002، النتائج الأولية، الجزائر، جوان 2003، ص 88.
- ⁶ أيمن مزاهرة و اخرون: علم الاجتماع الصحة، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الاولى، 2001، ص ص 124-126.
- ⁷ بهاء الدين إبراهيم سلامة: الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة، 2007، ص ص 241، 242.
- ⁸ منظمة الامم المتحدة للطفولة: وضع الأطفال في العالم 2009، جنيف، 2009، ص 85.
- ⁹ سلوى عثمان الصيقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ص 77.
- ¹⁰ *Ministère de la sante et de la population: Enquête nationale sur les objectifs de la fin-decennie 2000, Alger, 2001, P50*
- ¹¹ دوجيه الفرخ. التنشئة الاجتماعية لطفل ما قبل المدرسة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، (د.ت)، ص 36.

- ¹²حنان عبد الحميد العناني. برامج الطفل ما قبل المدرسة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان، الطبعة الأولى،2003، ص38.
- ¹³ فوزية دياب: نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، الطبعة الثالثة، 1979، ص ص122،123.
- ¹⁴ عمار مانع. الدلالات الاجتماعية لعمل المرأة الجزائرية في سوق العمل الرسمي: مؤشرات إحصائية، بـ: المجلة العربية لعلم الاجتماع، مجلة نصف سنوية محكمة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، جامعة القاهرة، كلية الآداب، العدد 2، جويلية 2008، ص ص62،63.
- ¹⁵ نفس المرجع، ص 64.
- ¹⁶ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية بيجين+15، الجزائر، 2009، ص15.
- ¹⁷ شبكة الانتخابات في العالم العربي: واقع المرأة في المنطقة العربية، مصر، مارس 2010 ، ص 4.
- ¹⁸ عمار مانع، مرجع سابق، ص65.
- ¹⁹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة علاقات العمل. مشروع التقرير التمهيدي حول النساء وسوق العمل، الدورة العامة العادية الخامسة والعشرون، الجزائر، ديسمبر 2004، ص ص94،95.
- ²⁰ عمار مانع: مرجع سابق ص66.
- ²¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان. حالة سكان العالم 2002 ، الناس والفقر والإمكانيات، نيويورك، 2002، ص ص33،34.
- ²² نفس المرجع، ص ص33-36.
- ²³ United Nation Development Program: **Human Report Development (2004)**, New York, 2004, p141.
- ²⁴ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. تقرير التنمية البشرية 2007-2008، نيويورك 2007، ص 218.
- ²⁵ United Nation Development Program: **Human Report Development (2004)**, opcit, p148.
- ²⁶ United Nation Développement Program :**Humane Report Développement (2007-2008)**, New York, 2007, p239.
- ²⁷ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة: مرجع سابق، ص ص5-16.
- ²⁸ بهاء الدين إبراهيم سلامة: مرجع سابق، ص 240.
- ²⁹ احمد محمد بدح و آخرون: الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص 231.
- ³⁰ عبد المجيد شاعر، و آخرون : علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، 2000، ص 103.
- ³¹ بهاء الدين إبراهيم سلامة، مرجع سابق، ص ص240،243.
- ³² منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف): وضع الأطفال في العالم 2007، موجز رسمي، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان الأردن، 2007، ص ص1-4.
- ³³ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، مرجع سابق، ص8.
- ³⁴ منظمة الصحة العالمية: الإحصائيات الصحية العالمية 2010، جنيف، 2010، ص159.
- ³⁵ الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة، مرجع سابق، ص9.