

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ذي قار/ كلية الآداب

قسم الجغرافية

التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في

محافظة المثنى للمدة (٢٠٠٥ – ٢٠١٥)

رسالة تقدمت بها الطالبة

هبة الله نجاح جاسم الوسمي

إلى مجلس كلية الآداب – جامعة ذي قار

وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير آداب في

الجغرافية

بإشراف الأستاذ الدكتور

حسين عليوي ناصر الزيايدي

٢٠١٧ م

١٤٣٩ هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

((وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ

بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ

كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمَلُهُ

وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا))

صدق الله العلي العظيم

الآية (١٥)

سورة الاحقاف

إقرار المشرف

أشهد بأن إعداد الرسالة الموسومة (التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى للمدة من (٢٠٠٥-٢٠١٥)) المقدمة من الطالبة (هبة الله نجاح جاسم الوسمي) قد تم تحت إشرافي في جامعة ذي قار/كلية الآداب/قسم الجغرافية وهي جزء من متطلبات نيل درجة الماجستير أداب في الجغرافية.

التوقيع:

المشرف: أ. د حسين عليوي ناصر الزيايدي

التاريخ: / / ٢٠١٧م

إقرار المقوم اللغوي

أشهد أن الرسالة الموسومة (التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى للمدة من (٢٠٠٥-٢٠١٥)) قد تمت مراجعتها من الناحية اللغوية وتصحيح ما ورد فيها من أخطاء لغوية وتعبيرية تحت إشرافي وبذلك أصبحت الرسالة مؤهلة للمناقشة بقدر تعلق الأمر بسلامة الأسلوب وصحة التعبير.

التوقيع:

الأسم: أ.م.د. حيدر رزاق سكران

التاريخ: / / ٢٠١٧م

إقرار المقوم العلمي

أشهد أنني قد أطلعت على الرسالة الموسومة (التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى للمدة من (٢٠٠٥-٢٠١٥)) وقد وجدتها مؤهلة للمناقشة.

التوقيع:

الأسم: أ.م.د. علي عبد الأمير ساجت

التاريخ: / / ٢٠١٧م

إقرار رئيس القسم

بناءً على التوصيات المقدمة من قبل المشرف والمقوم اللغوي والعلمي
إرشح هذه الرسالة للمناقشة.

التوقيع:

رئيس قسم الجغرافية: أ.د. حسين عليوي ناصر الزيايدي

التاريخ: / / ٢٠١٧م

إقرار لجنة المناقشة

نشهد نحن أعضاء لجنة المناقشة قد أطلعنا على الرسالة الموسومة (التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى للمدة من (٢٠٠٥-٢٠١٥) المقدمة من قبل الطالبة (هبة الله نجاح جاسم الوسمي) وقد ناقشنا الطالبة في محتوياتها وفيما له علاقة بها ونرى بأنها جديرة بالقبول لنيل درجة الماجستير أدا في الجغرافية بتقدير).

التوقيع:

التوقيع:

الأسم: أ.د. مهدي فليح ناصر

الأسم: أ.د. عدنان عناد غياض

عضواً

رئيس اللجنة

التوقيع:

التوقيع :

الأسم: أ.د. حسين عليوي ناصر الزياي

الأسم: أ.م.د. عبد العالي حبيب حسين

عضواً ومشرفاً

عضواً

صادق مجلس كلية الآداب /جامعة ذي قار على قرار لجنة المناقشة بتاريخ

٢٠١٧/ / م

الإهداء

الى من علمني أنَّ الاعمال الكبيرة لا تتم إلا بالصبر ، العزيمة ، الإصرار
..... والدي

خيمة الحنان ، غيمة المكان ، تحمينا دائماً ، بين يديها الدعاء متصل
.... للسماء أمِّي

إلى من سار معي نحو الحلم ... خطوة بخطوة بذرناه معاً
وحصدناه معاً ، سنبقى معاً ... بأذن الله زوجي

إلى مرآة طفولتي ، ذكرياتي أخواتي وأخي

هبة الله

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين، والشكر دائماً وابتداءً لله عز وجل، الذي انار طريقي وأعانني على اتمام هذه الرسالة، فلولا توفيقه عزّ و جلّ لما تحقق من هذا الجهد شيء، والصلاة والسلام على خير خلق الله مُحَمَّد وآله الطيبين الطاهرين و اصحابه المنتجبين.

يطيب لي أن اتقدم بالشكر الخاص، جزيل العرفان والامتنان إلى استاذي والمشرف على رسالتي (الأستاذ الدكتور حسين عليوي ناصر الزيادي)، الذي تولى بكلّ سعة صدر وصبر كبيرين الإشراف على هذه الرسالة، وادين له بكلّ توجيه تقدم به لتصحيح مسار الرسالة، كما اتقدم بالشكر الجزيل الى عمادة كلية الآداب /جامعة ذي قار، وإلى اساتذتي في الدراسات العليا لما قدموه من عون ومساعدة، كما أتوجه بالشكر والتقدير لكل اساتذتي في قسم الجغرافية/كلية التربية في جامعة المثنى وفي مقدمتهم(المدرس الدكتور لطيف جابر) لما قدمه لي من ملاحظات قيمة اثرت جوانب الرسالة العلمية و الفنية و جزاه الله خير الجزاء، واشكر كلّ من مد لي يد العون و المساعدة في مكتبة كلية الآداب قسم الجغرافية، واشكر موظفين مكتبة كلية التربية بجامعة المثنى .

هبة الله

المستخلص

تهدف هذه الدراسة الى التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الانجابية في محافظة المثنى للمدة ٢٠٠٥ - ٢٠١٥ لأهمية الموضوع وحيويته لأنه يتعلق بصحة الأم التي تؤثر على صحة الجنين في رحم أمه وصولاً إلى الولادة وحتى مرحلة البلوغ , وصحة الأم الانجابية تؤثر على صحة الإنسان ليست فقط الجسدية وحتى الصحة النفسية، فكلما كانت الأم تتمتع بصحة جيدة كلما استطاعت أن تنجب اطفال اصحاء وتقوم بتربيتهم تربية ترتقي بالمستوى الصحي، الاجتماعي، التربوي الجيد، ترقية المجتمع , الصحة الانجابية هي تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية.

واشتملت الدراسة على اربعة فصول:- احتوى الفصل الأول على مبحثين الأول:

تناول الدليل النظري اي التعريف بمفاهيم الصحة الانجابية، في حين تناول

المبحث الثاني: المدخل المفاهيمي للدراسة.

وأهتم الفصل الثاني: بدراسة خصائص التركيب السكاني، التوزيع البيئي، دراسة التركيب العمري، التعليمي، الاقتصادي، الديني لإناث في المحافظة في محافظة المثنى حيث بلغت نسبة الاناث في سن الانجاب في الحضر (٤٤%)، اما في الريف فقد بلغت نسبتهن (٥٦%) لعام ٢٠١٥.

أما بالنسبة للفصل الثالث: فقد اختص بدراسة بعض مؤشرات الصحة الانجابية لأمهات (١٥ - ٤٩ سنة) و تباينها المكاني .وتم تقسيمه الى ثلاث مباحث : المبحث الأول تناول دراسة نسبة استعمال موانع الحمل و توزيعها المكاني حيث

بلغت النسبة المستخدمة لوسائل منع الحمل في محافظة المثنى (٦٠٪)، بالمقابل بلغت نسبة اللواتي لم يستخدمن وسائل منع الحمل (٤٠٪)، اما سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل فكانت لأسباب مختلفة، منها (٢٠٪) من الامهات امتنعن عن استعمال موانع الحمل بسبب الرغبة بمزيد من الاطفال، (١٠٪) بسبب الخوف من الآثار الجانبية، (٥٪) بسبب رفض الزوج لاستعمال وسائل منع الحمل، (٢٪) أرملة أو مطلقة، (٢٪) لأسباب دينية، والمبحث الثاني: أهتم بدراسة نسبة وفيات الامهات و الاطفال ما حول الولادة، والمبحث الثالث فقد سلط الضوء على نسبة الولادات التي تمت بأشراف المؤسسات الصحية و خارجها، وإن سبب عدم الولادة في المستشفيات هي بسبب سوء معاملة الكوادر الصحية في معظم المستشفيات، عدم الاهتمام بالحوامل والتشخيصات الخاطئة من قبل الكوادر الصحية، تعرض الأم الحامل الى مشاكل صحية جسيمة خطيرة قد تعاني منها حتى بعد الولادة، بسبب كثرة الاموال التي تدفع للعاملين و العاملات بشكل غير رسمي، بينما تكون الاسعار ثابتة و معلومة عند القابلات المأذونة وأنّ تردّي الحالة الصحية للأم بعد الولادة يجعلها غير قادرة على الاهتمام بطفلها بأيامه الأولى، هذا يؤدي احيانا الى وفاة الطفل في الاسبوع الاول من حياته حيث بلغ نسبة وفيات الاطفال خلال الاسبوع الأول (٢٦٪).

أما بالنسبة الى الفصل الرابع فقد اهتم بتوضيح العوامل المؤثرة في الصحة الانجابية للأم، وتم تقسيمه على مبحثين الأول: أهتم بدراسة العوامل الذاتية عمر الأم عند الحمل الأول حيث بلغت نسبة الحمل الاول المبكر (١٥ - ١٩ سنة) بلغت (٣٣٪)، بينما الحمل الاول المتأخر (٣٥ سنة فأكثر) بلغت (٤٪) في منطقة الدراسة، وهذا يشكل خطراً كبيراً، ودراسة وعدد الاطفال الذين تم انجابهم ورضاعتهم الطبيعية واستعمال وسائل منع الحمل والعوامل النفسية المتعلقة بها ،

اما المبحث الثاني: أهتم بدراسة العوامل الموضوعية للأمّهات حيث تناول العوامل الاقتصادية، الاجتماعية، ومنها الحالة العلمية والعملية، والخدمات الصحية والتعليمية.

واختتمت الدراسة بأهم الاستنتاجات التي توصلت اليها الباحثة ومنها تدني الوضع الاقتصادي و الثقافي الذي تعيشه المرأة، بالإضافة إلى تردي مستوى الخدمات الصحية و بالخصوص تلك المتعلقة بالصحة الانجابية، وأوصت الدراسة بالعمل على رفع المستوى الاجتماعي للمرأة، وعلى ضرورة التوعية الصحية والاعلامية بين السكان، فضلاً عن دعم برنامج تنظيم الاسرة، ومحاربة العادات والتقاليد الضارة.

(المحتويات)

الصفحة	الموضوع
	العنوان.
أ	الآية القرآنية.
ب	إقرار المشرف
ج	إقرار المقوم اللغوي
د	إقرار المقوم العلمي
هـ	إقرار رئيس القسم
و	إقرار لجنة المناقشة
ز	الإهداء.
ح	الشكر والتقدير.
ط - ك	المستخلص
ل - س	المحتويات.
س - ص	فهرست الجداول.
ص - ر	فهرست الخرائط.
ش - ت	فهرست الإشكال
١	المقدمة
٢ - ٣٤	الفصل الأول : الدليل النظري ومفاهيم الصحة الإنجابية.
٢ - ١٤	المبحث الأول : الدليل النظري للصحة الانجابية.

٣٤ - ١٥	المبحث الثاني : المدخل المفاهيمي للدراسة.
١٩ - ١٥	١- مفهوم الصحة الانجابية.
٢١ - ١٩	٢- أهمية الصحة الانجابية.
٢٢ - ٢١	٣- عناصر الصحة الانجابية.
٣٠ - ٢٣	أ - تنظيم الاسرة.
٣١ - ٣٠	ب - الأمومة المأمونة.
٣٣ - ٣٢	٤- دور الرجل بالصحة الانجابية.
٣٤ - ٣٣	٥ - العوامل المؤثرة بالصحة الانجابية.
٣٤ - ٣٤	٦- المستهدفون من الصحة الانجابية
٦٢ - ٣٥	الفصل الثاني : تركيب السكانية في محافظة المثنى.
٣٧ - ٣٥	خصائص التركيب السكاني في محافظة المثنى.
٤٧ - ٣٨	١- التركيب البيئي للإناث في محافظة المثنى.
٥٣ - ٤٨	٢- التركيب العمري للإناث في سن الإنجاب.
٥٦ - ٥٤	٣- التركيب التعليمي للإناث في سن الإنجاب.
٦١ - ٥٦	٤- التركيب الاقتصادي للإناث في سن الإنجاب.
١١٣ - ٦٣	الفصل الثالث : التباين المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى.
٨٨ - ٦٣	المبحث الأول : نسبة استعمال وسائل منع الحمل و توزيعها.
٧٣ - ٦٩	أولاً : استعمال وسائل منع الحمل وفق عدد الأطفال.
٨٨ - ٧٣	ثانياً : المستوى التعليمي للأم.
١٠٦ - ٨٩	المبحث الثاني : نسبة وفيات الأمهات والاطفال ما حول الولادة.

٨٩	أولاً : - نسبة وفيات الامهات خلال فترة (الحمل والولادة والنفاس).
٩٢ - ٨٩	١ . الأسباب مباشرة الصحية.
٩٦ - ٩٢	٢ . الأسباب غير مباشرة.
٩٦	ثانيا - نسبة وفيات الاطفال ما حول الولادة .
٩٨ - ٩٧	١-الولادات الميته.
١٠١ - ٩٩	٢-وفيات الاطفال في الاسبوع الأول من الولادة.
١٠٦ - ١٠٢	ثالثا: - نسبة الامهات الحوامل المصابات بفقر الدم.
١١٣ - ١٠٧	المبحث الثالث : - نسبة الولادة التي تمت بإشراف المؤسسات الصحية و خارجها.
١٠٩ - ١٠٨	أولاً : - نسبة الولادات تحت إشراف كوادر طبية.
١١٣ - ١٠٩	ثانياً : - نسبة الولادات التي تمت دون إشراف كادر صحي متدرب.
١٩٣ - ١١٤	الفصل الرابع: التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية.
١٤٢ - ١١٤	المبحث الاول: العوامل الذاتية (المتعلقة بالنساء الحوامل).
١١٤	١- العمر عند الحمل الأول.
١٢١ - ١١٥	أ - الحمل الأول المبكر.
١٢٢ - ١٢١	ب - الحمل الأول المتأخر.
١٣٧ - ١٢٢	٢- عدد الأطفال المولودين.
١٤٠ - ١٣٨	٣ - الرضاعة الطبيعية.
١٤٠	٤ - استعمال وسائل منع الحمل.
١٤٢ - ١٤١	٥ - العامل النفسي.

١٩٢ - ١٤٣	المبحث الثاني: العوامل الموضوعية.
١٥١ - ١٤٣	أولاً : العامل الاقتصادي.
١٦٠ - ١٥٢	١. المستوى التعليمي للمرأة.
١٦٨ - ١٦١	٢. الحالة العملية للمرأة.
١٧٤ - ١٦٩	٣. المتغيرات الاجتماعية والثقافية العامة.
١٩١ - ١٧٥	٤. الخدمات الصحية.
١٩٣ - ١٩١	٥. العامل السياسي.
١٩٦ - ١٩٤	الاستنتاجات
١٩٩ - ١٩٧	التوصيات
٢٠٥ - ٢٠٠	الملاحق
٢١٦ - ٢٠٦	المصادر العربية
٢١٩ - ٢١٧	المصادر الاجنبية
٢٢٢-٢٢٠	الملخص باللغة الانكليزية

((فهرست الجداول))

ت	عنوان الجدول	الصفحة
١.	مساحة وعدد الاقضية في محافظة المثنى عام ٢٠١٤.	٥
٢.	توزيع سكان الريف والحضر في محافظة المثنى عام ٢٠٠٩.	٤٠
٣.	التوزيع البيئي للسكان في محافظة المثنى على وفق تقديرات عام ٢٠١٠.	٤١
٤.	التوزيع البيئي النوعي لفئات الأعمار الخمسية في محافظة المثنى حسب البيئة على وفق تقديرات السكان لعام ٢٠١٥.	٤٦

٥١	٥. التوزيع النسبي للفئات العمرية للإناث في سن الأنجاب في محافظة المثنى على وفق البيئة وحسب تقديرات السكان لعام ٢٠١٥
٦٠	٦. التوزيع النسبي للقوى العاملة من الاناث في محافظة المثنى حسب المهنة بموجب تعداد عام ١٩٩٧.
٦٦	٧. التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في بعض دول شرق المتوسط لعام ١٩٩٦.
٦٧	٨. التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥
٧١	٩. التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل على وفق عدد الاطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
٧٥	١٠. التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل على وفق المستوى التعليمي للأمهات في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥
٧٨	١١. التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل التقليدية والحديثة في محافظة المثنى بموجب الدراسة الميدانية لعام ٢٠١٥.
٨١	١٢. التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل الحديثة المستعملة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
٨٣	١٣. التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل التقليدية المستخدمة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
٨٧	١٤. التوزيع النسبي لأسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل في محافظة المثنى بموجب الدراسة الميدانية لعام ٢٠١٥.
٩٤	١٥. التوزيع النسبي لوفيات الامهات في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥
٩٧	١٦. التوزيع النسبي للولادات الميتة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥

١٠٠	التوزيع النسبي لوفيات الاطفال في الاسبوع الأول من الولادة في محافظة المتنى على وفق عملية المسح الميداني لعام ٢٠١٥.	١٧.
١٠٥	التوزيع النسبي للأمهات المصابات بفقر الدّم خلال حملهن الأخير في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	١٨.
١١١	التوزيع النسبي للولادات في المؤسسات الصحية و الولادات المنزلية في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	١٩.
١١٦	التوزيع النسبي للأمهات ذوات الحمل الأول (المبكر) (١٥-١٩) سنة والحمل الأول المتأخر (٣٥) سنة فأكثر في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٠.
١٢٧	التوزيع النسبي لعدد أطفال الأسرة في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢١.
١٣٠	التوزيع النسبي للولادات الأخيرة المتقاربة (أقل من ٢٤ شهرا) في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٢.
١٣٣	التوزيع النسبي للفئات العمرية للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٣.
١٣٦	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) وعانين من مضاعفات أثناء الولادة الأخيرة في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٤.
١٤٥	التوزيع النسبي لمستوى تغذية الأمهات خلال فترة حملهن الأخير في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٥.
١٤٧	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي عانين من سوء التغذية خلال فترة الحمل الأخير والمواليد ناقصي الوزن في المحافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٦.
١٥٠	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لا تمتلك أسرهن نفقات صحية طارئة شهريا في محافظة المتنى لعام ٢٠١٥.	٢٧.

٢٨.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق عدد الاطفال في المحافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٥٤
٢٩.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق المستوى التعليمي وعدد الأطفال في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٥٩
٣٠.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق الحالة العملية وعدد الأطفال في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٦٣
٣١.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق الحالة العملية، واستعمال وسائل منع الحمل في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٦٧
٣٢.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق تدخلات اهل الزوج في سلوكهن الانجابي و ضغط الزوج في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٧١
٣٣.	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن المركز الصحي في الحمل الأخير على وفق إرشادات الطبيب والحالات الأخرى في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٨٢
٣٤.	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن العيادات الطبية الخاصة خلال حملهن الأخير في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٨٥
٣٥.	التوزيع النسبي للأمهات اللواتي تلقين لقاح الكزاز أثناء الحمل الأخير في محافظة المثى لعام ٢٠١٥.	١٨٨

((فهرست الخرائط))

ت	عنوان الخريطة	الصفحة
١.	موقع منطقة الدراسة من العراق.	٦

٧	الوحدات الإدارية في محافظة المثنى.	٢.
٤٢	التوزيع البيئي لسكان أفضية محافظة المثنى على وفق تقديرات السكان لعام ٢٠١٠.	٣.
٦٨	التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٤.
٨٢	التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل الحديثة المستعملة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٥.
٨٤	التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل القديمة المستعملة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٦.
٩٥	التوزيع النسبي لوفيات الامهات في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٧.
٩٨	التوزيع النسبي للولادات الميتة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٨.
١٠١	التوزيع النسبي لوفيات الأطفال في الاسبوع الاول من الولادة في محافظة المثنى على وفق عملية المسح الميداني لعام ٢٠١٥.	٩.
١٠٦	التوزيع النسبي للأمهات المصابات بفقر الدم خلال حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١٠.
١١٢	التوزيع النسبي للولادات في المؤسسات الصحية والولادات المنزلية في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١١.
١١٧	التوزيع النسبي للأمهات ذوات الحمل الأول المبكر (١٥-١٩) سنة والحمل المتأخر (٣٥ سنة فأكثر) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١٢.
١٢٨	التوزيع النسبي لعدد أطفال الاسرة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١٣.
١٣١	التوزيع النسبي للولادات الأخيرة المتقاربة (أقل من ٢٤ شهراً) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١٤.

١٣٤	١٥. التوزيع النسبي للفئات العمرية للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٣٧	١٦. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) و عانين من مضاعفات الولادة الاخيرة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥
١٤٦	١٧. التوزيع النسبي لمستوى تغذية الأمهات خلال فترة حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٤٨	١٨. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي عانين من سوء التغذية خلال فترة الحمل الأخير ،والمواليد ناقصي الوزن في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٥١	١٩. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لا تمتلك أسرهن نفقات صحية طارئة شهرياً في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٥٥	٢٠. التوزيع النسبي للأمهات على وفق عدد الاطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٦٤	٢١. التوزيع النسبي للأمهات العاملات على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٦٥	٢٢. التوزيع النسبي للأمهات غير العاملات على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٧٤	٢٣. التوزيع النسبي للأمهات على وفق تدخلات أهل الزوج في سلوكهن الإنجابي وضغط الزوج في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.
١٨٦	٢٤. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن العيادات الطبية الخاصة خلال حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.

((فهرست الإشكال))

ت	عنوان الشكل	الصفحة
١.	التوزيع البيئي النوعي لفئات الأعمار الخمسية في محافظة المثنى حسب البيئة على وفق تقديرات عام ٢٠١٥.	٤٧
٢.	التوزيع البيئي للفئات العمرية للإناث في سن الإنجاب في محافظة المثنى على وفق البيئة وحسب تقديرات عام ٢٠١٥.	٥٢
٣.	التوزيع النسبي لاستعمال منع الحمل على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى بموجب الدراسة الميدانية لعام ٢٠١٥.	٧٢
٤.	التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل على وفق المستوى التعليمي لعام ٢٠١٥.	٧٦
٥.	التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل التقليدية و الحديثة المستعملة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٧٩
٦.	التوزيع النسبي لأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	٨٨
٧.	التوزيع النسبي للأمهات ذوات الحمل المبكر (١٥-١٩) سنة والمتأخر (٣٥ سنة فأكثر) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١١٨
٨.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق المستوى التعليمي وعدد الأطفال في محافظات المثنى لعام ٢٠١٥.	١٦٠
٩.	التوزيع النسبي للأمهات على وفق الحالة العملية واستخدام وسائل منع الحمل في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.	١٦٨

١٨٣	١٠. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن المراكز الصحية في الحمل الأخير على وفق إشارات الطبيب والحالات الأخرى في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥
١٨٩	١١. التوزيع النسبي للأمهات اللواتي تلقين لقاح الكزاز في الحمل الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥.

المقدمة :

تعد الصحة الانجابية من الموضوعات المهمة والمؤثرة بشكل كبير ومباشر في المجتمع السكاني، كونه دائم التغيير، بسبب التزايد والتناقص العددي للسكان، وهذه الطبيعة تتمثل بالفاعليات الحياتية للإنسان، التي تشمل (الولادات) التي تمثل عامل التزايد (والوفيات) التي تعد عامل التناقص، وهذان العاملان يتأثران بشكل مباشر بالخدمات الصحية المقدمة في المجتمع، ولقد عرفت الصحة الانجابية على أنها الوصول الى اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الامور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته، وكذلك تحسين نوعية الحياة، والعلاقات الشخصية وليست فقط سلامة الإنسان من الامراض والاعاقة، وهي جزء اساسي من الصحة العامة، كونها تعكس المستوى الصحي للمرأة في سن الانجاب لتعلقها بصحة الأم التي تؤثر على صحة الجنين في رحم أمه وصولاً الى الولادة وحتى مرحلة البلوغ، فكلما كانت الأم تتمتع بصحة جيدة كلما استطاعت أن تنجب اطفال اصحاء، وكذلك تحدد الصحة الانجابية للمرأة نوعية الحياة اليومية وكذلك مستقبل اسرتها، فكلما كانت مستوى الصحة الانجابية للمرأة خلال وبعد فترة الحمل جيداً، وفوق المقبول انعكس هذا بشكل إيجابي على صحة المرأة الانجابية، وصحة الجنين، لما لها من تأثير مباشر على صحة الإنسان في كافة مراحل الحياة البشرية، ومن خلال هذه الدراسة سوف نتعرف على أهم مؤشرات الصحة الانجابية في محافظة المثنى وتوزيعها المكاني وتأثير العادات والتقاليد السائدة في المجتمع والمستوى التعليمي والثقافي والاقتصادي والاجتماعي. وسوف نسلط الضوء في هذه الدراسة على العوامل المؤثرة في الصحة الانجابية والمتمثلة بالعوامل الذاتية: (العمر عند الحمل الأول، العمر عند الحمل الاخير، واستعمال وسائل منع الحمل، والرضاعة الطبيعية، والعامل النفسي)، والعوامل الموضوعية المتمثلة بـ (العامل الاقتصادي، المستوى التعليمي، الحالة العملية للمرأة، المتغيرات الاجتماعية الثقافية العامة، الخدمات الصحية، العامل السياسي).

((الفصل الأول))

الدليل النظري ومفاهيم الصحة الإنجابية وبعض الخصائص السكانية

- المبحث الأول -

الدليل النظري للصحة الانجابية.

أولاً : مشكلة الدراسة

تتمثل المشكلة الرئيسية للبحث بمايلي ((ماهي اتجاهات الصحة الإنجابية في محافظة المثنى وماهي العوامل والمتغيرات المؤثرة)) وتتفرع من المشكلة الرئيسية جملة من المشاكل الثانوية وهي :

١- كيف يؤثر المستوى الاجتماعي، والثقافي، على استعمال وسائل منع الحمل؟

٢- هل للمستوى التعليمي للمرأة في محافظة المثنى دور في الحفاظ على

صحتها الانجابية ؟

٣- كيف يؤثر نشاط المرأة الاقتصادي على سلوكها الانجابي ؟

ثانياً :- فرضية الدراسة

تعرف الفرضية على أنَّها اجابات أولية عن التساؤلات المطروحة في سياق

المشكلة الدراسة، ويمكن صياغة الفرضية الرئيسة على النحو الآتي :-

١- يؤثر المستوى الاجتماعي، والثقافي على استعمال وسائل منع الحمل.

٢- للمستوى التعليمي للمرأة في محافظة المثنى دور في الحفاظ على صحتها

الانجابية.

٣- يساهم النشاط الاقتصادي للمرأة او عملها في التأثير في سلوكها الانجابي.

ثالثاً : أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى :

١- التعرف على تأثير المستوى الاجتماعي والثقافي على استعمال وسائل منع الحمل .

٢- معرفة العلاقة بين الزواج المبكر وعدد الاطفال المنجبين .

٣- تسليط الضوء على إمكانية تأثير عمل المرأة على سلوكها الانجابي .

رابعاً : مبررات الدراسة

الصحة حقّ للجميع بما فيها الصحة الانجابية التي تعد جزءاً من الصحة العامة، وندرة الدراسات التي تناولت الموضوع تعد من أهم المبررات التي حثت على دراستها، ودراسة مؤشراتنا.

خامساً : حدود الدراسة

للدراسة حدود يمكن توضيحها بالآتي:

أ- البعد المكاني :

تحتل محافظة المثنى الجزء الجنوبي الغربي من العراق التي تشترك بحدود جغرافية دولية إدارية، إذ تشكلت حدودها الدولية مع حدود المملكة العربية السعودية في الجنوب و الجنوب الغربي، في حين تشكلت حدودها الادارية مع الحدود المشتركة لأربع محافظات، هي محافظات القادسية من الشمال، والنجف من الغرب، وذي قار من الشرق والشمال الشرقي، والبصرة من الشرق والجنوب الشرقي، وتتكون محافظة المثنى من خمسة أقضية هي: السماوة، والرميثة، والخضر، والسلمان والوركاء(*).

(*) تم رفع درجة التخصص الإداري لناحية الوركاء إلى مرتبة قضاء الوركاء، واستحداث ناحية الكرامة، بموجب قرار مجلس محافظة المثنى المرقم (١٩) لسنة ٢٠٠٩م، بالإسناد الى

وتشغل حيزاً مكانياً مساحته (٥١٧٤٠ كم^٢)، كما في جدول (١)، الخريطة (١). وتشكل نسبة مقدارها حوالي (١١,٩٪) من مساحة العراق البالغة (٤٣٥٢٤٤ كم^٢)^(١).

أما فيما يتعلق بموقع المحافظة فلكياً، فإنّها تقع ما بين دائرتي عرض (٥[°] - ٥٠[°] و ٢٩[°] - ٤٢[°] شمالاً)، وبين قوسي طول (٥٠[°] - ٤٣[°] و ٣٢[°] - ٤٦[°] شرقاً)، كما في الخريطة (٢).

ب- الحدود الزمانية :-

تتمثل بالمدة الممتدة ما بين (٢٠٠٥ - ٢٠١٥).

أحكام الفقرة (٣) من المادة (٣٩) من قانون المحافظات غير المنتظمة بإقليم، رقم (٢١) لسنة ٢٠٠٨ م.

(١) مديرية الزراعة في محافظة المثنى، قسم التخطيط والمتابعة، بيانات غير منشورة، ٢٠١٤ م.

جدول (١)

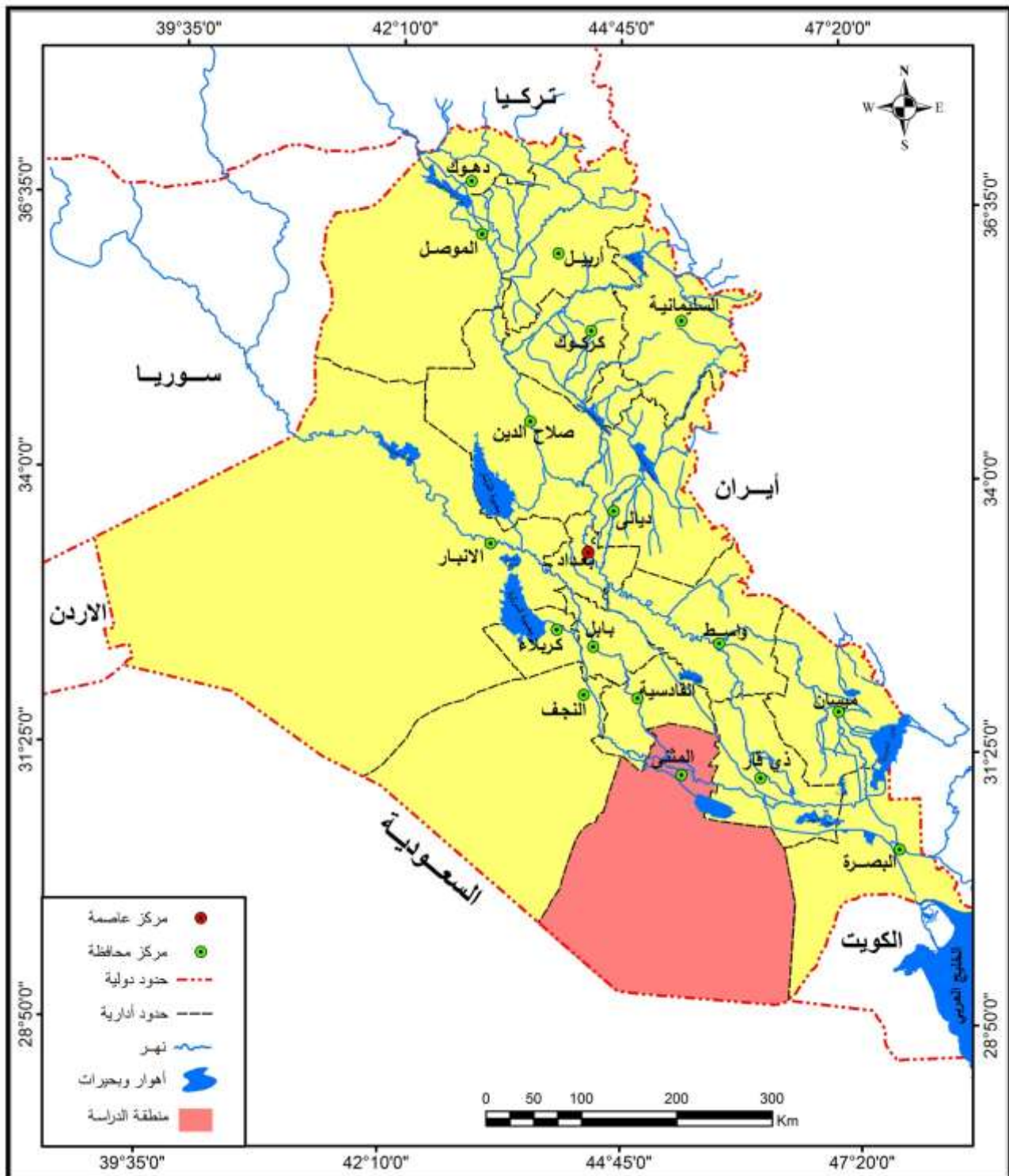
مساحة وعدد الاقضية في محافظة المثنى لعام ٢٠١٤

القضاء	المساحة / كم ٢
السماوة	941
الرميثة	1226
السلمان	46928
الخضر	1667
الوركاء	978
المجموع	51740

المصدر : - مديرية الزراعة في محافظة المثنى، قسم التخطيط والمتابعة، بيانات غير

منشورة، ١٠٢م٤.

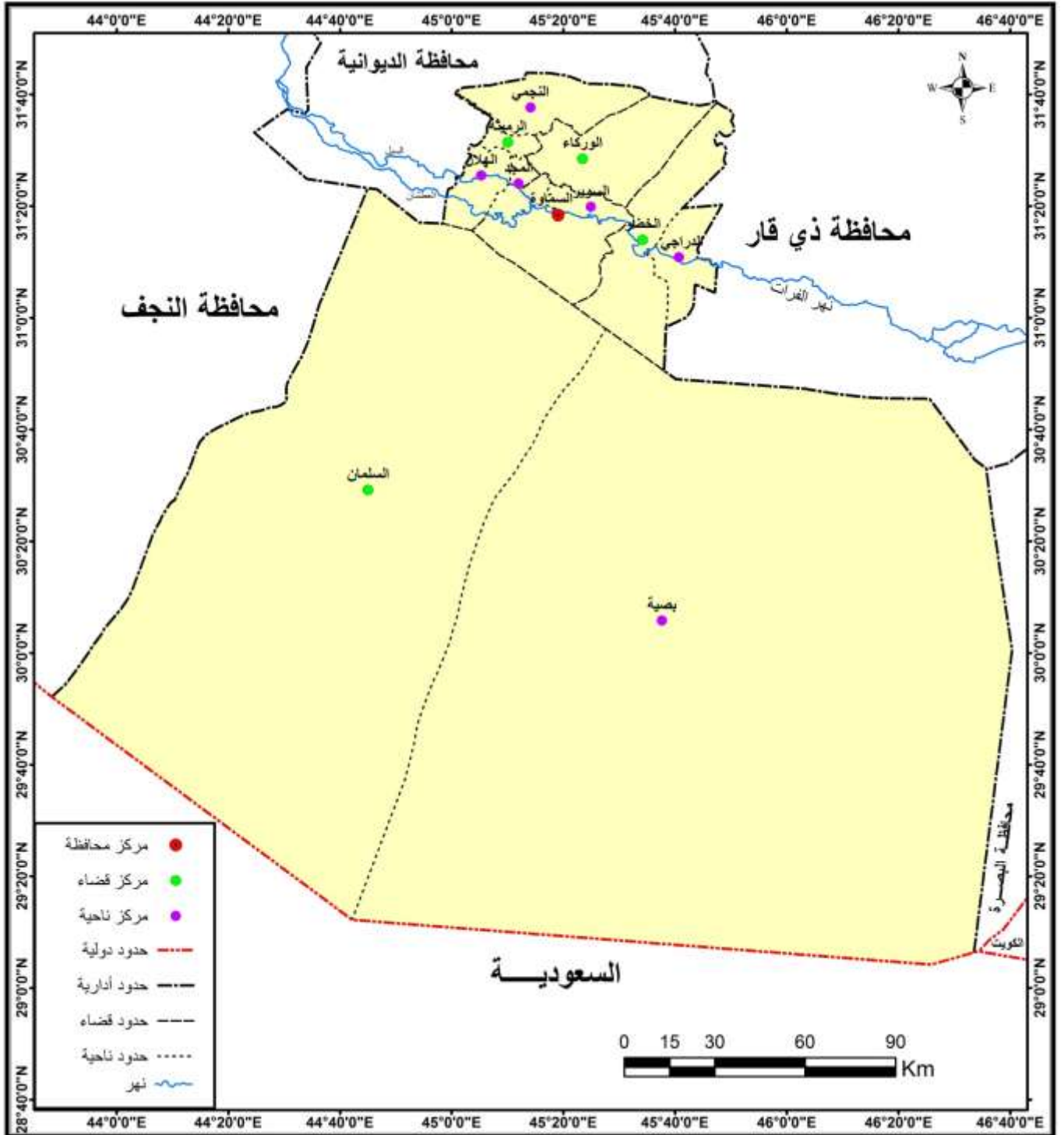
خريطة رقم (١)
موقع منطقة الدراسة من العراق



المصدر: الهيئة العامة للمساحة، خريطة العراق الإدارية، بمقياس ١:١٠٠٠٠٠٠، بغداد، ٢٠١٠.

(غ)

خريطة رقم (٢)
الوحدات الإدارية لمحافظة المثنى



المصدر: الهيئة العامة للمساحة، خريطة محافظة المثنى الإدارية، مقياس 1:250000، بغداد ١٠٢٤

سادساً : منهج وأساليب الدراسة

للوصول الى النتائج المرجوة من الدراسة تم استخدام ثلاثة مناهج في الدراسة :-

- ١ - المنهج الوصفي التحليلي .
- ٢ - المنهج التحليلي الكمي .
- ٣ - المنهج التحليلي الاحصائي .

سابعاً :- مصادر المعلومات والبيانات

اعتمدت الدراسة في الحصول على المعلومات ذات الصلة بموضوع الدراسة

من المصادر الآتية :-

- ١ - الدراسة الميدانية و تشمل على :-

أ - توزيع استمارة الاستبيان (ملحق ١).

ب - مراجعة الدوائر الرسمية و المؤسسات الصحية ذات العلاقة بموضوع

الدراسة في محافظة المثنى وإجراء المقابلات الشخصية مع المعنيين

بهذه الدراسة.

- ٢ - المصادر المكتبية العربية و الانكليزية.

- ٣ - شبكة المعلومات الدولية (الانترنت).

ثامناً : عينة الدراسة

بعد استكمال وضع استمارة الاستبيان، تم توزيع استمارة الاستبيان على حجم مجتمع العينة في محافظة المثنى ، وتم تحديد حجم العينة بنسبة (٢٪) من مجموع أسر كل قضاء في منطقة الدارسة والبالغة (٢٥٨٨٤١) أسرة، وعلى هذا الاساس كان مجموع العينة المدروسة (٧٧٩٢) استمارة استبيان تم توزيعها في مراكز الاقضية و النواحي في منطقة الدراسة على الأمهات، ضمن الفئة العمرية (٥١ - ٩٤ سنة) العاملات وغير العاملات، المتعلقات وغير المتعلقات، وكذلك تم توزيعها طالبات المتوسطة والاعدادية والمعاهد والجامعات وكذلك امهاتهن واخواتهن وزوجات الأخ والخالات والعمات.

ولقد تم توظيف اسلوب العينة العشوائية الطبقية عند توزيع استمارة الاستبيان، وبعد جمعها و قامت الباحثة بعملية تفرغها و تبويبها في جداول وخرائط واشكال بيانية تخدم هدف الدراسة .

(ب.ب)

تاسعاً : معوقات الدراسة

هنالك بعض الصعوبات التي واجهت الدراسة من أهمها العادات والتقاليد السائد في منطقة الدراسة وخلفيتهم الثقافية، التي لا تشجع على الحصول على البيانات الدقيقة وتسجيلها.

كذلك الإجراءات الادارية عند مراجعة الدوائر والمؤسسات الحكومية بعضها وليس جميعها، ولم تستطع المساعدة بخصوص كثير من البيانات غير منشورة، فضلاً عن أن كثير من البيانات في الدوائر كانت مبعثرة وغير ميوّبة، لذلك اضطررت الى جمع كثير من البيانات الشهرية للمستشفيات في منطقة الدراسة، والاعتماد أيضاً على بعض البيانات من المجاميع الإحصائية السنوية، للحصول على البيانات الدقيقة التي تخص الصحة الانجابية، التي غالباً ما تكون معلوماتها شحيحة وغير كافية، بالإضافة إلى عدم تعاون بعض الموظفين في عدم إعطاء البيانات المنشورة رسمياً لسرية هذه البيانات.

عاشراً : الدراسات السابقة

وتقسم الآتي:

أ - الدراسات المحلية :

على المستوى المحلي قام الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات في وزارة التخطيط، والتعاون الإنمائي بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP)، ومعهد الدراسات التطبيقية النرويجي الدولي (FAFO) بدراسة الاحوال المعيشية في العراق لعام ٢٠٠٢، وكان موضوع الصحة الانجابية للأمهات (٥١- ٩٤ سنة) جزءاً من هذه الدراسة التي شملت محافظات العراق كافة من خلال مجموعة من المؤشرات منها :

- ١- الولادات التي تمت تحت إشراف كادر صحي متدرب وغير متدرب .
 - ٢- استعمالات موانع الحمل .
 - ٣- الرعاية الصحية للأم (قبل الحمل، أثناء الحمل، خلال الولادة، بعد الولادة) .
 - ٤- ارتفاع عدد الامهات في سن المراهقة .
 - ٥- النظام الصحي في العراق.
- وهناك بعض الدراسات المحلية التي تناولت موضوع الدراسة في العراق منها :

١. دراسة ازهار جابر مراد الحساوي بعنوان: (التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الأوسط للمدة ٧٩٩١ - ٣١٠٢ وتأثيراتها المستقبلية)، تناولت فيها مؤشرات الصحة الانجابية، والعوامل المؤثرة وهي اطروحة دكتوراه لعام ٣١٠٢ درست فيها بعض مؤشرات الصحة الانجابية في محافظات الفرات الاوسط، ومنها نسبة استعمال وسائل منع الحمل على وفق عدد الأطفال، والولادات الميئة، ووفيات الأمهات، والعمر عند الحمل الأول، واهم الاستنتاجات التي توصلت اليها هي تدني: الأوضاع الاقتصادية لمعظم الأسر، وخاصة النساء العاملات رواتبهن قليلة، وبالذات موظفات العقود، والاجور اليومية لا يستطعن تحمل تكاليف مراجعة الاطباء، ودفع الكشفات المرتفعة الاسعار، وشراء الادوية الغالية، وخاصة في حالة كون رب الاسرة عاطل عن العمل، فالبطالة هنا لا يمكن الاستهانة بها، فكيف تستطيع الأم الحامل رعاية صحتها وصحة طفلها بأوضاع اقتصادية متردية و أهم ما اوصت به الباحثة تفعيل دور وزارة الصحة، وتعزيز برامج التنقيف الخاصة بتنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات، ويجب تطوير هذه الوزارة.

٢. دراسة زينب يعقوب مجيد الجاسم بعنوان: (التباين المكاني لبعض مؤشرات الصحة الانجابية في محافظة البصرة)، تناولت فيها مؤشرات الصحة الانجابية، والعوامل المؤثرة فيها وهي أطروحة دكتوراه لعام ٢٠٠٨، ودرست فيها بعض مؤشرات الصحة الانجابية في محافظة البصرة، ومنها عمر المرأة عند حملها الأول، ونسبة استعمال وسائل منع الحمل، ووفيات الامهات خلال الحمل والولادة، والنفاس ووفيات الاطفال في الاسبوع الأول، وأهم الاستنتاجات التي توصلت لها رغم توفر خدمات الصحة الانجابية لشرائح كبيرة، لا زالت هنالك بعض العوائق التي تحول دون الاستفادة القصوى من تلك الخدمات وأهمها البعد الجغرافي عن المؤسسات الصحية، و طول فترة الانتظار فضلاً عن السلوك السلبي لبعض العاملين، ومن أهم ما اوصت به الباحثة هو تبني الدولة سياسة النهوض بمستوى الصحة الانجابية للمرأة، تبني سياسة تنظيم النسل، لاسيما وإن صحة الامومة تعد من افضل الاستثمارات الصحية من حيث نسبة المردود إلى التكلفة .

٣. دراسة للباحث عبد علي الخفاف بعنوان: (تحليل العلاقات المكانية لوفيات صغار السن في محافظات الفرات الاوسط) أطروحة دكتوراه، عام ١٩٩١، أظهرت الدراسة ما يتعلق بالاتجاه الزمني لوفيات الرضع، فقد اتجهت نحو الانخفاض نتيجة اتساع اداة السيطرة الصحية على اسباب الوفيات، وأستخدم الباحث طريقة (وليم براس) لتحديد القصور في تسجيل الوفيات لكل من الذكور والاناث، وقد اظهر البحث تفوق وفيات الذكور على وفيات الاناث، وقد شكلت وفيات الرضع نسبة ٢,٦٥٪ من وفيات صغار السن في محافظات الفرات الاوسط .

٤. دراسة للباحث الاستاذ الدكتور عباس فاضل السعدي بعنوان: (وفيات الرضع والحصار الاقتصادي في العراق)، وقد اظهرت دراسته التوزيع الجغرافي لوفيات الرضع بوجود محافظات يرتفع فيها المعدل مثل محافظات: (البصرة، واسط، كربلاء)، واخرى ينخفض فيها المعدل مثل محافظتي (نينوى، اربيل).

وهناك دراسات عراقية ذات علاقة بموضوع الدراسة منها :

١- دراسة للباحثة زينب يعقوب بعنوان (التقويم التغذوي لسكان مدينة البصرة)، وهي رسالة ماجستير مقدمة لجامعة البصرة لعام ١٩٩١.

٢- دراسة للباحثة ناهده عبد الكريم حافظ وزيد عبد الكريم جابر بعنوان (الخدمة الاجتماعية الطبية) في كلية الآداب جامعة بغداد لعام ١٩٩٠.

ب - الدراسات العربية :

بالنسبة للدراسات العربية فهناك بعض الدراسات الاجتماعية، والسكانية، التي تناولت موضوع الدراسة ونذكر منها الآتي :-

- ١- سامية إبراهيم طه، الصحة الانجابية و تنظيم الاسرة في السودان، اكاديمية السودان لعلوم الاتصال، الخرطوم، ٨٩٩١.
- ٢- مُحَمَّد محمود عيسى أبو زنيد، (مفاهيم و مواقف طلاب جامعة النجاح في مواضيع الصحة الانجابية)، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، ٧٠٠٢.
- ٣- عبد الله حلوش (أثر التنظيم - التباعد بين حملين - على صحة الام والطفل)، لعام ١٩٨٥ .
- ٤- زينب أبو الشعر (المزايا الصحية للمباعدة بين الحمل)، لعام ١٩٩٥ .
- ٥- هند أبو السعود خطاب (المعاناة الصامتة، جوانب من الظروف المحيطة بصحة المرأة الانجابية في ريف مصر)، ١٩٩٣ .
- ٦- حشمة محمود أمين (الصحة الانجابية للمرأة اللاجئة في المجتمعات وتأثير المتغيرات الاجتماعية عليها)، رسالة ماجستير، مقدمة الى كلية الدراسات العليا، الدراسات السكانية، الجامعة الاردنية، ٢٠٠٠.
- ٧- أحمد رجاء عبد الحميد رجب، (الصحة الانجابية)، جامعة الازهر، ط١، ٢٠١٣.
- ٨- دراسة اجراها مركز المعلومات الوطني الفلسطيني، (الخصوبة و الصحة الانجابية للمرأة الفلسطينية)، ٢٠٠٣.

أحد عشر : هيكلية الدراسة

تم تقسيم الدراسة الى اربعة فصول رئيسية :-

الفصل الأول : احتوى على مبحثين : الأول : اهتم بالاطار النظري للدراسة، في حين تناول المبحث الثاني المدخل المفاهيمي للدراسة واهتم الفصل الثاني بدراسة خصائص التركيب السكاني في محافظة المثنى .

أما بالنسبة للفصل الثالث فقد اختص بدراسة بعض مؤشرات الصحة الانجابية للأمهات (٥١ - ٩٤ سنة)، وتباينها المكاني، وتم تقسيمه على ثلاث مباحث: المبحث الأول تناول دراسة نسبة استعمال موانع الحمل و توزيعها المكاني.

أما المبحث الثاني فقد اهتم بدراسة نسبة الوفيات للأمهات والاطفال ما حول الولادة.

أما المبحث الثالث فقد سلط الضوء على نسبة الولادات التي تمت بأشراف المؤسسات الصحية أو خارجها. بالنسبة الى الفصل الرابع فقد اهتم بتوضيح العوامل المؤثرة في الصحة الانجابية للأم، وتم تقسيمه الى مبحثين الأول: أهتم بدراسة العوامل الذاتية، والمبحث الثاني: أهتم بدراسة العوامل الموضوعية للأمهات واخيراً تضمنت الدراسة استنتاجات و توصيات، و قائمه بالمصادر و المراجع العربية و الانكليزية .

- المبحث الثاني -

المدخل المفاهيمي للدراسة

١ - مفهوم الصحة الإنجابية :

يتناول هذا المبحث المفاهيم المتعلقة بالصحة الإنجابية، وأهميتها وعناصرها، وقبل أن يتناول هذه المفاهيم لابد من تعريف الصحة الإنجابية، فقد عرفها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩١ على أنها حالة رفاه كاملة بدنية، وعقلية، واجتماعية، في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، ليست مجرد السلامة من الأمراض المرض والإعاقة، وهي تعد جزءاً أساسياً من الصحة العامة المستوى الصحي للرجل، والمرأة في سن الانجاب.

وكما عرفت الصحة الإنجابية على أنها حالة فيزيائية عقلية اجتماعية متكاملة وليست مجرد غياب مرض أو عدم تكامل في الأمور ذات العلاقة بالنظام الانجابي ووظائفه^(٢).

وكما عرفت الصحة الإنجابية على أنها جزء من الصحة العامة بمعناها الشامل، كما أنها من السلامة الجسدية، والفعالية، والصحية، وليست خلو الفرد من المرض وهي تعني بعملية الانجاب.

وكما عرفت الصحة الإنجابية على أنها مقدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدر لهم الانجاب وحريةهم في تقرير مسألة الانجاب او عدمه، وتوقيت الانجاب وعدد الاطفال المرغوب بأنجابهم، ويشتمل الشرط الاخير على حق الرجل والمرأة في معرفة استخدام اساليب تنظيم الاسرة المأمونة والفعالة، وذات التكلفة المناسبة والمقبولة في نظرهما، وحققهم في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، التي تمكن المرأة من أن تتجاوز مرحلة الحمل والولادة، بأمان وتهيئ للزوجين افضل فرصة لأنجاب ولید يتمتع بالصحة.

وقد تم تعريف الصحة الإنجابية للمرأة على أنها قدرة المرأة على أن تعيش سنوات انجابها وما بعدها بكرامة، وأن تملك ارادتها في الحمل، وأن توفر لها الحمل والانجاب الناجحان وهي بمنأى عن امراض النساء و مخاطرها^(٣).

تؤكد وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع، وعلى هذا الاساس يبين تعزيزها ودعمها على نحو أفضل من خلال عدة تدخلات، واحدهما الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية والعالمية النوعية ضمن نظام الرعاية الصحية لهدف خفض معدلات الوفاة، والمرحلة بين افرادها.

ويرتبط بمفهوم الصحة الإنجابية مفهومان اخران هما:(الصحة الجنسية، والحقوق الإنجابية).

حيث يقصد بالصحة الجنسية على أنها قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مأمونة، وتشمل اشكال السلوك اللازمة للتصدي للأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي.

أما الحقوق الإنجابية فهي تشمل الحق الأساسي لجميع الأزواج والافراد في تقرير عدد الاولاد الذين يرغبون بأنجابهم وفترة التباعد بينهم وتوقيف انجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك^(٤).

(2) Who ,selecting reproductive health in dictators, a guide for distract manners field-testing version,1997 a. P.3.

(3) نبيل يونس ومجموعته، صحة المرأة -أمراض النساء في منظور طبي واجتماعي، سلسلة

السياسات السكانية في مجال الصحة الإنجابية، ص ٨.

وتتضمن تلك الحقوق الانجابية كما جاءت بصف WHO هي على النحو الآتي:

١. حق تقرير عدد الاطفال، وفترات المباحة فيما بينهم، بحرية وحق الحصول على المعلومات والوسائل الامنة والفعالة المقبولة اجتماعياً التي تمكن من ذلك.

٢. الحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة الاسرية الانجابية.

٣. الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون قسر او عنف او تمييز^(٥).

من الجوانب الهامة للحقوق الانجابية حق الوصول الى المعلومات، واساليب تنظيم الاسرة ويعد عدد من البلدان منها : (البرازيل، جنوب افريقيا، غواتيمالا، كولومبيا)، بصراحة في دساتيرها الوطنية بحق الأزواج في تقرير عدد اطفالهم، والفواصل العمرية بينهم بحرية بطريقة مسؤولة .

وقد ازداد عدد الدول التي تقدم دعماً مباشراً لخدمات تنظيم الاسرة، ومنها توفير وسائل منع الحمل^(٦).

ولكي تتوفر مقومات الصحة الانجابية هذه فقد اوصى مؤتمر القاهرة العالمي للسكان ١٩٩١ بالآتي:-

- ١- ازالة كل العقبات والموانع التي تحول دون استعمال المرأة لخدمات صحة الانجاب التي يجب توفرها.
 - ٢- دمج خدمات الصحة الانجابية والجنسية في اطار واسع قادر على رؤية متكاملة للصحة وحسن البقاء والعيش.
 - ٣- اعتبار ان صحة الانجاب وخدماتها عنصر رئيس من الرعاية الصحية الأولية للمجتمع^(٧).
- ويتأثر مستوى الصحة الانجابية بتوفر خدمات صحية ذات جودة عالية لتلبي الاحتياجات الصحية لفئات مختلفة ويسهل الوصول اليها، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية سنة ١٠٠٢ الرعاية الصحية الانجابية على أنها مجموعة من الوسائل والطرق والخدمات التي تساهم في الصحة العامة، والسلامة الانجابية من خلال الوقاية من المشكلات.

يسهم سوء الصحة العامة للنساء في التخلص من المشاكل الكثيرة التي تواجه الامهات اثناء الحمل والولادة، لذا فان الهدف من الرعاية الصحية الأولية اثناء الحمل اكتشاف المخاطر الصحية ومعالجتها مثل فقر الدم، والامراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك الايدز والامراض المعدية المتوطنة، والاخرى المزمنة، وأيضاً تقديم خدمات الرعاية الوقائية، مثل التطعيم ضد الكزاز، وسوء التغذية، ونشر الوعي عن علامات الخطر اثناء الحمل والولادة والتدابير الصحية المناسبة^(٨).

وتتأثر وتأثر الصحة الانجابية بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فهي تتأثر سلباً بانتشار الامية، والبطالة، والتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته، كما تتأثر بالبيئة الاسرية، والعلاقات المتشابكة بين افرادها كعلاقة

(٤) سمير فريد، تنظيم الأسرة وصحة ورفاهية الأسرة في العالم العربي، ورقة مقدمة الى المؤتمر العربي للسكان. المنعقد في عمان، ٤-٦/أبريل ١٩٩٣.

(٥) <http://www.moh.gov.sy/Default>.

(٦) الأمم المتحدة، ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، السكان والحقوق الانجابية الصحة الانجابية، مع تركيز وجه الخصوص على فايروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز)، نيويورك، ٢٠٠٢، ص ١١٤- ص ١٥٥.

(٧) <http://www.moh.gov.sy/Default>.

(٨) حشمة محمود أمين، الصحة الانجابية للمرأة اللاجئة في المجتمعات وتأثير المتغيرات الاجتماعية عليها، دراسة قيم الوحدات، رسالة ماجستير، مقدمة الى كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية، ٢٠٠٠، ص ١٦.

الأمّ بالأب، وعلاقة كليهما بالأبناء والبنات وعلاقة الاخوة ذكوراً وأنثاً، وكذلك تتأثر الصحة الانجابية بمكانة المرأة في المجتمع، ففي كثير من انحاء العالم تتعرض الاناث للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية.

على هذا الاساس يمكن تعريف الصحة الانجابية على أنّها حالة الرفاه الكاملة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، في جميع الامور المتعلقة بالجهاز التناسلي، ووظائفه وعملياته وليس مجرد الخلو من المرض والاعاقة، وهي تشمل الصحة البدنية والرفاه الاجتماعي والصحة النفسية.

٢- اهمية الصحة الانجابية :

تختلف المشكلات الصحية التي تواجهها المرأة في مراحل حياتها المختلفة عن المشكلات الصحية التي يواجهها الرجل وذلك بحكم طبيعتها الفسلجية، فالحمل والولادة تعرضان المرأة لمجموعة من الاخطار الصحية، وكثيراً ما تشكل مضاعفات الحمل والولادة سبباً رئيسياً في وفيات النساء ولاسيما في المجتمعات النامية نتيجة لعدم كفاية الخدمات اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية المتصلة بالحمل والولادة^(٩).

ومن خلال هذه المؤشرات يتبين لنا إنّ معدلات عالية من الوفيات وامراض الامومة والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة وعدوى الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً، بما في ذلك الايدز وحالات الحمل غير مرغوب فيها، والاجهاض غير المأمون السلوكيات الجنسية غير المأمونة^(١٠).

بحسب منظمة الصحة العالمية فإنّ هناك بعض المؤشرات لابد من ذكرها

وهي:

^(٩) المجلس الأعلى للسكان، دراسة الحاجات والمعوقات التي تواجه خدمات الصحة الانجابية وتنظيم الأسرة في الأردن، عمان، ٢٠٠٩، ص ٦٠.

^(١٠) منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون من البند (٢-١٠) من جدول الاعمال المؤقت، نيسان، ٢٠٠٤، ص ٦.

- ١- هناك (٣٥٠) مليون سيدة لا يمكنها الحصول على الوسائل الامنة لتنظيم الاسرة، كما يوجد كل عام ما يقرب من (١٧٥) مليون حالة حمل غير مرغوب فيه أو في توقيت خاطئ.
 - ٢- تحدث كل (٨) مليون حالة وفاة بين الاطفال حديثي الولادة (أي في الاسبوع الاول من الولادة) أو الذين يولدون امواتاً .
 - ٣- أصيب (٥) مليون شخص بمرض نقص المناعة المكتسبة من بينهم (٨٠٠,٠٠٠) ثمانمائة ألف من الاطفال، وتوفي منهم (ثلاثة ملايين) بسبب هذا المرض في العام نفسه.
 - ٤- في كل عام تعاني (٨٠) مليون امرأة حامل من اجمالي عدد الحوامل البالغ (٢١٠) مليون امرأة، أي ما نسبته (٣٨٪) من مضاعفات تتعلق بالحمل وتهدد الحياة، وتعاني كثيراً منهن من حالات مرضية وعجز طويلة الأمد، ففي عام ٢٠٠٠ لقيت حوالي (٥٢٩,٠٠٠) امرأة حتفها اثناء الحمل والولادة من اسباب يمكن الوقاية منها إلى حد بعيد .
 - ٥- أنَّ هنالك ما يقرب من (٤٠) مليون حالة اجهاض كل عام تحدث غالبيتهم في ظروف غير امنة، وتموت حوالي (٧٨,٠٠٠) امرأة في العالم، أي ما يساوي (٢٢٧) امرأة يومياً بسبب الظروف غير الامنة في فترة الحمل، كما تعاني ما لا يقل عن (٧) ملايين امرأة من مشاكل صحية تتعلق بالإجهاض وما يقرب من (٥٠) مليون امرأة من بعض الآثار الصحية بعد الولادة^(١١).
- ويعود الاهتمام بالصحة الانجابية أيضاً الى ارتفاع نسبة الزواج المبكر، حيث يشير الجهاز المركزي للإحصاء أنَّ متوسط عمر الزواج للإناث ١٨ سنة، وهذا

(١١) منظمة الصحة العالمية، ف٢٠٠٤، مصدر سابق، ص٦.

يعني أن نصف حالات الزواج تتم تحت عمر ١٨ سنة، بينما الذكور فيبلغ متوسط عمر الزواج ٢٠ سنة، مما يساهم في ازدياد حالات الطلاق ومضاعفات الحمل والولادة، وزيادة وفيات الاطفال والاختار الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للزواج المبكر مما يساهم أيضاً في تقليل نسبة تعلم الفتيات وبالنتيجة الجهل في الامور الصحية بصفة عامة والصحة الانجابية بصورة خاصة ويسود الاعتقاد أن الصحة الانجابية تعني الاهتمام بالمرأة الحامل اثناء الحمل و الولادة، وسائل تنظيم الاسرة وبالنتيجة فهي لا تعني الرجل وهذا مفهوم خاطئ فالصحة الانجابية تهتم بالرجال والنساء على حد سواء في مراحل العمر المختلفة بدءاً بالمراهقة مروراً بسن الانجاب وانتهاءً بالشيخوخة.

٣- عناصر الصحة الانجابية :

تؤكد وثيقة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أن الأسرة هي الوحدة الاساسية للمجتمع، وعلى هذا الاساس ينبغي تعزيزها ودعمها على نحو أفضل من خلال عدة مدخلات، واحدهما: الحصول على الرعاية الصحية الانجابية العالية النوعية ضمن نظام الرعاية الصحية الأولية، بهدف خفض معدلات الوفاة و المراضه بين افرادها، وحث الحكومات على أن توفر رعاية الصحة الانجابية لجميع الافراد ذو الاعمار المناسبة^(١٢).

وقد حدد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة ١٩٩١ عناصر الصحة الانجابية، وهي كما يأتي:

(١٢) نجية عبد الغني، نجية باحيش وعبد الجبار علي عبدالله، الصحة الانجابية والحقوق الانجابية المجلس الوطني للسكان، الجمهورية اليمنية، ١٩ /مارس/ ٢٠٠٧.

- ١- الامومة المأمونة بكل مكوناتها، من ولادة سليمة، ورعاية الحامل، و رعاية الوليد، والارضاع من الثدي.
- ٢- تنظيم الاسرة بما فيها المعلومات والخدمات.
- ٣- الوقاية من العقم عند الرجال والنساء^(١٣).
- ٤- الوقاية من مضاعفات الاجهاض و تدبيرها.
- ٥- تأمين خدمات الاجهاض المأمون.
- ٦- انقاء وتدبير التهابات السبيل التناسلي، وخاصة الامراض المنقولة بالجنس، الصحة الانجابية للمراهقين.
- ٧- التخلص من الممارسات الخطرة من العنف ضد المرأة.
- ٨- تدبير بعض الحالات الهامة كسرطان عنق الرحم ومشاكل اليأس الصحية^(١٤).
ويتناول موضوع الصحة الانجابية معلومات وبرامج حول تنظيم الاسرة، والرعاية الصحية للحوامل، الرعاية السابقة للرضع والرضاعة الطبيعية والوقاية من الاجهاض ومواجهة العقم ومواجهة الامراض المنقولة عن طريق الجنس وصحة المراهقين وحمل المراهقات ودمج الحقوق الجنسية وحقوق الانسان في خدمات الصحة الانجابية، بغية ضمان صحة المرأة والتثقيف في مجال الشؤون الجنسية والانجابية وتوفير الخدمات الصحية والتقنية^(١٥).

أ - تنظيم الأسرة :

^(١٣) الأمم المتحدة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مصدر سابق، ص ٦٨.

^(١٤) منظمة الصحة العالمية، مصدر سابق، ص ٦٠٨.

^(١٥) حشمة محمود امين، مصدر سابق، ١٦.

الأسرة هي بنية المجتمع الجوهرية والاساسية وهي اساس كلّ نظام اجتماعي، واليه يعود تماسك أو انحلال المجتمع، لذلك كان ارسطو يقول: ((أنّ صلحت الأسرة صلح المجتمع، وإن فسدت الأسرة فسد المجتمع)) وليس هذا فحسب بل هي اساس الوجود الانساني الذي تم باقتران الذكر والانثى.

وإذا كانت الاسرة هي الخلية الأولى في المجتمع، فإنّها خضعت لتطورات وأشكال متنوعة، ونشأت منها نظم فقد عرف العالم "أوغست كونت" الاسرة بأنّها الخلية الأولى في جسم المجتمع، وأيضاً النقطة الاولى التي يبدأ منها التطور، وأنّها الوسط الطبيعي الاجتماعي الذي ترعرع فيها الفرد^(١٦).

اما الامم المتحدة فقد عرفت الاسرة بأنّها جماعة من شخصين أو أكثر، قامت بينهم صلة الدم والزواج، أو التبني، وقيمون معاً، وتشمل العائلة او الدار او جمع الاشخاص دون النظر الى علاقة القرابة الذين يشتغلون بيتاً، أو مسكناً او مجموعة اخرى من الحبرات، أو حجرة واحدة، تحتوي على وحدة سكنية^(١٧)، والاسرة من يمد المجتمع بالأفراد وعله الزيادة السكانية وعليها ينصب التحكم بالسكان وتنظيم النسل.

وقد عرف المؤتمر الإسلامي الذي عقد في الرباط ١٩٩١ تنظيم الاسرة بأنّه ((قيام الزوجين بالتراضي بينهما بدون اكراه، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل وتعجيله، بما يناسب ظروفها الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهم وانفسهم))^(١٨).

(١٦) مَحْمَد احمد بيومي، علم الاجتماع، الدار الجامعية، القاهرة، ١٩٨٨، ص ٣٠٢.

(١٧) محمود حسين، الاسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨١، ص ٣.

(١٨) إبراهيم طه، الصحة الانجابية وتنظيم الاسرة في السودان، اكااديمية السودان لعلوم الاتصال، الخرطوم، ١٩٨٨، ص ٥٥.

وعرفها صالح وهبي ((تنظيم الاسرة لا يعني الوقاية من الحمل ولكن يعني ايضاً أن تنجب الطفل عندما تكون الظروف العائلية كلها مهيأة لقدمه واما الحمل المتتالية للمرأة دون فاصل كان للراحة تشكل عبأ نفسياً وجسماً على صحتها))^(١٩).

هذا يعني أن تنظيم الاسرة يكون لمصلحة الأم وأنه يضطر اليه الزوجان لظروف، أما تكون صحية أو اقتصادية اذن تنظيم الاسرة يعني المباشرة بين المواليد يرضى الزوجين وباستخدام طرق منع الحمل الطبيعية أو الطبية من غير تدخل خارجي.

وإن ممارسة تنظيم الاسرة يقلل من مخاطر الحمل، بتمكين المرأة من تأخير الانجاب إلى أن تصبح مستعدة له، وكثرة مرات الحمل تجعل انجابها محفوفاً بمخاطر شديدة، وأن المباشرة بين الولادات تتيح للمرأة استرداد عافيتها بين حمل والحمل الذي يليه.

٢ - اسباب تنظيم الاسرة

هناك اسباب مختلفة ومتنوعة لتنظيم الاسرة، يمكن تصنيفها إلى صنفين: وهما اسباب عامة، واسباب خاصة :

أ- الاسباب العامة:-

١. الخوف من الزيادة السكانية وعدم قدرة الدول على القيام بواجباتها نحو نمو السكان من تربية وتعليم وتوظيف وحماية كان أو من ادعى الى تحديد النسل افلاطون.

٢. التأثير السياسي الايديولوجي: هناك دول تخاف من تغيير الخريطة الديموغرافية لبعض الدول أو لبعض الاقليات العرقية او الدينية فالدولة التي تجاور دولة ما تخشى من افراط جارتها في الانجاب او التي تسيطر عليها اغلبية عرقية أو دينية وحدث افراط في انجاب الطرف المنافس فلا بد ينادي بتنظيم وتحديد الاسرة كما هو الحال في اسرائيل و الهند و يوغسلافيا.

^(١٩) صالح وهبي، قضايا عالمية معاصرة، عرض وتحليل لاهم المشكلات العالمية المعاصرة،

المطبعة العالمية، دمشق، ٢٠٠٤، ص ٤٠.

٣. ضيق موارد ومساحات بعض الدول لاستيعاب نسل جديد متواصل، كما هو الحال في مصر والبحرين وتونس ولبنان أما في البلاد غير العربية مثل كما هو الحال الهند الصين(٢٠).
٤. تحرر المرأة ومناداتها بحقوقها المتساوية مع الرجل وإنَّها ليست آلة انجاب، وكذلك إعاقة الانجاب لمصلحتها وتربية الابناء أيَّ عدم التوفيق بين العمل والانجاب.
٥. نظرة المتشائمين إلى أنَّ الزيادة السكانية في العالم تؤدي الى كوارث انسانية وحروب ومجاعات كما يحدث تنافس وصراع على الموارد الغذاء وتلوث البيئة .
٦. تأثير قانون الفقراء :الذي صنعه الملكة "اليزابيث" عام ١٦٠١م الذي يتجدد في كلِّ عنصر عن طريق الضرائب المفروضة على الاغنياء هذا القانون كان يخصص مساعدة للفقراء وتتخذ من ضريبة تفرض على الخبز.
٧. تأثير نظرية مالتوس والمالتوسيين الجدد المحذرين من الزيادة السكانية المتضاعفة للمتوالية هندسية الغذاء بمتوالية عددية مما ينذر بفقر و حروب و أوبئة(٢١).

ب- الأسباب الخاصة :

وهذه الأسباب تختلف من أسرة الى أسرة اخرى، قد تشارك فيها مجموعة من الأسر ومنها :

(٢٠) عبدالله عبد الدايم، التخطيط التربوي، أصولية واساليب الفتية وتطبيقاته في البلاد العربية، ط

١، دار علم الملايين، ١٩٦٦، ص ١١٠.

(٢١) عبدالله عبد الدايم، مصدر سابق، ص ١١٠.

١. الانجاب الكثير يعارض طموح الإنسان، لا سيما من يسعى إلى المناصب العليا ورفع المستوي العلمي أو التفوق الاجتماع.
٢. المحافظة على مظهر المرأة ورشاقها فالأنجاب المفرط يفقدها نظارتها^(٢٢).
٣. وضع المرأة العاملة فهي تعجز عن التوافق بين العمل وتربية الاطفال فلذلك هي تلجأ إلى المباعدة بين الولادات .
٤. عدم قدرة الاسرة على إعالة كثير من الافراد لاسيما التي تنتمي الى الطبقة المتوسطة^(٢٣).
٥. التمتع بالحياة والتنقل والسياحة والتنزه، هذا ما يلاحظ قلة الانجاب في المجتمعات الغربية، التي وضعت في اهم مبادئها في الحياة التمتع بالحياة الخاصة^(٢٤).

فوائد تنظيم الاسرة :

- ١- تخفيض التشوهات الخلقية والتخلف العقلي، تجنب مرض(المنغوليا)،فقد بينت بعض الدراسات أن حمل المرأة بعد الخامسة والثلاثين قد يحدث تشوهات خلقية، وتخلفاً عقلياً عند الاطفال .
- ٢- المحافظة على صحة المولود وبنية الطفل : حيث أن الاطفال في الأسر الكبيرة الحجم يكونون ضعيفي البنية، يجهدون صحة الأم ثم يورثون ضعفها

(٢٢) نبيل السمالوطي، علم الاجتماع والتنمية، دراسة في اجتماعيات العالم الثالث، دار النهضة للطباعة والنشر،بيروت، ١٩٨١، ص٧٦.

(٢٣) أبو الاعلى الموعودي، حركة تحديد النسل، مؤسسة الرسالة، ١٩٧٥، ص١٧.

(٢٤) أبو الاعلى الموعودي، حركة تحديد النسل، مصدر سابق، ١٧.

الفسولوجي، لمن بعدهم كما أنَّ عددهم يقلل نصيب كل واحد منهم من دخل الأسرة^(٢٥).

٣- انقاذ حياة المرأة، إذ بالمباعدة بين المواليد يمكن المحافظة على (ربع) وفيات الامهات في البلدان النامية .

٤- توفير فرص التعليم والرعاية اللازمة للأطفال المنجبين، فكثرة الانجاب ترفع نسبة الأمية والفقر في الاسر.

٥- تقليل نسبة الوفيات بين الاطفال^(٢٦).

٦- رفع الاختبارات على فرص العمل ورفاهية المجتمع لقد كانت الأم اليابانية في عام ١٩٢٨، لها خمسة اطفال، أما في عام ١٩٧٦ لها (٠١,٥٦) اطفال، وبفضل ذلك ففي امكان الشباب الياباني في سن (٢٠) عاماً سنى ١٩٨٦م أن يجتاز بين اربعة وظائف للشغل .

٧- رفع دخل الفرد في الاسرة وتقليل الاعالة. فاذا انخفضت الخصوبة إلى النصف وإنه من خلال جيل واحد سوف يرتفع الدخل الفردي في نهاية الفترة بنسبة ٠٢٪، إلى ٦٤٪، لما كان عليه لو أنَّ الخصوبة استمرت .

٨- حماية البيئة والاستقرار الجماعي فكثرة الانجاب يلوث المدن والجو ويسبب الاكتظاظ وبروز الآفات الاجتماعية^(٢٧).

سليات تنظيم الاسرة :

^(٢٥) وكالة الولايات المتحدة لمنظمة الصحة العالمية، التنمية الدولية وتنظيم الاسرة، مكتب السكان بوحدة السكان، المجلد ٢٧، العدد ٢، تموز ١٩٩٩، سلسلة في العدد ٢٥/٥/٢٠٠٨.

⁽²⁶⁾ [http:// www. effort heath org /pr/ingedsu .sham t.](http://www.effortheath.org/pr/ingedsu.shamt)

^(٢٧) روبرت الآمون، برامون، الانفجار السكاني، ترجمة نية الاحصائي، شركة كراد كسيم، جينيف، ١٩٧٧، ص ٩٢.

- ١- إن تقليل الانجاب يحول المجتمع الى شيوخ وهذا ما بدأت بوادره في كثير من الدول الغربية .
- ٢- توجيه نشاط الدولة حول الانفاق على مشاريع تنظيم الاسرة من مراكز ومصانع الانتاج وسائل منع الحمل وتوفيرها بالمجان او بأثمان زهيدة ويفوت على الدولة فرص الاستثمار لإنتاج مفيد للفرد والمجتمع.
- ٣- انتشار وسائل منع الحمل بهدف تقليل الانجاب ليسهل من حصول المراهقين عليها.
- ٤- تقليل الأنجاب وتحديد النسل وتنظيمه هو نوع من الانانية للمنجبين الذين يرغبون في التمتع بالحياة ونسو الواجب الإنساني وهو حفظ النوع من الفناء.

وسائل تنظيم الاسرة :

أ - الوسائل الطبيعية لتنظيم الاسرة :

١. تأخر الزواج :في الواقع هذه ليست وسيلة بالمعنى العلمي لأن من لم يتزوج في الواقع لا يمارس تنظيم الاسرة، وإن كان مالتوس معتبراً أنَّها إحدى وسائل تخفيض الإنجاب والسكان.
٢. الرضاعة :فالمرأة المرضع تنتج هرمونات تمنع الإباضة فتطول فترة الحمل.
٣. العزل: وهو عدم اتمام العملية الجنسية والقذف من الخارج .
٤. فترة الامان: وهي أن تمنع الزوجات عن المعاشرة الجنسية اثناء الاباضة، عادة أسبوع قبلها واسبوع بعدها.

ب - الوسائل الاصطناعية (الحديثة) :

هنالك ثلاث طرق لمنع الحمل وهي على النحو الآتي :-

أ - الطريقة الميكانيكية لمنع الحمل و تشمل :-

صط

١- اللولب الرحمي .

٢- طريقة العد أو الحساب .

٣- الواقي الذكري والأنثوي .

٤- الحلقة البلاستيكية.

٥- مستحضرات قتل الحيوانات المنوية^(٢٨).

ب - العلاج الهرموني لمنع الحمل و تشمل :

١- حبوب منع الحمل.

٢- حقن البروجسترون لمنع الحمل.

٣- مستحضر البروجسترون تحت الجلد^(٢٩).

ج - الطرق الجراحية لمنع الحمل : -

١- تعقيم المرأة.

٢- تعقيم الرجل.

٣- ربط الانابيب^(٣٠).

ب- الامومة المأمونة :

تعد الامومة المأمونة هي احدث المكونات الأساسية للصحة الانجابية، ويقصد بالأمومة المأمونة هو سير عملية الحمل والولادة بأمان وأنجاب اطفال اصحاء، ففي كلّ مرة تحمل فيها المرأة تخاطر بحصول مضاعفات مفاجئة وغير متوقعة، قد ينتج عنها موتها أو إعاقتها وموت وإعاقة الجنين .

أيّ يعني نصب اتمام المرأة ووعيها بالرعاية الصحية السليمة لها، اثناء الحمل وعند الولادة وبعدها، وتشكل وفيات الامهات نسبة كبيرة في الدول النامية، لكن تجد عكس هذا في الدول المتقدمة حيث حققت تقدماً كبيراً في مجال الرعاية الكاملة للمرأة الحامل، حيث تتلقى هذه البلدان رعاية خاصة اثناء الحمل والولادة، وعندا لولادة، وبعد الولادة، حيث تعاني ٤٪ من النساء الحوامل البالغ عددهم (٠٠٢) مليون امرأة من مضاعفات صحية خلال فترة الحمل أو عند الولادة، في الفترة التي تلي الحمل، كما تتعرض (٥١٪) من النساء الحوامل الى مضاعفات تعقد حياتهن وتعاني اكثر من

(28) <https://baby.wabted.com/women-health/ diseases>.

(٢٩) فتحية تركي و اوشا مالهوترا، الدليل الطبي لتقييم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، ط٣، لندن، ص ٩٥-١٠٢.

(30) <http://layyous . com /ar/ 56>

(٢٠٠٣) مليون امرأة أي أكثر من ربع النساء اللواتي يعيشن في الدول النامية، من معرض قصير الامد او طويل الأمد يتعلق بالحمل والولادة^(٣١).

وأن الهدف من الامومة المأمونة هو تقليل وفيات الامهات، وتوفير كل سبل الرعاية للام والطفل للحفاظ على صحتها، الذي يساعد على ولادة اطفال اصحاء مكتملين النمو، دون أن تتأثر بأعباء الحمل .

وتشمل الامومة المأمونة ما يلي:

- ١- العناية بالوليد.
- ٢- المتابعة اثناء الحمل، تقديم الرعاية الصحية الوقائية، مثل التطعيم ضد الايدز، وسوء التغذية .
- ٣- التأكد من أن الولادة يجب أن تتم بأشراف كادر مؤهل.
- ٤- المتابعة اللصيقة في فترة ما بعد الولادة والنفاس.
- ٥- تقويم خدمات تحسين الأسرة، بهدف التباعد بين حمل، واخر لتحسين صحة الأم والطفل.
- ٦- تأخير الحمل الاول لدرء المخاطر الصحية الناجمة عن الحمل المبكر^(٣٢).

٤- دور الرجل في الصحة الانجابية :

يعد الرجل جزءاً من العملية الانجابية، فله الدور الفاعل والركيزة المهمة في تطوير الصحة الانجابية خصوصاً في موضوع استخدام موانع الحمل، فهو صاحب القرار الرئيسي في هذا الشأن إلى جانب المرأة، لاسيما وإن النساء لسن وحدهن صاحبات القرار في استعمال وسائل تنظيم الاسرة، فإن الوسائل الذكورية من الممكن أن تكون خياراً ممتازاً، كما أن اسهام الرجل بإيجابية في الوقاية من الامراض المنقولة جنسياً، يعد حاسماً من خلال استخدام وسائل الوقاية المتاحة.

وفي نيجيريا اتفق الازواج والزوجات على وجهات نظر الرجال هي الاكثر أهمية من آراء السيدات فيما يتعلق بقرار الرجال، وهي الأكثر أهمية من آراء السيدات فيما يتعلق بقرار الأسرة . وفي دراسة اخرى على ٢٠٠٣ زوج وزوجة تمت مقابلتهم ذكر (٨٨٪) من الرجال، و(٨٧٪) من السيدات بأن الرجال هم صانعو القرار الرئيسي في المنزل^(٣٣).

(٣١) منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق الاوسط في الأمومة المأمونة

،الاسكندرية، ١٩٩٤، ص ١.

(٣٢) منظمة الصحة العالمية، إعلان مشترك لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الامم المتحدة

للسكان ومنظمة الامم المتحدة للأطفال والبنك الدولي، خفض وفيات الامهات المكتب

الاقليمي لشرق الاوسط، القاهرة، ٢٠٠١ .

(٣٣) حشمة محمود أمين، مصدر سابق، ص ١٩.

آليات تفعيل دور الرجل في الصحة الانجابية :

١- زيادة الاتصال والحوار بين الزوجين معتمداً اذ تتخذ قرارات الصحة الانجابية بمشاركة الزوجين، تزداد عادة احتمالات تنفيذ تلك القرارات، ويصبح الرجل أكثر مساندة لزوجته ومساعدتها على تلقي خدمات الصحة الانجابية عند الاحتياج إليها.

٢- زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة الخاصة بالرجال، بما يخفف من عبء تنظيم الاسرة الملقى على عاتق النساء في الوقت الراهن.

٣- تشجيع الرجال ليكونوا أكثر إماماً بالقضايا المتعلقة بالأسرة كتربية الأطفال.

٤- موجهة احتياجات الصحة الانجابية للرجال، بحيث تكون سهولة الوصول إلى تلك الخدمات قضية من قضايا حقوق الانسان للنساء والرجال على السواء^(٣٤).

٥- التغلب على التحييز : إذ تحتاج استراتيجية تكامل خدمات الرجال والنساء إلى العديد من العوامل كي تنجح، ويضمن ذلك معرفة الخدمة بالقيم الشخصية لدى كل من المرأة والرجل فيما يختص بقضايا النوع الاجتماعي.

٦- رفع الوعي لدى الرجال لتدعيم اختيارات النساء لوسائل تنظيم الأسرة فأكثر أسباب اعاقه استخدام وسائل تنظيم الاسرة، هو معارضه بعض الازواج لها.

٧- تحسين سلوك الرجل من أجل الوقاية من الامراض المنقولة جنسياً بما يجعل ذلك أكثر وضوحاً من الوقاية من علاج تلك الامراض ولكي تصبح برامج الوقاية مؤثرة يجب تعلم الزوجين وعلاجهما.

٥ - العوامل المؤثرة بالصحة الانجابية :

تتأثر الصحة الانجابية بعدة عوامل منها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية بما تتضمن من متغيرات متنوعة مثل المستوى التعليمي للزوجين وعلاقتهما بقوة العمل والظروف المعيشية لأسرتهم.

ويمكن تحديد مجموعة من العوامل المؤثرة في الصحة الانجابية:-

(34) [http // www. nour .com / item / 8091.](http://www.nour.com/item/8091)

١ - تمكين المرأة من خلال زيادة فرص التعليم للفتيات و على الاخص في الريف مما يعكس بشكل ايجابي على وضع المرأة في المجتمع ويوسع مداركها و قدرتها على اتخاذ القرارات الخاصة بصحتها الانجابية^(٣٥).

٢ - الممارسات والسلوكيات التربوية الخاطئة المتعلقة بالنوع الاجتماعي التي يتخللها كثير من التباينات إذ قد يكون انفاق الاسرة على الفتيات فيما يخص قضايا التعليم، التدريب المهني، الرعاية الصحية أقل مما هو عليه لدى الذكور، وهذا ما يؤدي إلى تدني مكانه المرأة الصحية، النفسية، تحكمها بحياتها الجنسية، الانجابية.

- ٣ - يؤثر العنف في الصحة الانجابية، الجنسية وبما يشمل من اشكال سوء المعاملة جسدياً، وجنسياً، ومعنوياً.
- ٤ - يعد نقص الموارد البشرية والمالية، والانظمة الصحية، والقوانين، اضافة إلى نقص الوعي لدى عامة الناس عائقاً يقف أمام تفعيل برنامج الصحة الانجابية.
- ٥ - تشكل العادات، والتقاليد، والمحرمات الخاصة، بالحياة الجنسية بما يشمله من اشكال سوء المعاملة جسدياً، جنسياً، معنوياً^(٣٦).

٦ - المستهدفون من الصحة الانجابية :

- ١ - المرأة و الرجل في سن الانجاب بهدف رفع مستوى الوعي الصحي لديهما.
- ٢ - المراهقون من أجل تجنيبهم الأنماط السلوكية الضارة بصحتهم، وبالأسر التي يشكلونها باعتبار هذه المرحلة حساسة، وهامة في مراحل نمو الكائن البشري.
- ٣ - النساء ما بعد سن الانجاب، أو ما اصطلح على تسميته سن اليأس، للوقاية من الامراض التي قد تصيب المرأة في هذا السن^(٣٧).

((الفصل الثاني))

^(٣٥) أحمد جبار عبد الحميد رجب، الصحة الانجابية، جامعه الازهر، ط ١، ٢٠١٣، ص ١٥ .

^(٣٦) أحمد جبار عبد الحميد رجب، مصدر سابق، ص ١٥ .

^(٣٧) [https : ar. Wikipedia . org . / wiki /](https://ar.wikipedia.org/wiki/)

الخصائص السكانية في محافظة المثنى

خصائص التركيب السكاني في محافظة المثنى :

تعد دراسة الخصائص المجتمعية الديموغرافية من أهم دعائم الدراسات السكانية لما لها من أهمية في التعرف على الخصائص السكانية لمجتمع الدراسة يتم في هذا الفصل دراسة خصائص التركيب السكاني لمنطقة الدراسة فمعرفة الواقع السكاني وتوقعاته المستقبلية من أولويات التخطيط الاجتماعي والصحي والاقتصادي والتربوي وإن المعرفة الواسعة للتوقعات السكانية من الأمور التي تتطلبها عمليات التخطيط من حيث نمو السكان وتوزيعهم بحسب العمر والجنس^(٣٨).

حيث يتصف المجتمع السكاني بطبيعة دينمية بسبب الحركة الدائبة للسكان التي ينتج عنها التزايد العددي أو التناقص حيث يطلق على التغير في حجم السكان سواء بالزيادة أو النقصان باسم " النمو السكاني " ^(٣٩).

وان النمو السكان الطبيعي يتركز على عنصرين هما المواليد والوفيات فإن استمرار المواليد أعلى من الوفيات يؤدي هذا الى تزايد السكان، وكلما زاد الفرق بين هذين العنصرين كلما زاد معدل النمو السكاني دون اإهمال تأثير عامل الهجرة في نمو السكان والواقع أن هنالك عوامل متشابهة ومعقدة اقتصادية واجتماعية ودينية وبيئية وسياسية تتفاعل فيما بينها لتحديد مستوى المواليد والوفيات في المجتمع^(٤٠).

وتختلف الخصوبة من مجتمع لآخر كما أنها تختلف من مكان لآخر ومن مجموعة سكانية لأخرى داخل المجتمع الواحد، وذلك نتيجة لتفاعل هذه عوامل بيئية واقتصادية واجتماعية^(٤١).

ويعد النمو السكاني من العوامل البشرية التي لها دور فعال في تقديم الخدمات ويكون مقياساً لدرجة تغيير في حجم السكان الناتج عن الفرق بين الولادات والوفيات فضلاً عن صافي الهجرة خلال مدة معينة^(٤٢).

أما بالنسبة للزيادة الطبيعية فهي تعني الفرق بين المواليد، والوفيات، ولذلك فإن دراسة النمو السكاني قائمة على أساس الزيادة الطبيعية في بلد ما^(٤٣).

(٣٨) رياض راشد البناء، تحليل البيانات السكانية لأغراض التخطيط التربوي، مكتبة التربية لدول

الخليج العربي، ادارة البرامج التربوية و العلوم، ١٩٨١، ص ٥٠٣

(٣٩) مُحمَّد فتحي ابو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، ٥٩٩١، ص٩١١.

(٤٠) مُحمَّد فتحي ابو عيانة، جغرافية السكان "أسس و تطبيقات"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣، ص١٥٣.

(٤١) عبد المنعم عبد الحي، علم السكان، المكتبة الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٩٦، ص١٧.

(٤٢) مُحمَّد فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان "أسس و تطبيقات"، مصدر سابق، ص١٧١.

(٤٣) حسين جعاز وصباح حسن علي، واقع الخدمات الصحية في مدينة السماوة وكفاءة توزيع مؤسساتها لعام ٢٠١٠، بحث منشور في مجلة البحوث الجغرافية العراقية، كلية التربية للبنات، جامعة الكوفة، العدد ١٤، ٢٠١١، ص٦٠٨.

وتعد الهجرة عنصر الزيادة السكانية الغير طبيعية بأعداد السكان وتعتبر الهجرة عاملاً مؤثراً على النمو السكاني فأنها تؤثر بالنتيجة على خصائصهم الديموغرافية والاقتصادية حيث يعد التغيير في التركيب العمري والنوعي مثلاً نتاجاً مهماً من نتائج الهجرة من الاقاليم واليه^(٤٤).

وتتأثر محافظة المثنى بالهجرة بنوعها سواء الداخلية أو الخارجية، حيث نلاحظ زيادة أعداد المهاجرين من الريف الى المدينة في المحافظة، نتيجة لتوفر الخدمات كافة، في المراكز الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، سواء كانت خدمات الصحة، المتمثلة بالمستشفيات، ومراكز الرعاية والامومة، ومستشفيات الاطفال، وكذلك العيادات الشعبية، ونتيجة لما تتمتع به محافظة المثنى من استقرار أمني، فقد أصبحت المحافظة جاذبة للسكان من محافظات مختلفة، التي تمتاز بوضعها الأمني غير المستقر، فقد وفد إلى المحافظة أعداد كبيرة من المهاجرين من محافظة البصرة أبان الحرب العراقية - الايرانية (١٩٩١-١٩٩٠).

وتتمتاز منطقة الدراسة بتزايد اعداد سكانها حيث بلغ عددهم وفقاً لتعداد ٧٩٩١ حوالي (٥٢٨٦٣٤) نسمة، ونسبة (٢%) من مجموع سكان العراق البالغ عددهم حوالي (١٢،١٤٨،٥٢) نسمة، وارتفعت الى (١٤٢٠٣٥٧) نسمة عام ٣١٠٢، لتبلغ حوالي (٢، ٠٢%) من سكان العراق.

وإن مستوى الزيادة السكانية في محافظة المثنى لها الاثر الاكبر في تقديم الخدمات الصحية حيث يجب أن تتناسب توزيع الخدمات الصحية مع الزيادة السكانية، بما يضمن تحقيق الامن الصحي للسكان، كما يتطلب من المسؤولين إيجاد سياسة صحية مبرمجة للحفاظ على التوازن ما بين الارض و السكان، الموارد الاقتصادية، متطلبات المجتمع الصحية .

للتوزيع السكاني أهمية كبيرة في عملية التخطيط للخدمات الصحية، إذ تبين نسب النوع و مستويات الفئات العمرية في المجتمع، وذلك أما لها من أهمية كبيرة في التباين المكاني لاحتياجات السكان إلى الخدمات الصحية، وتوزيعها، وقياس كفاءتها، ويمكن الاعتماد على مؤشرات في عملية التخطيط المستقبلي على وفق معدلات النمو السكاني .

١- التركيب البيئي للإناث :

يقصد به تقسيم السكان حسب البيئة التي يعيشون فيها إلى(حضر، الريف)، وكذلك حسب لعادات والتقاليد والنشاط الاقتصادي الذي يمارسونه.

ويقصد بالسكان بالحضر ((هم هؤلاء السكان الذين يعيشون ضمن حدود البلدية للمدن^(٤٥)). وما عداهم الذين يعيشون خارجها هم سكان الريف ويعمل أغلبية الريفين بالزراعة، وأعمال الصيد، والغابات، بينما يعمل سكان الحضر بالنشاط الصناعي والخدمي^(٤٦))).

ودراسة التباين المكاني لتوزيع السكان تعد من المواضيع المهمة لما لها من أهمية الدراسة أي ظاهرة سكانية في المجتمع الآن، دراسة تباين التوزيع يرتبط بحجم السكان، ومقدار الكثافة السكانية ضمن الوحدة الإدارية، ويبين أن التمرکز السكاني يكون كبيراً كلما كانت العلاقة بين البيئة الطبيعية والنظم البشرية ايجابياً، بالإضافة الى ذلك فان توزيع

^(٤٤) حسين عليوي ناصر الزيايدي، نمو السكان وتوزيعهم في أهوار محافظة ذي قار (١٩٧٧-

١٩٨٧)، مجلة أداب ذي قار، جامعة ذي قار العدد ٣، ٢٠١١، ص ٦.

^(٤٥) عبد الرزاق عياش حسين، نشأة مدن العراق وتطورها، معهد البحوث الدراسية، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٧٥.

^(٤٦) موسى سمحة، جغرافية السكان، الشركة العربية المتحدة للتسويق و التوريدات بالتعاون مع

الجامعة القدس، القاهرة، ٢٠٠٨، ص ٨٠.

السكان على أساس الحضر، وفريق له أهمية كبيرة، نتيجة لما ينتج هذا التوزيع من تباين في النواحي الاجتماعية، والاقتصادية، والديموغرافية^(٤٧).

وتوجد خمس أسس لتصنيف الحضر والريف وهي:

١. التصنيف الاحصائي: وهي عبارة عن تحديد حجم السكاني للحضر، وإذا أقل من ذلك يصبح التجمع السكاني ريفياً، ومثال على ذلك أن تحدد الدولة المركز الحضري بعدد لا يقل عن ٥٠٠٥ نسمة وما دون ذلك فهو ريف.
٢. التصنيف التاريخي: أي أن تعد الاماكن التاريخية حضراً، بحكم احتفاظها بالأثار والقلاع.
٣. التصنيف التشكيلي: أي أن تعد المدينة حقيقة مادية بمظهرها حياتها، وشوارعها، ومصانعها.
٤. التصنيف الوظيفي: وهو الذي يميز فيه بين وظيفة المدينة نباء على ما هو للزراعة والصيد والرعي ويعتمد عليها في العيش^(٤٨).

ووفقاً لتقديرات السكان في المحافظة فقد بلغ عدد سكان الحضر عام ٧٠٠٢، لاحظ الجدول (٢) (٩٧٧٨٩٢ نسمة)، أي ما يشكل نسبة (٥,٤٤٪) من سكان المحافظة، أما بالنسبة لسكان الريف فقد قدرت المجموع الكلي لسكان المحافظة، تتباين هذه الأعداد في توزيعها على مستوى كل قضاء وناحية، ولاسيما هي قسمت على الاساس الإداري فقط، لعدم المعيار لا يعطي صورة واضحة ومميزة بين البيئة الريفية الحضرية في كثير من أجزاء المحافظة، بسبب التداخل المستمر في توزيع السكان .

(٤٧) عباس فاضل السعدي، دراسة جغرافية السكان، منشأة المعارف، الاسكندرية، ١٩٨٠،

(٤٨) موسى سمحه، جغرافية السكان، مصدر سابق ، ص ٨١.

جدول رقم (٢)

توزيع سكان الريف والحضر في محافظة المثنى لعام ٢٠٠٢

القضاء	الحضر	الريف	المجموع
السماعة	١٦٣٠٨١	٩٤٣٨٠١	١٠١٧٨٨٢
الرميثة	٨٨٥٨٧	٧٨٨٣٥٥	٥٥٩٠٩٢
السلمان	١٢٥٣	٣٠٨٥	٤٢٣٩
الخضر	٩٠٣٦٣	٨٢٨٧٥	٧٣١٤٩
المجموع	٩٧٧٨٩٢	٦٦٨٥٢٧	٥٤٦٤٢٠١

المصدر : الباحثة بالاعتماد على بيانات متفرقة من وزارة التخطيط، مديرية تخطيط محافظة المثنى.

ومن النظر الى جدول رقم (٣) وخريطة رقم (٣) الذي يوضح التوزيع البيئي للسكان في منطقة الدراسة، نجد أن أعلى نسبة لسكان الحضر سجلت في قضاء السماعة حيث بلغت نسبتها حوالي (٠٦٪)، يليها قضاء الرميثة بنسبة (٦٢٪)، وفي المراتب الاخيرة جاء كل من قضاء الخضر والسلمان، حيث احتلت في كل من القضائيين (٢١، ١٪) على التوالي. اما بالنسبة لسكان الريف فقد احتل قضاء الرميثة المركز الأول حيث بلغ نسبة سكان الريف حوالي (٥٥٪) وجاء بعده قضاء السماعة بنسبة (٨٢٪)، أما قضاء الخضر فقد شكلت نسبة سكان الريف فيه حوالي (٥١٪)، أما السلمان فقد بلغ حوالي (٢٪)، وسبب تقدم قضائي الرميثة والسماعة المراتب الاولى في نسبة سكان الريف، جاء نتيجة لكبر مساحتها أولاً وكثرة نواحيها ثانياً، وكثافة سكانها ثالثاً هذا في عام ٢٠١٢.

جدول (٣)

التوزيع البيئي للسكان في محافظة المثنى على وفق تقديرات عام ٢٠١٢

القضاء	سكان الحضر		سكان الريف		المجموع
	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	
السماعة	185088	60%	111129	28%	296217
الرميثة	80648	26%	217816	55%	298464

9565	2%	5952	1%	3613	السلطان
96573	15%	59312	12%	37261	الخصر
700819	100%	394209	100%	306610	المجموع

المصدر من عمل الباحثة بالإعتماد على : وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، والجهاز المركزي للإحصاء و تكنولوجيا المعلومات، ومديرية إحصاء السكان و القوى العاملة، جدول رقم (١)، ص (٨) .

خريطة رقم (٣)

التوزيع البيئي لسكان أفضية محافظة المثنى على وفق تقديرات السكان

لعام ٢٠١٠



(٤٩) عباس فاضل السعدي، التوزيع الجغرافي البيئي للسكان ومدى تركيزها في العراق، بحث

منشور في مجلة الجمعية الجغرافية العراقية، العدد (٤٧)، ٢٠٠١، ص ٢.

للسكان في المجتمع الريفي، الذي يسعى الى الزواج المبكر للإناث، وهذا بدوره يساعد على زيادة مدة المعاشرة الزوجية، وهو يؤدي الى زيادة فرص الحمل والولادة.

أما بالنسبة الى المناطق الحضرية التي هي اصبحت الآن متأثرة بالعادات والتقاليد الريفية، وهذا جاء نتيجة للهجرة من المناطق الريفية الى المناطق الحضرية، حيث ساهم هذا الى أن يقوموا هؤلاء السكان إلى نقل عادات وتقاليد المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية، حيث نلاحظ زيادة الزواج المبكر في المناطق الحضرية، وذلك من خلال زيادة أعداد الطالبات المتزوجات والامهات في المدارس الثانوية، والمعاهد، والجامعات، وهذا ما نجده قد انعكس عما كان سائداً سابقاً في الحضر، حيث كانت المرأة في المناطق الحضرية تتأخر في الزواج، وذلك من أجل مواصلة واكمال تعليمها، وهذا بدوره يؤدي إلى قلة خصوبة المرأة الحضرية، يجعلها أكثر استجابة الى استعمال موانع الحمل، وذلك من أجل المحافظة على عملها، كذلك ارتفاع مستواها العلمي، والثقافي، يجعلها تخطط للحمل والانجاب.

ويظهر تأثير التركيب البيئي بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة الانجابية، وذلك من خلال أن المرأة في الريف تتحمل اعباء الحياة منذ الصغر من خلال مشاركتها بالعمل في المنزل، والحقول الزراعية، أو أي نشاط اقتصادي آخر مساهمة منها في سد نفقات الاسرة، فضلاً عن المرأة في الريف لم تتلق التعليم الكافي، أو هي لم تتمتع بهذه النعمة (نعمة التعليم)، حيث أن اغلب النساء الريفيات لا يعرفن القراءة والكتابة، والبعض منهن تركز التعليم في المرحلة الابتدائية، ثم تزوجن (زواج مبكر)، وما يترتب على هذا الزواج من الحمل، والولادة المبكرة، والمتلاحقة حيث أن في اغلب الاحيان لم تكن هنالك مدة زمنية بين الحمل وآخر، مما يترتب على هذه الحالة إلى أن تكون المرأة معرضة إلى الاصابة بالأمراض نتيجة لضعف جسمها، وقلة مراجعتها إلى المراكز الصحية بصورة نهائية، نتيجة لقلة الوعي، وكذلك بسبب انشغالها بالعمل والمسؤوليات، بالمنزل وتربية الابناء، واعتمادها على الوصفات الشعبية، عند تعرضها لبعض الحالات المرضية، وسيطرة التقاليد الاجتماعية عليها، مثل كثرة الانجاب واعتبارها مصدر تباهي للأسرة، بينما نجد العكس بالنسبة للمرأة في المجتمع الحضري فهي افضل حالاً من المرأة في المجتمع الريفي، كونها تحظى باهتمام أكبر من الناحية الاجتماعية والتعليمية، والصحية، خلال مراحل حياتها المختلفة، ويهتم ساكنو المدينة بالتعليم، إذ يحرصون على مواصلة ابنائهم للتعليم سواء كانوا ذكوراً أو اناثاً، فهم يتحملون نفقات دراسة ابنائهم التي تكون في أغلب الاحيان ذات تكاليف عالية الثمن من أجل دخولهم الى الجامعات.

وهذا يعطي اولوية للإناث بإكمال دراستهن، حيث نجد أن المرأة في المدينة تبلغ من العمر العشرون ولا تفكر هي واهلها بالزواج، وهذا له تداعيات في تقليل فرص الانجاب، ولاسيما تعزز ثقافة مدينة تشكل لها وعياً اسرياً ناضجاً يمكنها من التفكير المسبق بكيفية وضع العائلة مستقبلاً، وكيفية تنظيمها، مما يقضي إلى التفكير بتكوين أسرة بحجم معقول ينسجم مع الواقع الاقتصادي، والاجتماعي.

جدول (٤)
التوزيع البيني النوعي لفئات الاعمار الخمسية في محافظة المثنى على وفق تقديرات السكان لعام ٢٠١٠ .

المجموع (حضر - ريف)			ريف			حضر			الفئات
مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	مجموع	إناث	ذكور	العمرية
115860	55215	60644	68970	34105	34866	46889	21111	25778	0-4
105048	49724	55325	63358	31527	31831	41691	18197	23494	5-9
99782	46303	53478	59222	28777	30444	40560	17526	23034	10-14
86309	40562	45747	48726	24196	24530	37583	16366	21217	15-19
72745	33785	38960	37831	18347	19484	34914	15438	19476	20-24
61656	28909	32746	32234	16265	15968	29422	12644	16778	25-29
51896	24530	27365	27543	14105	13437	24353	10425	13928	30-34
44671	22263	22408	24024	12674	11350	20647	9589	11058	35-39
39503	18667	20836	20397	9931	10466	19106	8736	10370	40-44
33303	16163	17140	16434	8650	7784	16869	7513	9356	45-49
23374	11789	11586	9837	5482	4354	13537	6306	7231	50-54
16161	8363	7798	8044	4510	3534	8117	3853	4264	55-59
14993	7549	7444	7251	3854	3397	7742	3695	4048	60-64
9746	5205	4541	4757	2816	1942	4988	2389	2599	65-69
5615	2931	2684	2567	1536	1031	3048	1395	1653	70-74

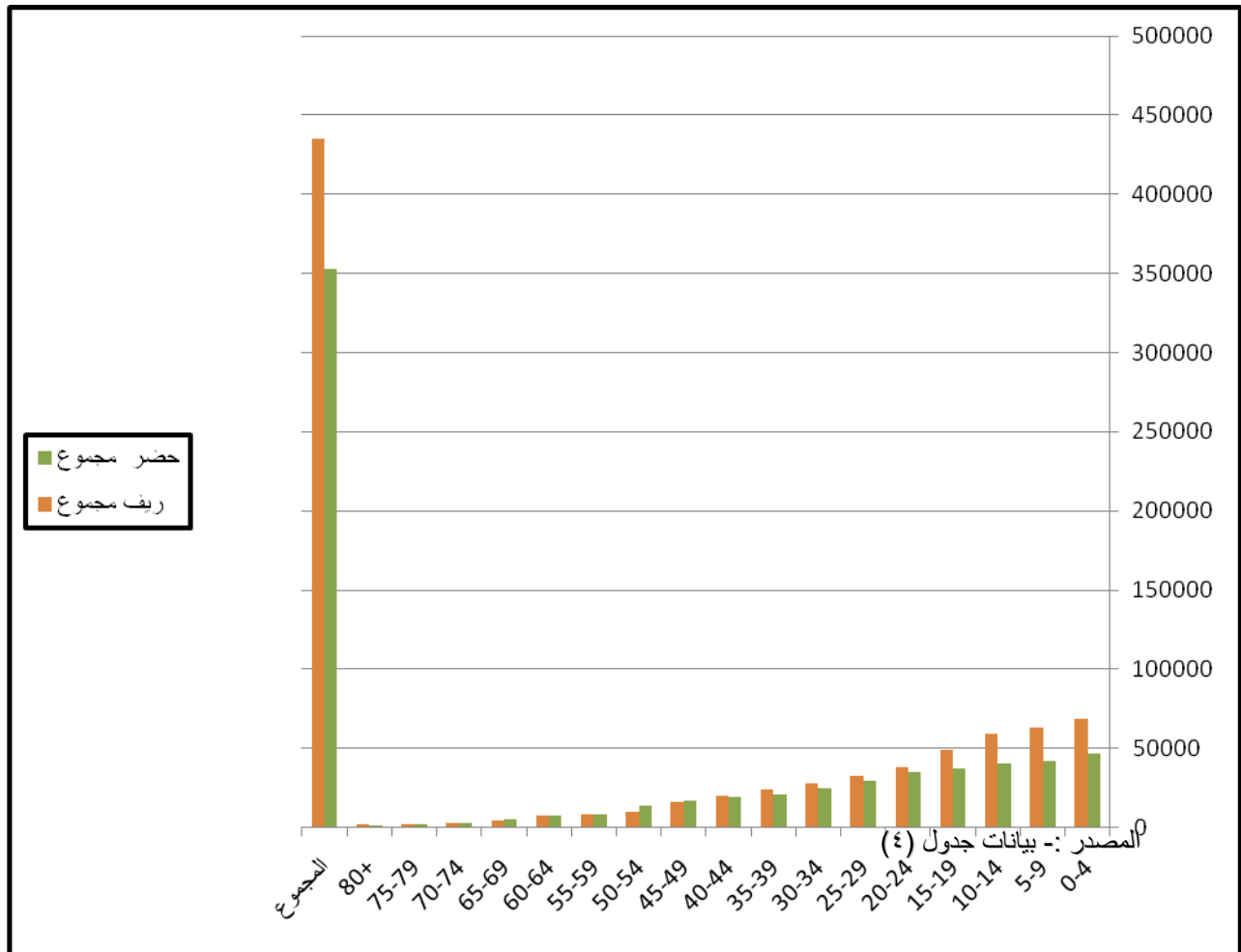
3763	1896	1867	1859	1007	852	1905	890	1015	75-79
3833	1965	1869	2248	1334	914	1586	631	955	80+
788259	375820	412439	435300	219115	216185	352959	156705	196254	المجموع

المصدر : عمل الباحثة بالاعتماد على وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، الجهاز المركزي للإحصاء، تكنولوجيا المعلومات، المجموعة الإحصائية السنوية لعام ٥١٠٢ .

شكل (١)

التوزيع البيئي النوعي لفئات الأعمار الخمسية في محافظة المثنى على وفق

تقديرات عام ٢٠١٥



٢ - التركيب العمري للإناث في سن الانجاب :

إن دراسة التركيب العمري للسكان في أي مجتمع لها أهمية كبيرة في تغيير وتوضيح تأثير العمليات الديموغرافية الحيوية، والهجرة على فئات السن المختلفة، وعلى نسبة النوع في داخل المجتمع^(٥٠). ويقصد بالتركيب العمري "توزيع السكان بحسب فئاتهم العمرية لأن معرفة الفئة العمرية تعد متغيراً مهماً لقياس نشاطات السكان الاقتصادية والاجتماعية^(٥١).

كما تساعد دراسة التركيب العمري للسكان على فهم الصورة الحقيقية للنشاط الاقتصادي، وكذلك فهم نسبة الفئات المنتجة اقتصادياً، وكذلك حجم الفئات غير منتجة اقتصادياً^(٥٢). كما يحظى هذا التركيب بأهمية كبيرة سواء بالنسبة لصناع الاستراتيجيات، ومتخذي القرارات والسياسات الاقتصادية والاجتماعية.

ويتأثر التركيب العمري للسكان بثلاثة عوامل رئيسية وهي: الولادات، والوفيات، والهجرة وكما تؤثر الظروف الاجتماعية، والاقتصادية هي الأخرى، ويمكن دراسة التركيب العمري للسكان وتصنيفهم إلى فئات احادية، أو خمسية، أو عشرية، أو أكثر نسباً، للدراسات الديموغرافية المطلوب اجراءها من قبل الباحث والهدف منها . ولقد اعتمدنا في دراستنا التركيب العمري على تقسيم السكان على ثلاث فئات عمرية وهي.

١ . فئة صغار السن أقل من (١٥ سنة).

٢ . فئة متوسطي العمر (البالغون) (٥١-٥٦ سنة).

٣ . فئة كبار السن (٥٦ سنة).

إن دراسة التركيب العمري للإناث في سن الانجاب له أهمية كبيرة، وذلك لما له من تأثير بالغ على صحة الأم وقدرتها على تحمل المضاعفات الناجمة عن تكرار عمليات الحمل والولادة، وخصوصاً أن خصوبة المرأة المحددة بعمر معين .

ف نجد أن الفترة التي تقضيها المرأة في علاقة زوجية (١٥-٥٠ سنة) تؤثر تأثيراً مباشراً على معدل الخصوبة إذ تؤدي الى زيادة فرص الإنجاب وبالنتيجة زيادة احتمالات الحمل وارتفاع معدل المواليد ومن وجدول رقم (٥) الشكل رقم (٢) يتضح

(٥٠) مُحمَّد فتحي ابو عيانه، مشكلات السكان في الوطن العربي، دار المعارف الجامعية الاسكندرية، ١٩٨٧، ص ٨٣.

(٥١) عدنان كاظم الزبيدي، تركيب السكان وعلاقته بالقوى العاملة، اطروحة دكتوراه (غير منشورة) جامعة بغداد، كلية الاداب، ١٩٩٨، ص ٦٢.

(٥٢) مُحمَّد فتحي أبو عيانه، مشكلات السكان في الوطن العربي، مصدر سابق، ص ٨٤.

أنَّ عدد الاناث في سن الانجاب (١٥-٤٩) سنة، بلغ حوالي (١٨٤٨٨٠) نسمة، وذلك وفق التقديرات لعام ٢٠١٥، حيث بلغ عددهن في الحضر (٨٠٧١٢) نسمة، أما في الريف فبلغ عددهن (١٠٤١٦٨) نسمة على وفق فئة الاعمار الخمسية، تقسم الاناث في سن الانجاب في محافظة المثنى على سبع فئات عمرية وهي:

الفئة الأولى (٩١-٥١ سنة):

تحتل المرتبة الأولى بنسبة ٣٢٪ من مجموع الاناث في سن الانجاب، وترتفع ضمن الفئة نسبة الزواج المبكر، فضلاً عن ارتفاع نسبة الاناث اللواتي ينقطعن عن اكمال دراستهن، بسبب اقبالهن على الزواج، لاسيما في الريف الذي بلغت نسبة الاناث فيه (٠٢٪) في الحضر، ويترتب على هذه الفئة العمرية من المضاعفات الصحية على صحة الأم والطفل الذي يؤدي إلى كثير من حالات الولادة والاجهاض المتعمد غير المأمون، وكذلك الاسقاطات الكثيرة التي تحدث في هذه الفئة ترجع الى عدة اسباب واهمها: عدم تحمل جسم المرأة للحمل في هذه الاعمار، وذلك لعدم اكتمال تكوينها الحياتي بشكل تام، وكذلك استعمال المنشطات للفتيات المتزوجات حديثاً، حيث تؤدي هذه المنشطات الى زيادة فرصة الحمل بالتوائم، هذا يفوق قدرتهن على تحمل المسؤولية.

الفئة الثانية (٢٠٢-٤٢ سنة) :

تحتل المرتبة الثانية نسبة (٨١٪) سجلت في الريف (٨١٪) وارتفعت نسبتها في الحضر الى (٩١٪).

الفئة الثالثة (٢٥-٢٩ سنة):

تحتل المرتبة الثالثة نسبة (٦١٪)، فقد سجلت في كلاً من الحضر والريف بنسبة (٦١٪).

الفئة الرابعة (٣٠٣-٤٣ سنة):

احتلت المرتبة الرابعة نسبة (٣١٪)، وقد بلغت نسبتها في الحضر (٣١٪)، أما في الريف فبلغت نسبتها (٤١٪).

جدول رقم (٥)

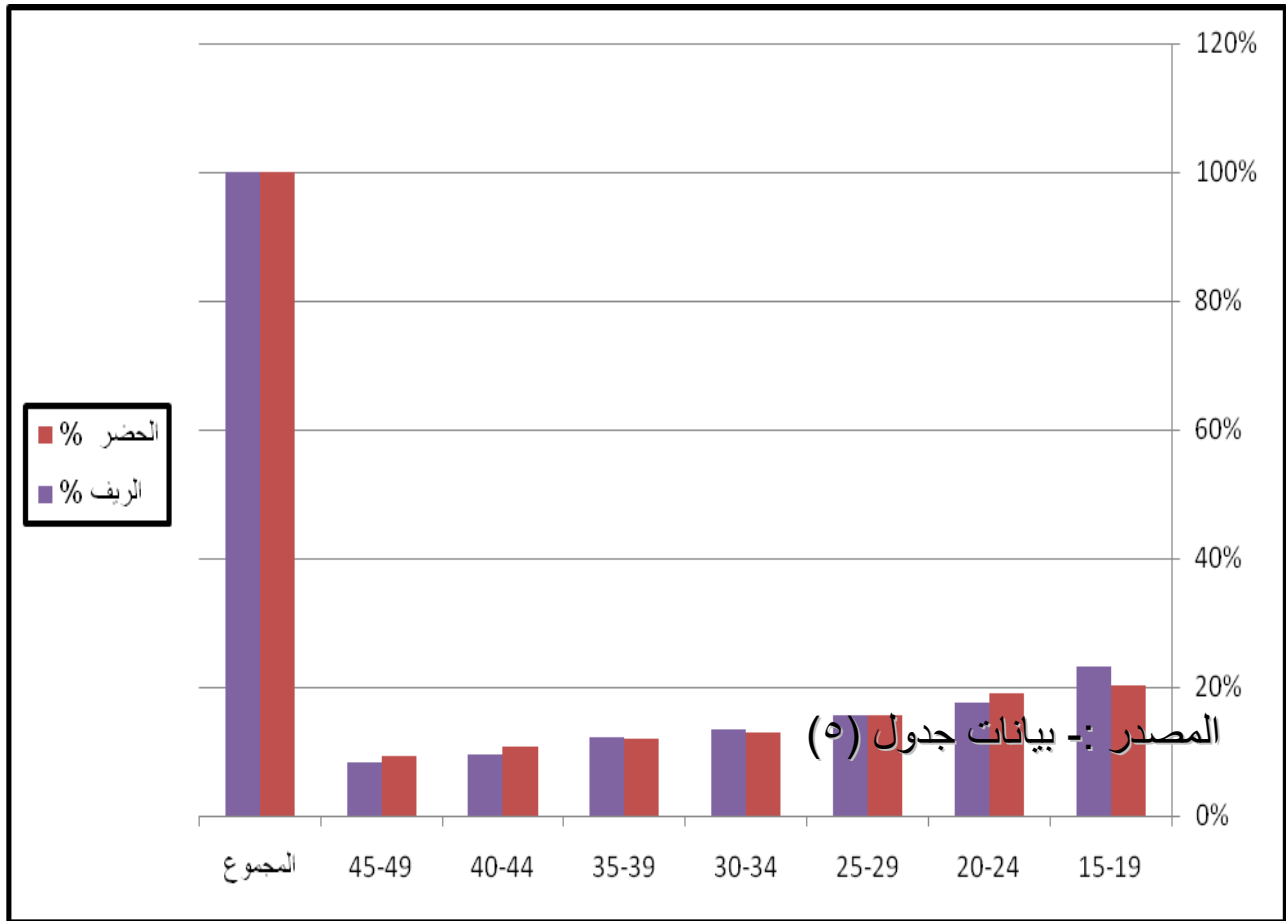
التوزيع النسبي للفئات العمرية للإناث في سن الانجاب في محافظة المثنى على وفق البيئة وحسب تقديرات السكان لعام ٥١٠٢

الفئات العمرية	الحضر		الريف		المجموع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	النسبة المئوية %
15-19	16366	20%	24196	23%	40562	22%
20-24	15438	19%	18347	18%	33785	18%
25-29	12644	16%	16265	16%	28909	16%
30-34	10425	13%	14105	14%	24530	13%
35-39	9589	12%	12674	12%	22263	12%
40-44	8736	11%	9931	10%	18667	10%
45-49	7513	9%	8650	8%	16163	9%
المجموع	80712	100%	104168	100%	184880	100%

المصدر : - الباحثة بالاعتماد على : وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي، والجهاز المركزي للإحصاء، وتكنولوجيا المعلومات، والمجموعة الإحصائية السنوية لعام ٤١٠٢ - ٥١٠٢ .

شكل (٢)

التوزيع البيئي للفئات العمرية للإناث في سن الإنجاب في محافظة المثنى على وفق البيئة وحسب تقديرات عام ٢٠١٠.



وتعد كل من الفئة العمرية الثانية والثالثة والرابعة التي تمتد من (٤٣-٠٢) سنة، افضل الفئات العمرية المناسبة للحمل والانجاب، الذي يمكن ان تطلق عليها (الفئة العمرية الامنة)، التي تقل فيها فرص تعرض المرأة لمضاعفات الحمل والولادة، وإن حدثت فإنها اكثر قدرة على تحملها من الفئة العمرية الأولى (٩١-٥١) سنة، أو الفئات العمرية بعد سن (٥٣) سنة.

الفئة الخامسة (٩٣-٥٣) سنة:

تحتل نسبتها (٢١٪) من مجموع الاناث في سن الانجاب، حيث بلغت في كلاً من الحضر والريف (٢١٪).

الفئة السادسة (٤٠-٤٤ سنة):

تحتل المرتبة السادسة حيث بلغت نسبتها (٠١٪) من مجموع الاناث في سن الانجاب، حيث بلغت في الحضر (١١٪)، أما في الريف فبلغت حوالي (٠١٪).

الفئة السابعة (٩٤-٥٤) :

حيث بلغت نسبتها في الحضر نحو (٩٪)، أما في الريف نحو (٨٪). وتعد الفئات (الخامسة/السادسة/السابعة) أي من عمر (٩٤-٥٣) سنة هي الفئات العمرية الخطرة، وهنا تكون المرأة قد تقدمت في العمر وبالنتيجة فهي تتعرض إلى مضاعفات الحمل والولادة، حيث تكثر في هذه الفئة انجاب الاطفال المشوهين، وكذلك الاسقاطات وخاصة النساء اللواتي ينجبن اكثر من أربعة اطفال.

٣- التركيب التعليمي للإناث في سن الإنجاب

يعد التعليم من الخصائص المهمة في تركيب السكان وأكثرها تأثيراً في التغيرات الاقتصادية والاجتماعية، وله دور فعال في مجال الإبداع والتنمية، لأنه يمثل القاعدة المهمة والاساسية في تكوين المهارات التي تجعل من مشاركة القوى العاملة في النشاط الاقتصادي أكثر جدوى وفعالية^(٥٣).

ويقصد بالتركيب التعليمي هو توزيع السكان بحسب الحالة التعليمية، ويعد التعليم من أهم متطلبات رفع المستوى الاجتماعي للأفراد والأسرة، نلاحظ أن الإقبال على التعليم ظاهرة اخذت بالتزايد داخل المدينة بغض النظر عن الحالة المادية، حيث أصبح الفقير ومتوسط الدخل يرى في التعليم وسيلة خلاص من وضعه القائم املاً منه في عمل يعود عليه وعلى أسرته بعائد مادي افضل^(٥٤).

(٥٣) حسين علي عبد الراوي وقيصر عبدالله أحمد، التحليل الجغرافي لتباين التركيب التعليمي

لسكان محافظة واسط، مجلة جامعة الانبار للعلوم الانسانية، العدد (٣) لسنة ٢٠١١

ص ٣٥.

(٥٤) خيرية يحيى، انعكاس الحالة المادية والاجتماعية على الاحياء السكنية في مدينة نابلس

(دراسة مقارنة، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين،

٢٠١٢ ص ٧٩.

وقياس مستوى التعليم بالشهادة التي يحصل عليها الفرد ولاشك أنَّ للشهادة مدلولها الثقافي أولاً والمهني ثانياً، ولكليهما تأثير على السلوك الديموغرافي لاسيما ما يتعلق بحجم الاسرة والزواج المبكر أو التأخير. حيث أنَّ لسنوات الدراسة قطعاً لها أثرها في تأخر سن الزواج وبالنتيجة قصر العمر الانجابي للمرأة بشكل خاص^(٥٥).

ويؤدي ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين والظروف الجديدة في تفكيرهما والعمل على تنظيم النسل، مما يساعد على سرعة تقبل المجتمع لأساليب تنظيم الاسرة، كما يؤثر المستوى التعليمي في النمو السكاني، وذلك بتوسيع وتعميق إدراك الفرد بأهمية الحالة الاجتماعية ويخلق لديه تطلعات جديدة نحو حياة افضل^(٥٦).

وإذا استمرت المرأة في المراحل التعليمية، فأنَّه يؤخر سن الزواج، مما يؤثر في خفض معدل الخصوبة وكذلك فإنَّ التعليم يؤثر بشكل خاص من خلال فرص العمل التي يفتحها امام المتعلمين، بالإضافة إلى تأثير ارتفاع المستوى التعليمي على العوامل المؤثرة في خفض النمو السكاني^(٥٧).

وغالباً ما يكون للتحصيل العلمي دور بمدى معرفتها واستخدامها الفعلي لوسائل تنظيم النسل، وكذلك أنَّ ارتفاع مستوى التعليم للمرأة يرتبط بممارسات الصحة الانجابية، وزيادة إدراك المرأة بضرورة التخطيط لحجم الاسرة بما يتفق وقدرتها الصحية والمادية.

وهناك فرق جوهري بين الريف والحضر، فيما يتعلق بعلاقة التعليم بالسلوك الانجابي، ويرتبط هذا الفرق بتأثير الاقارب الذين يعيشون في الوحدة المعيشية نفسها أو حتَّى خارجها على السلوك الانجابي للمتعلّمات، فالزوجة المتعلّمة التي تفكر في ضبط معدلات انجابها باستعمال وسائل تنظيم الاسرة، ولكن سيطرة الاقارب عليها قد تضعف موقفها وينتهي الامر برضوخها لرغبتهم^(٥٨).

أما الزوجة غير المتعلّمة فهي لا تملك القدرة على تنظيم اسرتها حتى لو كانت لديها الرغبة في ذلك، فإنَّ رأي زوجها حول انجاب أكبر عدد من الاطفال هو السائد^(٥٩).

وأنَّ المرأة المتعلّمة تتزوج في سن متأخر، وذلك حتى تكمل دراستها، وتحصل على الشهادة الجامعية، وهي تختلف عن المرأة التي لا تتال قسطاً ضئيلاً من التعليم، التي تتزوج في سن مبكر بما يؤثر على معدل انجابها.

ويساعد التعليم على خلق الوعي بأهمية تنظيم الاسرة، وتقليل الانجاب من أجل الحفاظ على صحتها، وأنَّ المرأة المتعلّمة أقدر من غيرها على الاسهام في مجالات التنمية بأنواعها المختلفة ومما يترتب عليها زيادة دخل اسرتها، وارتفاع مستوى معيشتها وبالنتيجة فان تحديد حجم اسرتها يساعدها على تحقيق طموحاتها المستقبلية، ويساعد ابنائها على الحصول على اعلى الشهادات التعليمية، للحصول على افضل فرص للعمل.

٤ - التركيب الاقتصادي للأناث في سن الانجاب :

التركيب الاقتصادي للسكان يعتبر انعكاساً لخصائص السكان الديموغرافية، وخاصة الخصوبة والتركيب العمري والنوعي، حيث يبين التركيب الاقتصادي مدى النشاط الاقتصادي وحجم القوى العاملة فهي تشمل دراسة التركيب

(٥٥) عبد علي الخفاف، جغرافية السكان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، ١٩٩٩، ص ٢٥٣.

(٥٦) قاسم نصيف جاسم جواد، قضاء الدجيل، دراسة في جغرافية السكان، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة تكريت، ٢٠٠٨، ص ٣٩.

(٥٧) المصدر نفسه، ص ٤٠.

(٥٨) علياء شكري، المرأة بين الحضر والريف، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ١٩٩٨، ص ٢٧٧-٢٧٩.

(٥٩) أحمد الخشاب، سكان المجتمع العربي، مكتبة القاهرة الحديثة لسنة ١٩٦٤، ص ١٥٨.

الاقتصادي والانشطة الاقتصادية واتجاهاتها، من خلال الهيكل الاقتصادي الذي يشمل الاستثمار، والادخار، والدخل والافاق، وتكوين رؤوس الاموال، كما يشمل على دراسة الفقر والبطالة والاستهلاك ومستوى المعيشة^(٦٠).

ويمكن تعريف قوة العمل هم الافراد الذين في سن العمل القادرين على اداء العمل و الباحثين فيه بينما النشاط الاقتصادي، فهو المجال الذي يؤدي فيه الفرد النشاطات التي تؤديها المؤسسات العامة والخاصة والمشروعات المختلفة، من حيث أنَّ التركيب المهني يهتم بتصنيف السكان مهنياً وفق ما يمارسونه من اعمال^(٦١).

تهدف دراسة التركيب الاقتصادي للسكان إلى معرفة حجم السكان، وإلى معرفة حجم القوى العاملة ومعرفة السكان الفاعلين وغير الفاعلين، وكذلك معرفة توزيع السكان على الانشطة الاقتصادية، وقد وجدت خلال دراسة السكان الفاعلين وغير الفاعلين أنَّ تقييم السكان على أساس العمر لا يعطي صورة واقعية لعدد العاملين فعلاً، إذ نجد عدم اشتغال عدد كبير من السكان الفاعلين لأسباب متعددة وكذلك اخذ بعض الباحثين بتقسيم السكان الى عاملين وغير العاملين، إذ يمثل السكان غير العاملين بالأطفال دون سن السابعة من العمر وكذلك العاطلون والعجزة والسجناء والمتقاعدون وربات البيوت وطلبة المدارس الابتدائية والمتوسطة والاعدادية وكذلك طلبة الجامعات والمعاهد^(٦٢)، وتعد دراسة التركيب الاقتصادي للمجتمع مهمة بالنسبة لوضع الخطط المستقبلية سواء على مشروعات التنمية الاقتصادية أو في مجال الخدمات العامة، قد بلغ معدل النشاط الاقتصادي للمرأة في محافظة المثنى حوالي (٢,٨٪)، أما معدل البطالة فقد بلغ حوالي (٣,٥١٪). ويتم احتساب النشاطات اقتصادياً من الاثاث الى مجموع الاناث^(٦٣)، ونلاحظ أنَّ في منطقة الدراسة ان للعادات والتقاليد الاجتماعية، لازالت تحد من مشاركة المرأة في الانشطة الاقتصادية ولاسيما الزواج المبكر الذي يغلق ابواب فرص كبيرة أمام الاناث في مجالات التعليم والعمالة والاندماج الاجتماعي^(٦٤).

ولكن قد تظهر المرأة للعمل وذلك من أجل الحصول على دخل اضافي يسد لها المزيد من حاجياتها وتحسين مستواها المعاشي، وتعين اسرتها حالياً خاصة إذا كانت الاسرة فقيرة^(٦٥). وتم احتساب معدل النشاط الاقتصادي للإناث من خلال المقارنة :

نسبة قوة العمل النوعية للإناث = القوة العاملة للإناث/السكان الاناث x ١٠٠

ويلاحظ ارتفاع نسبة القوى العاملة الانثوية في محافظة المثنى حيث بلغت في عام ٢٠١٢ حوالي (٨,٧٪).

ويعود هذا الى عوامل اقتصادية تتعلق بمستوى التطور الاقتصادي الثقافي، فبدأت المرأة تشق طريقها في التعليم، تحصل على الشهادات العليا مما أهلها للاشتراك والدخول في سوق العمل لما لديها من مؤهلات وخبرات. فأصبحت جزءاً مهماً في المجتمع، لا يمكن الاستغناء عنه، ويلاحظ أيضاً من خلال ارتفاع نسبة قوة العمل الانثوية في عام ٢٠١٢، هذا يعود إلى زيادة الوعي الثقافي وارتفاع المستوى التعليمي للإناث وتحسين الخدمات، وهذه تعكس قلة

(٦٠) أحمد خالد علام وآخرون، التخطيط الاقليمي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٦٨.

(٦١) عبد الفتاح وهيب، جغرافية السكان، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٧٩، ص ٣٣.

(٦٢) عباس فاضل السعدي، جغرافية السكان، مصدر سابق، ص ٧٦٤.

(٦٣) أسيل ابراهيم طالب، القوة العاملة الأنثوية في قضاء الرصافة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية للبنات، جامعة بغداد، ٢٠١٠، ص ١٢٨.

(٦٤) عبد الامير كاسب مزعل، المعوقات الجغرافية للنشاط الاقتصادي الأنثوي في محافظات الفرات الأوسط (١٩٨٧-١٩٩٧) أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ١٩٩٨، ص ٥٥.

(٦٥) مروة عاصي نعيمة خضير، التركيب الاقتصادي في محافظة المثنى للمدة (١٩٩٧-٢٠١٣) باستخدام GIS، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة ذي قار، ٢٠١٥، ص ١٢٠.

تأثير العادات والتقاليد الاجتماعية التي كانت تحد من مشاركة المرأة في مجال النشاط الاقتصادي، مما أدى إلى مشاركة الأنثى في مختلف الميادين المناسبة لها^(٦٦).

وفي ضوء التصنيف يمكن إيضاح التوزيع النسبي للقوى العاملة في منطقة الدراسة حسب المهن الرئيسية وتوزيعها النوعي للأعمار من (٥٠ سنة فأكثر) على وفق تقديرات عام ١٩٩٧، وكما يوضح في جدول رقم (٦) احتلت خدمات المجتمع، والخدمات الاجتماعية، والشخصية المرتبة الأولى بنسبة (٤٥٪)، أما المرتبة الثانية فقد احتلت الزراعة، والصيد والغابات، وصيد الأسماك (٣٠٪)، أما في المرتبة الثالثة غير مبينة (١١٪)، وفي المرتبة الرابعة احتلت الصناعات التحويلية بنسبة (٥٪)، أما تجارة العقود، المطاعم، النقل فقد احتلت كل منها على التوالي (٣٪ - ٤٪).

وإن مساهمة المرأة في العمل له تأثير كبير على معدل انجابها، حيث نلاحظ المرأة العاملة تحاول تقليل عدد الأطفال التي تنجبهم، وذلك لكي توافق بين العمل وواجباتها في البيت و تربية الأطفال، حيث نلاحظ إن المرأة في الريف ارتفاع متوسط انجابها، وذلك لأن العمل الزراعي يتطلب ايدي عاملة كثيرة، بالإضافة إلى أن المرأة تبقى في البيت وتذهب ساعات محددة للعمل في الحقول الزراعية، حيث نلاحظ انها تبقى اغلب الوقت ترعى اطفالها^(٦٧).

(٦٦) عباس فاضل السعدي، مقاييس الخصوبة الاقليمية في الفرات، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد ١١٧، العدد ٣، الكويت، ١٩٨٩، ص ٢٧٣.

(٦٧) Teffe abram ,and e .d . Stewart,(151)man power resources and atilization principles of working force analysis new yoark ,wily.

جدول (٦)

التوزيع النسبي للقوى العاملة من الإناث في محافظة المنى حسب المهنة بموجب تعداد عام ٧٩٩١

النسبة المئوية %	العدد	الأنشطة الاقتصادية
30%	2689	الزراعة، والصيد، والغابات، وصيد الأسماك
0%	8	المناجم، واستخراج البترول، والغاز الطبيعي
5%	468	الصناعات التحويلية
1%	45	الكهرباء و الغاز
0%	43	التشييد، والبناء
3%	292	تجارة الجملة، والعقود، والمطاعم، والفنادق
2%	158	النقل، والخزن، والمواصلات
2%	169	التمويل، والتأمين، والعقارات، والخدمات المقدمة لقطاع الاعمال
45%	4074	خدمات المجتمع، والخدمات الاجتماعية، والشخصية
11%	1018	غير مبين
100%	8964	المجموع

المصدر : الباحثة بالاعتماد على : وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، نتائج التعداد العام للسكان لعام ٧٩٩١، جدول (٨٢).

وتوجد علاقة بين العمل والمرأة، وحجم الأسرة، ونلاحظ أنها تكاد تكون واضحة في المناطق الحضرية، حيث تعمل المرأة على تنظيم النسل، واستعمال موانع الحمل، مما يقلل من خصوبتها ومعدل انجابها مقارنة بالمناطق الريفية. ويبرز تأثير التركيب الاقتصادي على الصحة الانجابية بصورة مباشرة وغير مباشرة، من حيث دخولها في ساحة العمل ومساهمتها في رفع المستوى المعاشي للأسرة.

((الفصل الثالث))

التباين المكاني لمؤشرات الصحة الانجابية في محافظة المثنى

يهدف هذا الفصل إلى التعرف على بعض مؤشرات الصحة الانجابية المختارة والمعتمدة من قبل منظمة الصحة العالمية، والكشف على تباينها المكاني على مستوى أفضية محافظة المثنى للأمهات في سن الانجاب (٩٤-٥١ سنة) في المحافظة.

- المبحث الأول -

نسبة استعمال وسائل منع الحمل وتوزيعها الجغرافي

يعد هذا المؤشر ضرورياً لتحقيق الصحة الانجابية، فبدونه لا يمكن أن يتحقق الانجاب في ظل التمتع بصحة جيدة، ونفسية، واجتماعية، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، إذ لا يمكن لسيده أن تتمتع بحمل مخطط مرغوب فيه، أو أن تقي نفسها من ضغوط حمل غير مرغوب فيه، يفسد عليها تخطيط حياتها أو استكمال تعليمها.

ويختلف احتياج المرأة لاستعمال وسائل منع الحمل في مراحل انجابها المختلفة، فربما احتاجت إلى تأجيل الحمل الأول أو إلى فصل حمل عن حمل آخر أو إلى منع الحمل كلياً بعد اكتمال اسرتها^(٦٨).

ويمكن تعريف هذا المؤشر "على أنه النسبة المئوية للنساء في سن الانجاب (٩٤-٥١) سنة اللواتي يستخدمن او يستخدمن ازواجهن طرائق لمنع الحمل في وقت معين".

ويعد هذا المؤشر مهماً لدوره في قياس مدى أهمية استعمال طرائق منع الحمل وإمكانية الوصول الى خدمات التنظيم الاسري، فضلاً عن أهميته في تقليل وفيات وامراض الانجاب عندما يستخدم لمنع حمل مبكر جداً، أو متأخر جداً، كما يعطي انطباعاً عن مستوى الوعي الصحي للأزواج^(٦٩).

١- إنَّ الزوجات هن المعنيات باستخدام وسائل منع الحمل، وهن من يتحمل

الأثار الصحية المترتبة على استعمال تلك الوسائل، وهي التي تكون في

اغلب الاحيان ذات اثار سلبية إلاَّ أنَّها تقوم باستعمالها، وذلك لأدراكها

لمتاعب الحمل والولادة ومن ثَمَّ التنشئة للأطفال يجعلها الأكثر ميلاً لاستخدام

هذه الوسائل نتيجة، لوصفها الحمل في مرحلة معينة من عمرها نتيجة

لأسباب اقتصادية أو دراسية أو أنَّها تعاني من مرض معين يمنع حملها في

تلك الفترة، لذلك نلاحظ أنَّها تقدم على استعمال هذه الوسائل.

(٦٨) أحمد رجاء عبد الحميد رجب، الصحة الإنجابية، مصدر سابق، ص ١١.

(٦٩) علي لبيب، جغرافية السكان (التباين والمتحول)، ص ٩٣.

- ٢- هذا يعني أنَّ تنظيم الاسرة يكون لمصلحة الأمّ، حيث يضطر الزوجان الى استخدام تلك الوسائل، أما تكون لأسباب صحية أو اقتصادية حيث أنَّ الأمّ تقوم بالمباعدة بين المواليد وذلك من خلال استخدام وسائل منع الحمل الطبيعية او الطبية، وأنَّ استخدام وسائل منع الحمل يقلل من مخاطر الحمل بتمكينه للمرأة من تأخر الانجاب إلى أن تصبح مستعدة له (٧٠).
- ٣- تعد عملية تنظيم الأسرة هي من أهم الوسائل الفاعلة في الحد من التزايد في النمو السكاني، وهي عملية ذات مجالات متعددة وتتطلب بدورها وسائل متنوعة حتى يمكن خلق تقبل عام في المجتمع، وذلك من خلال دور المؤسسات الإعلامية، وتوسيع مؤسسات الصحة العامة والصحة الإنجابية من ضمنها، وهذا يحتاج الى دعم مالي، وقانوني من قبل الدولة (٧١).
- ٤- نشأت العديد من برامج تنظيم الاسرة في الدول النامية في الثلاثين سنة الأخيرة، وفي عقد الخمسينات والستينات، أصبحت الحكومات أكثر إدراكاً للنمو السكاني السريع (٧٢)، حيث ازداد أهتمام الحكومات ودعمها لبرنامج تنظيم الأسرة، حيث ازداد أعداد الدراسة الميدانية.

(٧٠) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

(٧١) نبيل السمالوطي، علم أجتماع التنمية، مصدر سابق، ص ٧٨.

(٧٢) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، منع الحمل غير مخطط له،

الإسكندرية، جمهورية مصر، ٧ نيسان، ابريل، ١٩٩٨، ب، ص ٢.

٥- تحديد عدد الذكور و الإناث الذين يستعملون موانع الحمل، وقدر عدد هؤلاء
بحوالي (٤٠٠) مليون من أصل (٨٥٠-٨٨٠) مليون متزوج يستعملون
موانع الحمل^(٧٣).

ويقدر العدد الإجمالي لمستخدمي وسائل منع الحمل في الدول المتقدمة بـ (٣١ مليون) مستخدم في عام ٥٦٩١
أرتفع الى (٣٨٢ مليون) في عام ٥٨٩١^(٧٤) وفي تقدير لمنظمة الصحة العالمية في اقليم الشرق المتوسط لعام ٦٩٩١
تبين بأن النسبة المئوية لاستعمال موانع الحمل بين الأمهات المتزوجات بسن (٥١-٥٤ سنة) هي (١٦٪) في لبنان، و
(٥٥٪) في ايران، و (٢٢٪) في باكستان، وفي العراق (٨١٪)، لاحظ الجدول رقم (٧).

(73) Fathal l, m. f. ,contraceptive tech nology and safety biennial report
,who 1987 p.50.

(٧٤)

جدول (٧).

التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في بعض دول شرق المتوسط لعام ١٩٩٦

الدولة	نسبة استعمال موانع الحمل %
لبنان	61
ايران	55
الأردن	51
المغرب	50
مصر	48
باكستان	22
العراق	18

المصدر : Who,1997, p8.

أما بالنسبة لاستعمال موانع الحمل في محافظة المثنى فتشير المعطيات الواردة في جدول (٨) و خريطة رقم (٤) وحسب ما أظهرته الدراسة الميدانية عام ٥١٠٢ ان نسبة كبيرة من النساء تستعمل وسائل منع الحمل من الأمهات المتزوجات، حيث بلغت أعلى نسبة لذلك الاستعمال في قضاء السماوة بنسبة (٥٥٪)، ويليه قضاء الرميثة بنسبة (٤٢٪)، أما بقية الأقضية فقد انخفضت فيها نسب الاستعمال لتسجيل (١١٪) في قضاء الخضر، وفي قضاء الوركاء (١٠٪)، وقضاء سلمان (٠٪) .

جدول رقم (٨)

التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في محافظة المنيا لعام ٥١٠٢

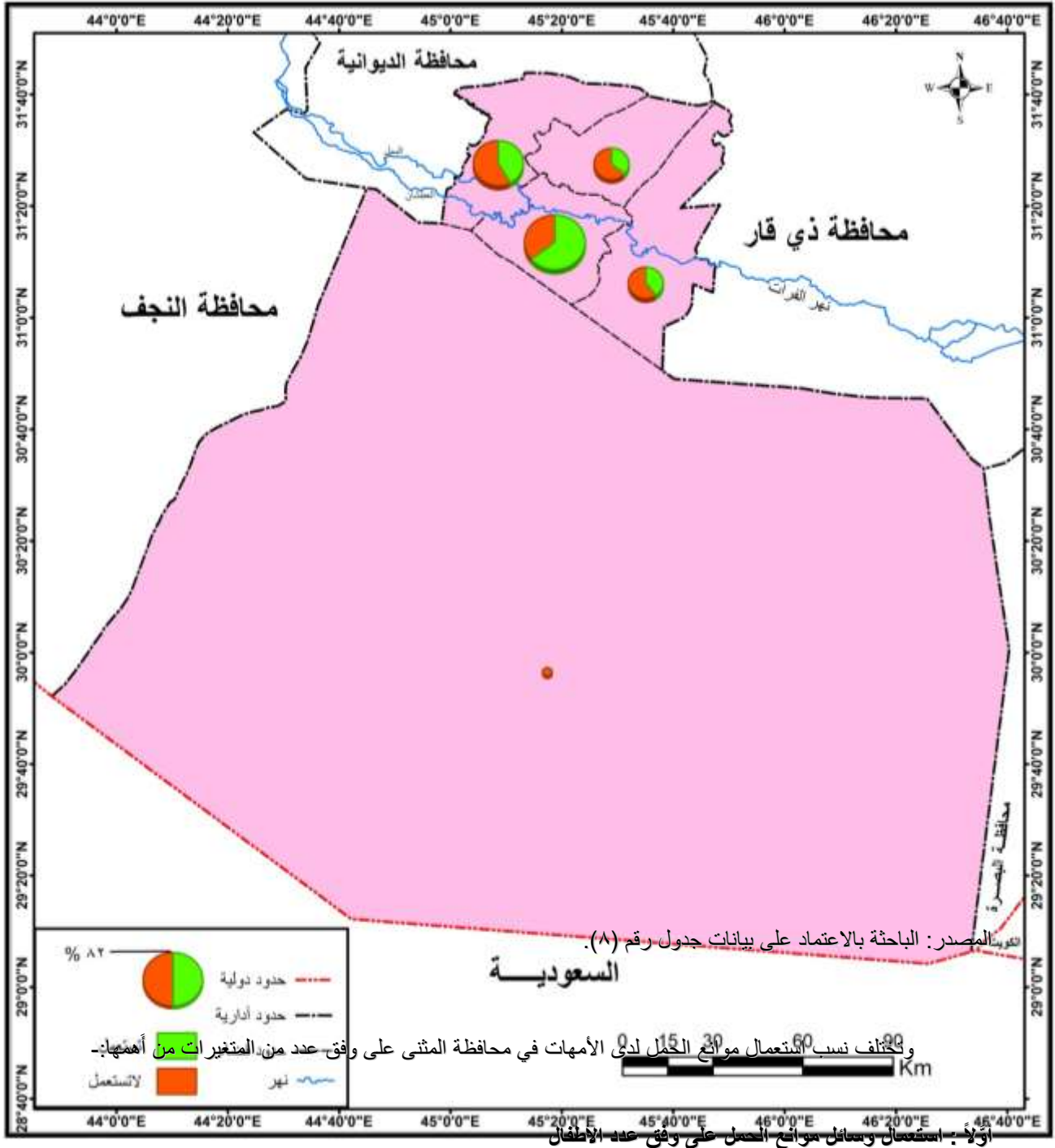
لا تستعمل		تستعمل		القضاء
النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	
30%	352	55%	989	السماوة
33%	394	24%	436	الرميثة
2%	18	0%	5	السلمان
17%	196	11%	191	الخضر
18%	205	10%	189	الوركاء
100%	1165	100%	1812	المجموع

المصدر : الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

خريطة رقم (٤)

التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل في محافظة المثنى

لعام ٥١٠٢



هذا المتغير تختلف نسبته من قضاء إلى آخر في محافظة المثنى، ومن عدد أطفال إلى آخر ولقد تم تحديد ثلاثة فئات للدراسة :-

الفئة الأولى : من لديها طفل واحد .

ص(ص)ص

الفئة الثانية : من لديها (٤-٢) أطفال .

والفئة الثالثة : (٥ أطفال فأكثر).

ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية وملاحظة جدول رقم (٩) شكل رقم (٣).

نجد أنَّ الامهات اللواتي يستخدمن موانع الحمل، تختلف نسبهن على وفق عدد الاطفال من قضاء لأخر، ففي قضاء السماوة نجد أنَّ اللواتي يستخدمن موانع الحمل لديهن طفل واحد بلغت نسبتهن (٧٪)، أما اللواتي لا يستخدمن الموانع بلغت نسبتهن (٩٪)، وهذا نتيجة لرغبة الكثير من الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد بأطفال آخرين، أما من بلغ عدد اطفالهن من (٤-٢) فبلغت نسبة مستخدمات موانع الحمل (٩٣ ٪)، أما اللواتي لا يستخدمن (١١٪)، وهذا نتيجة للحالة الاجتماعية، والمستوى العلمي الذي يلعب دوراً في تحديد النسل حيث أنَّ كثيراً من النساء من لديهن (٤-٢) اطفال يقللن الأنجاب، أما من لديهن (٥ اطفال) فأكثر نلاحظ نسبة اللواتي لم يستخدمن موانع الحمل، إذ بلغت نسبتهن (٣ ٪) و (١٠ ٪) استخدمن موانع الحمل حيث نلاحظ أنَّ من لديهن (٥ اطفال) فأكثر لم يستخدمن موانع الحمل وهن في حالة اقتصادية غير جيدة .

أما في قضاء الرميثة فبلغت نسبة لِكُلِّ النساء اللواتي لديهن (١ طفل)، (١ ٪) استخدمن وسائل منع الحمل، و (٧٪) لا يستخدمن^(٧٥).

أما من لديهن (٤-٢) اطفال فبلغت النسب (٥٣٪) يستخدمن، و (٥٪) لا يستخدمن، أما بالنسبة لمن لديهن (٥ اطفال) فأكثر فبلغت النسب (٧١٪) يستخدمن، و (٦٪) لا يستخدمن، أما في قضاء الخضر فبلغت نسبة لِكُلِّ النساء اللواتي لديهن (١ طفل) (٣ ٪) استخدمن وسائل منع الحمل و (٨٪) لا يستخدمن.

أما من لديهن (٤-٢) اطفال فبلغت النسب (٤٢٪) يستخدمن، و (٩٣٪) لا يستخدمن، أما بالنسبة لمن لديهن (٥ اطفال) فأكثر فبلغت النسب (١٢ ٪) يستخدمن، و (٤١ ٪) لا يستخدمن.

وفي قضاء السلیمان فبلغت نسبة لِكُلِّ النساء اللواتي لديهن (١ طفل) (٠ ٪) استخدمن وسائل منع الحمل، و (١٠٪) لا يستخدمن، أما من لديهن (٤-٢) اطفال فبلغت النسب (٠٪) يستخدمن و (٥٢٪) لا يستخدمن، أما بالنسبة لمن لديهن (٥ اطفال) فأكثر فبلغت النسب (٥١ ٪) يستخدمن، (٧٥ ٪) لا يستخدمن .

جدول (٩)

التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل على وفق عدد الاطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠.

القضاء	طفل (١)	(٢-٤) اطفال	٥ اطفال فأكثر
--------	---------	-------------	---------------

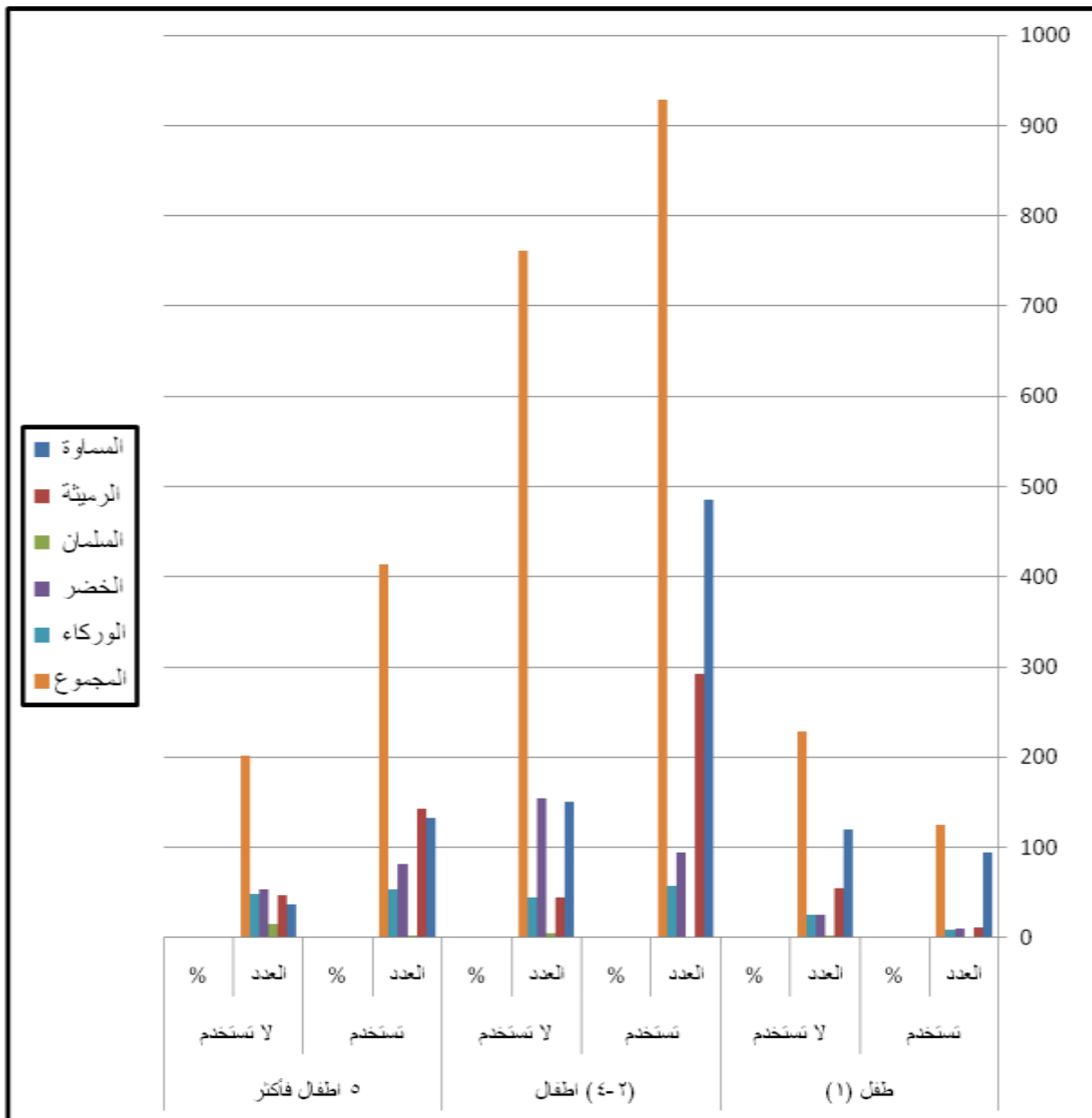
^(٧٥) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

لا تستخدم		تستخدم		لا تستخدم		تستخدم		لا تستخدم		تستخدم		
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
40	3%	160	10%	192	11%	517	39%	152	9%	120	7%	السماوة
47	6%	178	17%	80	5%	318	35%	86	7%	37	1%	الرميثة
15	75%	3	15%	5	25%	0	0%	2	10%	0	0%	السلمان
54	14%	118	21%	175	39%	94	24%	46	8%	26	3%	الخصر
49	12%	63	13%	94	11%	57	14%	35	6%	19	2%	الوركاء
205	88%	522	62%	546	83%	986	92%	321	34%	202	12%	المجموع

المصدر : الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

الشكل (٣)

التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل على وفق عدد الاطفال في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر : - بيانات جدول (٩) .

ثانياً : المستوى التعليمي للأم.

يتعارض المستوى التعليمي والزواج، لكون التعليم يخفض مستوى الانجاب والزواج المبكر، لهذا ينتشر الزواج المبكر في المجتمعات التي ينخفض بها المستوى التعليمي، وهذا يؤدي الى زيادة في الانجاب.

فالمرأة التي تتزوج في سن (٣١ سنة) أمامها فترة انجاب من (٣١ - ٨٤) سنة، أي (٥٢) سنة من الانجاب، بينما نجد أثر يؤدي التعليم الى خفض سنوات الأنجاب الى النصف وخاصة في التعليم الجامعي.

ويرى (Anton Mystrom) أنَّ علم الحياة يقرر بأنَّ المرأة ذات الصحة الجيدة يمكنها أنْ تحمل وتلد من عشرين إلى خمسة وعشرين ولداً، وهذه الخصوبة ما معدله في هذا العدد طبيعياً عند جميع الشعوب ما دام الحيض يأتيها خلال ثلاثين عاماً^(٧٦).

وكما كان العمر عند الزواج مبكراً كلما ازداد عدد الأطفال المنجبين، فالمرأة التي تتزوج عند سن اقل من العشرين تنجب ما معدله (10.2) أطفالاً خلال فترة قدرتها على الانجاب، أما المرأة التي تتزوج عند سن العشرين تنجب (7.9) أطفالاً، أما عند سن الخامسة والعشرين فتتجب المرأة (5.6) أطفالاً، التي تتزوج عند سن الثلاثين تنجب (3.5) أطفالاً، التي تتزوج عند سن (35) تنجب ما معدله (1.9) طفلاً^(٧٧).

ومعنى هذا أنَّ خصوبة المرأة وقدرتها على الانجاب تقل كلما تقدمت في السن، كما أنَّ فترة الانجاب تقتصر مع الزمن، مما يقلل عدد المولودين.

ويمكن ملاحظة تأثير التعليم في تنظيم الاسرة بطريقة مباشرة، أو غير مباشرة، فالتعليم يؤخر الزواج وهذا لأنَّ التعليم يطول الفترة التي تقضيها المتعلمة في الدراسة فتؤخر الزواج وتؤدي الى انخفاض الخصوبة، حيث النساء المتعلّمات تزوجن في سن متقدمة نسبياً مقارنة بمثيلاتهن غير المتعلّمات وهذا سوف يؤدي الى خفض انجاب المرأة الى مقدار النصف بالفترة الزمنية.

أما في منطقة الدراسة نلاحظ من خلال الجدول رقم (٠١) والشكل رقم (٤) ان عدد الأمهات غير المتعلّمات بلغت أعلى نسبة لهن في قضاء السماوة بنسبة (٤٣٪)، يليه قضاء الخضر بنسبة (٩٢٪) و (٠٢٪) في قضاء الرميثة، واخيراً قضائي الوركاء والسلمان بنسبة (٦١٪-٣٪) على التوالي.

أما اللواتي لا يستخدمن موانع الحمل فقد بلغت نسبته في قضاء الخضر (٥٣ ٪)، وفي قضاء الرميثة بلغت النسبة (٤٢٪)، وفي قضاء الوركاء بلغت النسبة (٨١٪)، و (٦١٪) في قضاء السماوة واقلها سجلت في قضاء السلمان حيث كانت نسبته (٧ ٪).

أما من كان تعليمهن متوسط فأقل قد تزيد نسبة استخدامهن لموانع الحمل وكانت أعلى نسبة سجلت في قضاء السماوة بلغت (٢٤٪)، مقابل (٣٢٪) لا يستخدمن، وفي قضاء الرميثة (٤٢٪) يستخدمن، مقابل (١٢٪) لا يستخدمن، أما في قضاء الخضر (٨١ ٪) يستخدمن وسائل منع الحمل، مقابل (٨٢٪) لا يستخدمن، وفي قضاء الوركاء (٧١٪) يستخدمن بالمقابل (٦٢٪) لا يستخدمن، وجاء في المرتبة الأخيرة قضاء السلمان (٠٪) يستخدمن، مقابل (١٪) لا يستخدمن.

أما بالنسبة للواتي مستواهن التعليمي أعلى من (إعدادية- بكالوريوس- ماجستير - دكتوراه) إذ تميل النساء ضمن هذه الفئة إلى تقليل الانجاب، واستعمال انواع مختلفة من وسائل منع الحمل، حيث كانت أعلى نسبة في قضاء السماوة حيث بلغت النسبة (٢٦٪)، مقابل (٩٥٪) لا يستخدمن موانع الحمل، وقضاء الرميثة ثانياً بنسبة (١٢٪) مقابل (٥٢٪) لا يستخدمن، أما قضاء الخضر (٩٪) يستخدمن، مقابل (٠١ ٪) لا يستخدمن وقضاء الوركاء قد سجل (٨٪) يستخدمن مقابل (٢١٪) لا يستخدمن، وأخيراً قضاء السلمان بنسبة (٠٪) يستخدمن مقابل (١٪) لا يستخدمن.

جدول رقم (٠١)

التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل على وفق المستوى التعليمي للنساء في محافظة المثنى لعام ٢٠١٢

^(٧٦) عمر رضا كماله، النسل والعناية به، ج ١، سلسلة البحوث الاجتماعية رقم ١١ ط ٢،

مؤسسة الرسالة، بيروت . ١٩٧٩ ، 70-71 .

^(٧٧) حافظ شقير : التحول الديموغرافي واثره في الدول الفرنسية ٢٠٠٢/٣/٢٢ .

www.aff/hi/paper-10htm101.

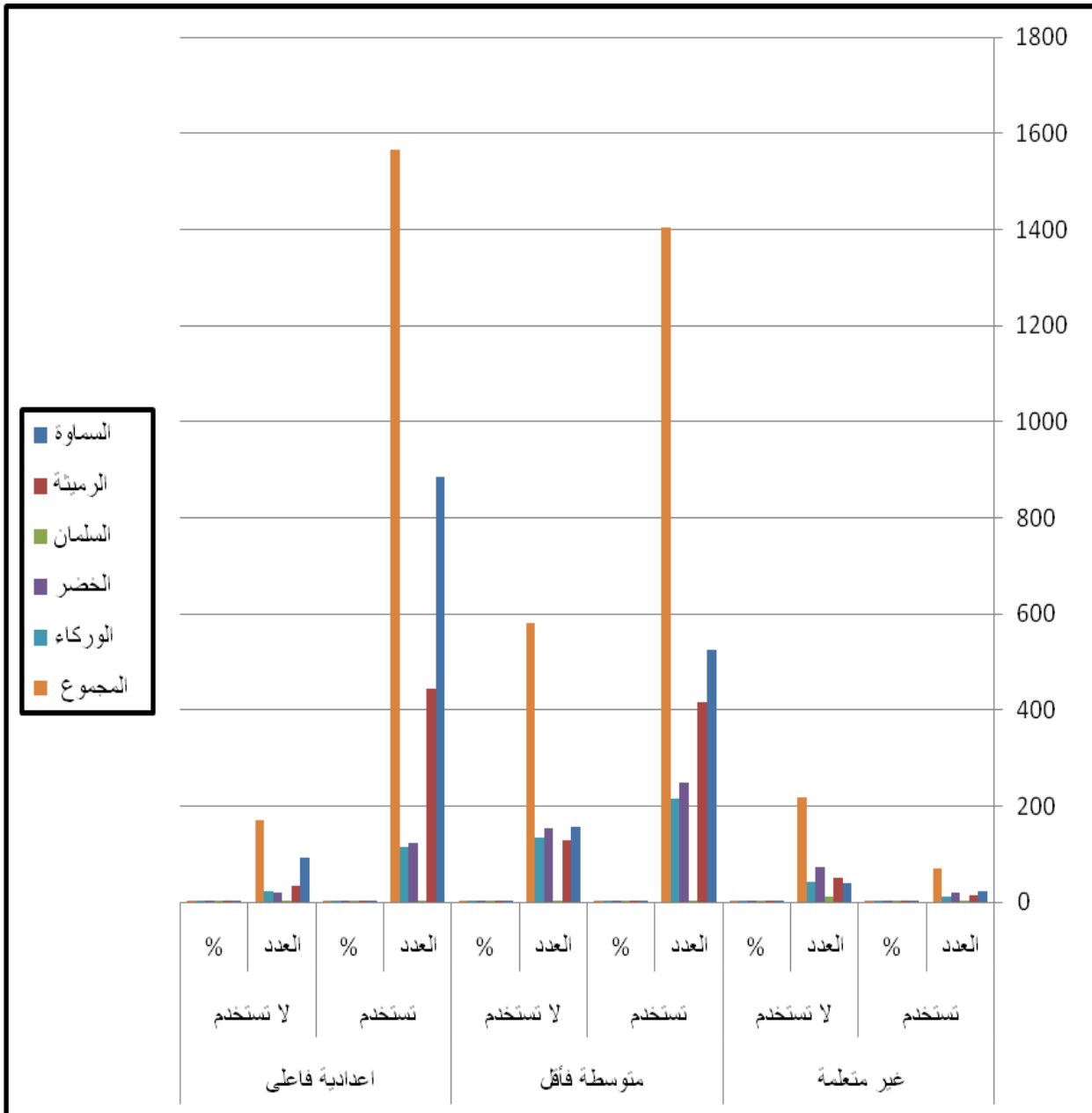
ت(ت)ت

اعدادية فاعلى				متوسطة فاقل				غير متعلمة				القضاء
لا تستخدم		تستخدم		لا تستخدم		تستخدم		لا تستخدم		تستخدم		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
59%	73	62%	680	23%	127	42%	412	16%	29	34%	20	السماوة
20%	25	21%	229	21%	116	24%	235	24%	42	20%	12	الرميثة
1%	1	0%	1	1%	4	0%	1	7%	12	3%	2	السلمان
10%	13	9%	93	28%	152	18%	173	35%	62	29%	17	الخضر
12%	11	8%	88	26%	143	17%	165	18%	32	16%	7	الوركاء
100%	123	100%	1091	100%	542	100%	986	100%	177	100%	58	المجموع

المصدر : الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

الشكل (٤)

التوزيع النسبي لاستعمال موانع الحمل على وفق المستوى التعليمي للنساء في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر :- بيانات جدول (٠١) .

نلاحظ أنَّ المتعلّقات أكثر استخداماً لوسائل منع الحمل من اللواتي تعليمهن أقل، وتختلف النساء في استعمالهن لوسائل منع الحمل التقليدية والحديثة.

أما بالنسبة للوسائل التقليدية فهي تكون متوارثة منذ القدم ومنها:-

١- الإرضاع

- ٢- الاجهاض
- ٣- فترة الامان
- ٤- التعقيم الرجال (٧٨).
- اما الحديثه فهي :-
- ١- حبوب منع الحمل
- ٢- العزل
- ٣- الكبولات الرجالية (ملاس)
- ٤- اللولب النسائي لمنع الحمل
- ٥- حقن منع الحمل
- ٦- الأغطية و الاقمعة النسائية لمنع الحمل (٧٩).
- ٧- ربط قنوات فالوب.

جدول (١١)

(78) <http://hfa.mawared.org/?9=hode/4167>.

(79) <http://www.tebtime.com>.

التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل التقليدية والحديثة في محافظة المثنى

لعام ٢٠١٥

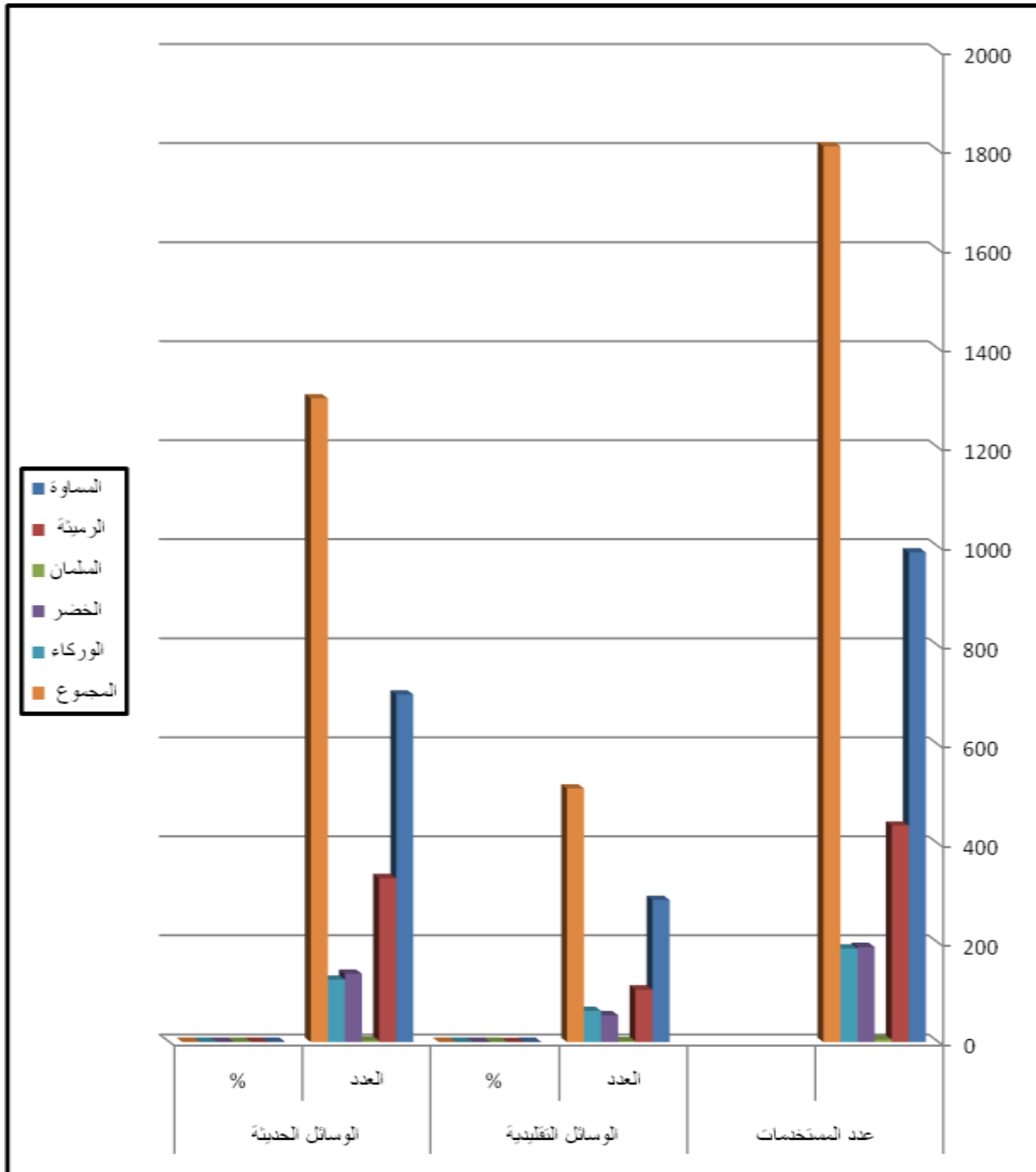
الوسائل الحديثة		الوسائل التقليدية		عدد المستخدمات	القضاء
النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد		
71%	702	29%	287	989	السماوة
76%	331	24%	106	437	الرميثة
60%	3	40%	2	5	السلمان
72%	138	28%	54	192	الخصر
67%	126	33%	63	189	الوركاء
69%	1300	31%	512	1812	المجموع

المصدر : الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

الشكل (٥)

ض(ض)ض

التوزيع النسبي لاستعمال وسائل منع الحمل التقليدية والحديثة في محافظة المثنى
لعام ٢٠١٥.



المصدر :- بيانات جدول (١١).

ومن ملاحظة جدول (١٢) والخريطة (٥) نجد اغلب الأنواع الحديثة المستخدمة هي الحبوب، واللؤلؤ، والحقن، بكميات أكثر من الأنواع الحديثة الأخرى، وكان مجموع عدد المستخدمات لها في منطقة الدراسة هو (٨٣٧) وكان أعلى عدد سجل لمستخدمات وسائل منع الحمل في قضاء السماوة حوالي (٤٤٦)، وأقل عدد سجل في قضاء السلطان حيث بلغت حوالي (٣).

وكانت أعلى نسبة سجلت لمستخدمات الحبوب في قضاء الوركاء بنسبة (٦٧٪) وأقلها سجلت في قضاء السلطان بنسبة (٠٪).

أما بالنسبة للنوع الثاني من وسائل منع الحمل المستخدمة هو اللؤلؤ وكان عدد المستخدمات له في منطقة الدراسة حوالي (٣١٨) امرأة، وأعلى نسبة سجلت في قضاء السماوة حيث كانت نسبتها (٥٠٪) بينما قضاء السلطان لم تسجل فيه أي نسبة (٠٪).

ثم يأتي الحقن بالمرتبة الثالثة وكان عدد مستخدماته في محافظة المثنى حوالي (١٤٥)، حيث سجلت أعلى نسبة في قضاء السماوة بنسبة (١٣٪)، وأقل نسبة في قضاء السلطان بنسبة (٠٪).

أما وسائل منع الحمل التقليدية فثبت في جدول رقم (١٣) وخريطة (٦) توضح أن هناك ثلاثة وسائل سيطرت على الجدول هي: الرضاعة الطبيعية، والعزل وفترة الامان التي سجلت نسب متفاوتة بين اقضية محافظة المثنى حيث سجلت أكبر عدد طريقة الرضاعة الطبيعية وبلغت مستخدماتها (٣٢٣)، وأعلى نسبة سجلت في قضاء الرميثة بنسبة (٧٩٪) وأقل نسبة في قضاء السلطان بنسبة (١٪).

أما الطريقة الثانية وهي العزل وبلغت عدد مستخدماتها (١٤٣)، وأعلى نسبة سجلت في قضاء الوركاء بنسبة (٤٨٪)، وأقلها في قضاء السلطان بنسبة (٠٪).

أما الطريقة الثالثة التي تلتها هي فترة الامان بعدد (٤٦) مستخدمة، وبلغت أعلى نسبة في قضاء الوركاء بنسبة (١٣٪)، واقلها في قضاء السلطان بنسبة (٠٪) (٨٠).

جدول (١٢)

التوزيع النسبي لأنواع وسائل الحمل الحديثة المستعملة في محافظة المثنى

لعام ٢٠١٥.

الحقن		اللولب		الحبوب		القضاء
النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	
13%	92	50%	164	64%	446	الساواة
9%	30	24%	80	66%	221	الرميثة
.....	.....	.....	.....	0%	3	السلطان
12%	17	28%	39	59%	82	الخصر
5%	6	28%	35	67%	85	الوركاء
10%	145	33%	318	51%	837	المجموع

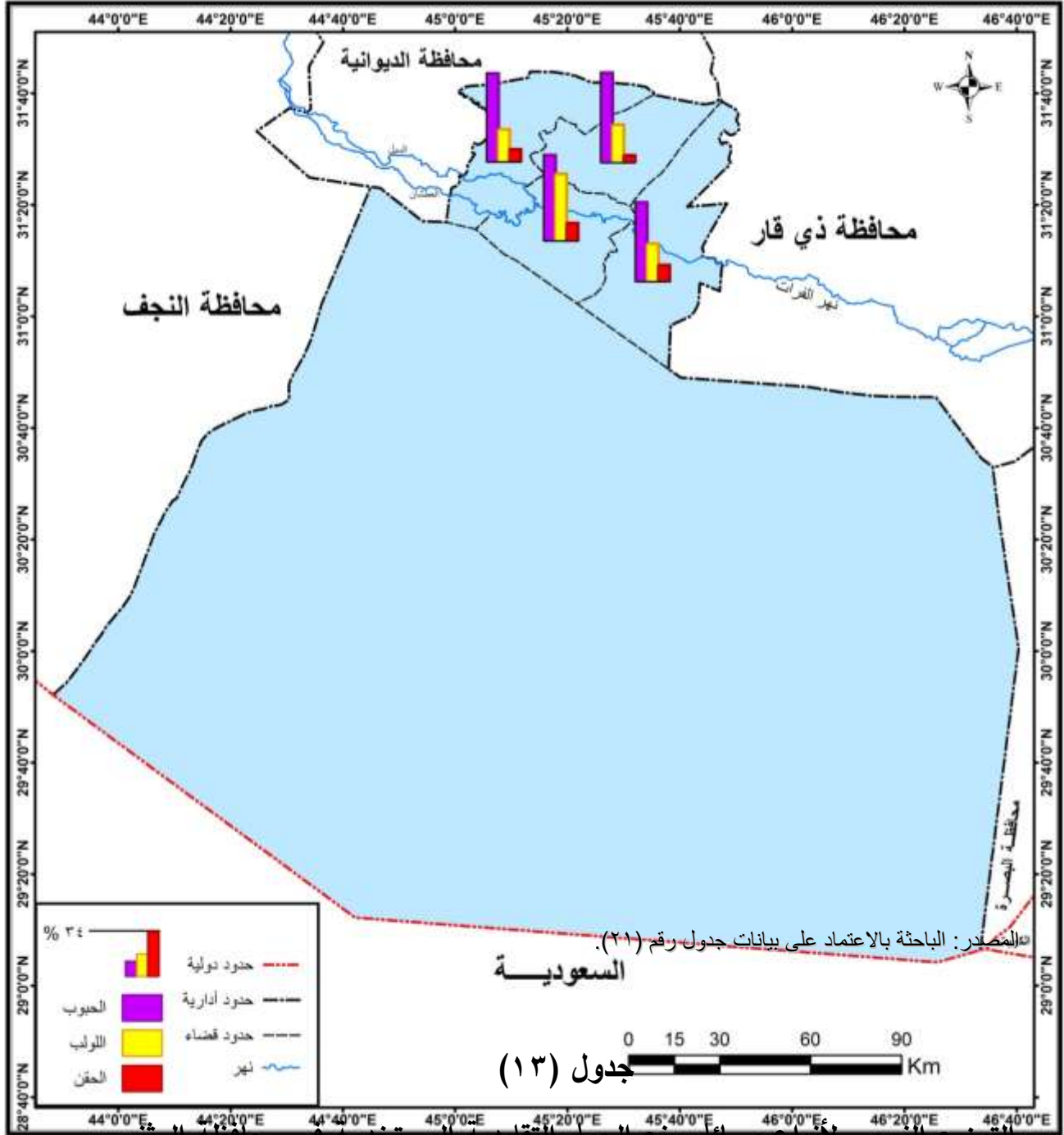
المصدر : الدراسة الميدانية ٢٠١٥.

(٨٠) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

خريطة رقم (٥)

التوزيع النسبي لأنواع وسائل الحمل الحديثة المستعملة في محافظة المثنى

لعام ٥١٠٢.



التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل التقليدية المستخدمة في محافظة المثنى

لعام ٢٠١٥

ب(ب)ب

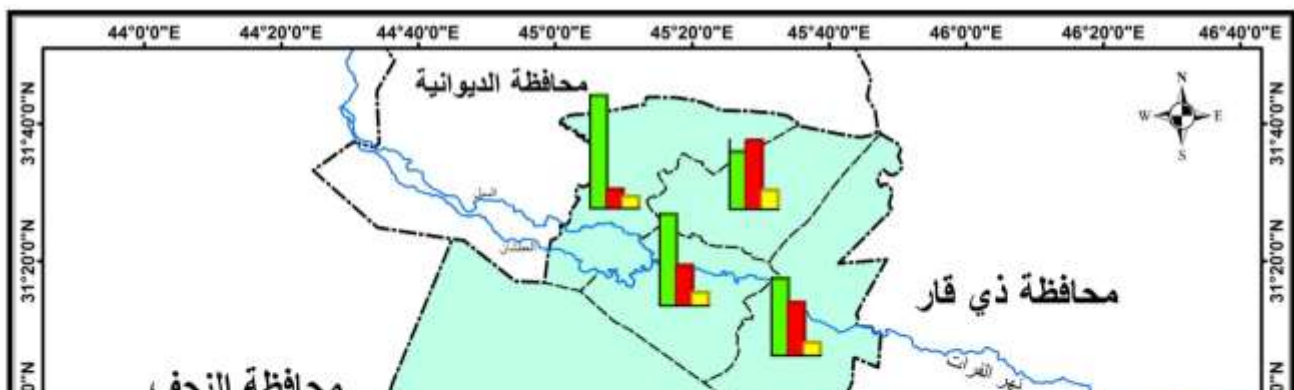
القضاء	الرضاعة الطبيعية		العزل		فترة الامان	
	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %
السماوة	183	64	79	28	25	9
الرميثة	84	79	14	13	8	8
السلمان	2	1	.....	.....	.....	.....
الخضر	29	54	20	37	5	9
الوركاء	25	40	30	48	8	13
المجموع	323	47.6	143	31.5	46	9.75

المصدر : الدراسة الميدانية ٢٠١٥.

خريطة رقم (٦)

التوزيع النسبي لأنواع وسائل منع الحمل التقليدية المستخدمة في محافظة المثنى

لعام ٢٠١٥



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (١٣).

وهناك اسباب كثيرة قد تحول دون أن تستعمل الامهات وسائل منع الحمل، منها أن يكون الحصول على معلومات تنظيم الاسرة، والوصول الى خدمات تنظيم الاسرة أمر غير ميسور لهن، أو بسبب المعتقدات الشخصية والدينية والمعرفة القاصرة عن احتمالات حدوث الحمل اذا لم تتخذ الأساليب الوقائية لذلك، ومنها عدم قدرة المرأة على التعريف بمفردها في ما يتعلق باستعمال وسائل منع الحمل، إذ نجد في بلدان كثيرة أن حرية المرأة في التحكم بخصوبتها محدودة جداً، فالمرأة قد لا تستطيع استعمال موانع الحمل حتى في حال توفرها وذلك لأسباب مادية أو اجتماعية تتعلق بمعارضة أحد افراد الاسرة لتلك الاستعمالات، أو لقلقها بسبب ما تتصور عما ينجم من آثار سلبية قد تضر بصحتها أو بخصوبتها في المستقبل في حال استعمالها لتلك الوسائل، فضلاً عن ذلك فإنه لا توجد طريقة فعالة لمنع الحمل مئة بالمئة بل إن

هناك عدد يقدر بين (٠٣-٨) مليون حمل تقع كل عام نتيجة لفشل وسيلة منع الحمل، أو بسبب عدم استعمالها باستمرار أو لاستعمالها استعمالاً خاطئاً، أو لفشل يتعلق بالوسيلة ذاتها^(٨١).

ومن ملاحظة جدول رقم (٤١) والشكل رقم (٦) أنّ هناك أسباب عدة تقف حائلاً أمام استعمال موانع الحمل، ومنها: الرغبة بأنجاب المزيد من الاطفال، ويحتل المرتبة الأولى بين أسباب عدم استعمال موانع الحمل، وهذا كان مختلفاً ما بين المرأة المتعلمة وغير المتعلمة لديها كثير أو قليل من الاطفال، ولكن الدّين والمعتقدات لهما دور، وكذلك العادات الاجتماعية، ومن خلال الدراسة الميدانية لمنطقة الدراسة كان عدد النساء اللواتي لا يستخدمن موانع الحمل بسبب الرغبة بأنجاب المزيد من الأطفال بلغ (٢١٦) امرأة في محافظة المثنى وأعلى عدد سجل في قضاء الرميثة وبلغ (٦٦١)، وأقلها في قضاء السلطان وبلغ (٠١)، أما في أقضية الوركاء والسماعة والخضر سجلت أعدادهن (٥١٤-٧٤١-٥٣١) على التوالي.

أما السبب الثاني في عدم استعمال موانع الحمل، هو الخوف من الآثار الجانبية فيبلغ عدد اللواتي لا يستخدمن موانع الحمل بسبب الخوف من الآثار الجانبية (٢٩٢) حالة، وكانت أعلى عدد سجل في قضاء السماعة (٥٥١) وأقلها في قضاء السلطان (١).

والسبب الثالث الذي كان له تأثير في عدم استعمال موانع الحمل، هو رفض الزوج الذي بلغ (٧١١) حالة، وكان أكبر عدد سجل في قضاء الرميثة (٧٤)، وأقلها قد سجل في قضاء السلطان (١).

أما السبب الذي يأتي في المرتبة الرابعة هو مطلقة أو ارملة، الذي بلغ (٥٦) حالة، وأعلى عدد سجل في قضاء الرميثة (٠٣) امرأة، وأقلها في قضاء السلطان (٢).

أما السبب الخامس هو الأسباب الدّينية التي لها دور كبير في الحد من استعمال وسائل منع الحمل، خاصة الحديثة التي لها تأثير كبير في حياة الانسان وبرز اثره في علاقتهم الاجتماعية، وتعاليمهم، وعاداتهم التي انتقلت من جيل لآخر، وأعلى عدد سجل في قضاء الرميثة (٥٢) حالة وأقلها في قضاء السلطان الذي لم يسجل أي حالة.

ويأتي بالمرتبة السادسة، إنّها لا تجدي نفعاً الذي بلغ (٩) حالة في منطقة الدراسة وسجل أعلى عدد في قضاء السماعة (٥) حالة، وأقلها في قضاء السلطان الذي لم تسجل أي حالة.

أما السبب الذي جاء في المرتبة السابعة، عدم توفرها أي عدم توفر وسائل منع الحمل، التي لم تسجل فيه أي حالة.

جدول رقم (١٤)

التوزيع النسبي لأسباب عدم استعمال موانع الحمل في محافظة المثنى

لعام ٥١٠٢.

القضاء	الرغبة بالمزيد من	الخوف الاثار من	رفض	غلاء	لأسباب	مطلقة أو	إنّها لا	عدم	المجموع
--------	----------------------	--------------------	-----	------	--------	----------	----------	-----	---------

(81) S . J . Segal and K. d . k .d. LaGuardia termination of pregnancy- a glabal view, ballier, schinical population and gyna ecology. 1990, p.247.

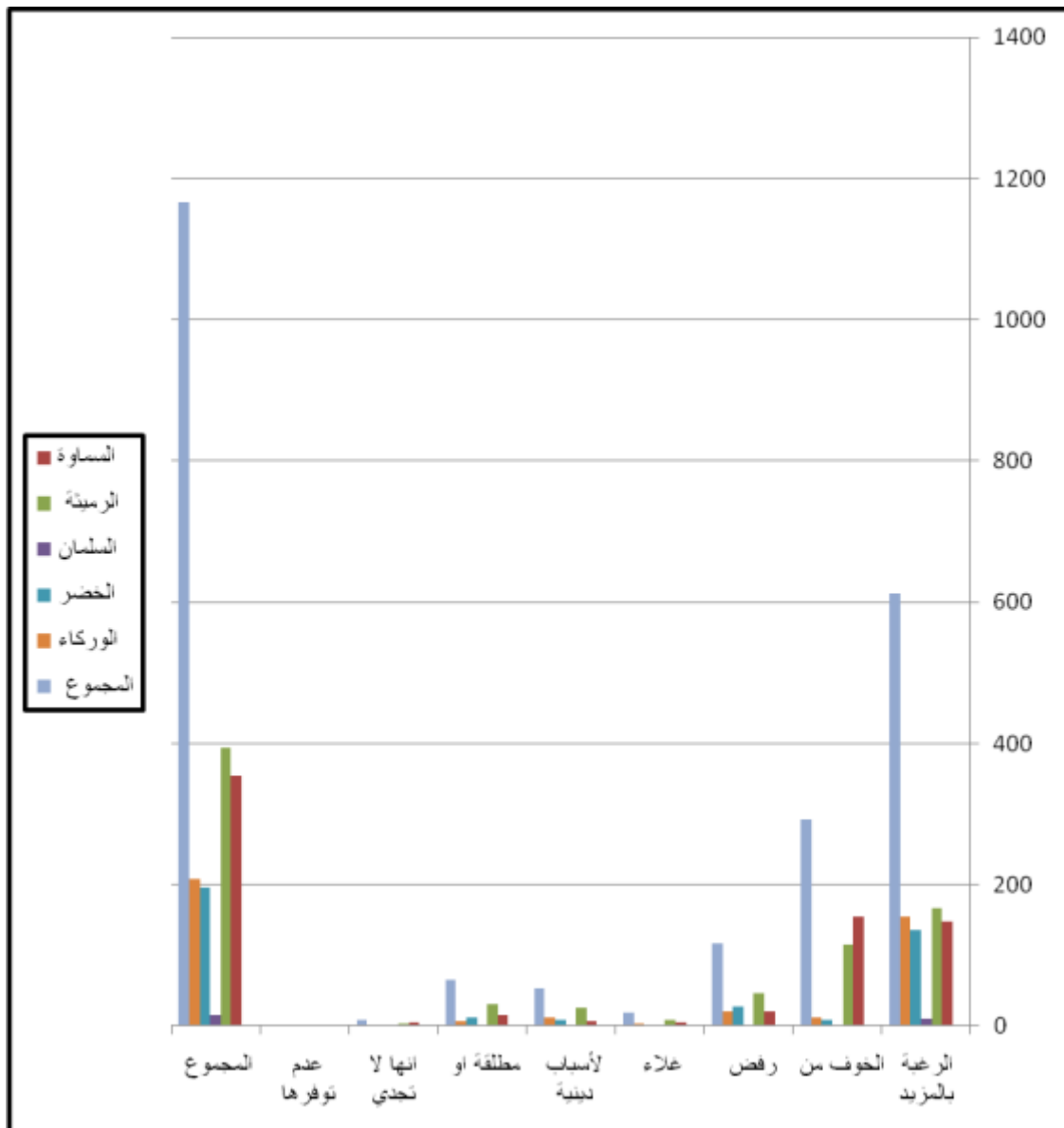
	الاطفال	الجانبية	الزوج	الاسعار	دينية	أرملة	تجدي	توفرها	
السماوة	147	155	20	5	7	15	5	.....	354
الرميثة	166	115	47	8	25	30	3		394
السلطان	10	1	1	1	.....	2	.....	.....	15
الخضر	135	9	28	2	9	12	1	.....	196
الوركاء	154	12	21	3	12	6	....	....	208
المجموع	612	292	117	19	53	65	9	0	1167

المصدر : الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

الشكل رقم (٦)

التوزيع النسبي لأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل في محافظة المثنى

لعام ٥١٠٢



المصدر : بيانات جدول (٤١) .

- المبحث الثاني -

نسبة وفيات الامهات والاطفال ما حول الولادة

أولاً : نسبة وفيات الامهات خلال فترة الحمل والولادة والنفاس

تعتبر وفيات الامهات من أهم المشكلات الصحية والاجتماعية في دول العالم النامي، وتشير المعطيات الحالية إلى أنه يمكن انقاذ حياة ثلاثة ارباع الامهات، إذا توفرت الخدمات التوليدية الجيدة بالقرب من الامهات، وتعد جودة الخدمات التوليدية من العوامل الرئيسية لمنع وفيات الامهات، وبالنسبة فإن ضعف الخدمات النوعية يقلل من إقبال الأسر

و الأمهات على هذه الخدمات، بينما لا تتوفر هذه الخدمات في معظم الدول النامية كونها بعيدة، أو غير ذات فاعلية عندما تكون موجودة.

ويقصد بوفيات الامهات بانها العدد السنوي لوفيات الامهات مقابل مئة الف ولادة حية، وقد عرف التصنيف الدولي العاشر للأمراض وفيات الامهات على انها(وفاة المرأة اثناء الحمل والولادة خلال (٢٤) يوماً من نهايته، بغض النظر عن مدة ومكان الحمل على أن تكون الوفاة يتجه لسبب يرجع إلى الحمل يزداد سوء بحدوث الحمل بطرق معالجته وليس لأسباب عريضه او طارئة.

وهناك مجموعة أسباب لوفيات الأمهات، وهي على النحو الآتي:-

١- الأسباب المباشرة (الصحية) :

هنالك (٠٨٪) من وفيات الامهات على الصعيد العالمي، نتيجة الاسباب المباشرة التي تنشأ اثناء الحمل، أو الولادة او النفاس^(٨٢)، ومن اكثرها شيوعاً:

أ - النزيف :-

هو فقدان أكثر من ٥٠٠ مل من الدم بعد الولادة الطبيعية، أو أكثر من ١٠٠٠ مل بعد الولادة القيصرية، ويعرف مركز الرقابة السري الاسكتلندي للأمراض الامهات النزف الشديد الحاد: هو فقدان ما يزيد عن ٥٢٠ مل من الدم بعد الولادة . او ما يحتاج إلى نقل خمس وحدات أو أكثر من الدم ما يحتاج إلى علاج اعتلال التخثر. ويصنف النزف بعد الولادة الى نوعين (أولي) : وهو ما يحدث خلال ٤٢ ساعة من الولادة: و (الثانوي) وهو ما يحدث بعد ٤٢ ساعة من الولادة الى ما بين ٢١ اسبوع.

إذ تكون نسبتها حوالي (٥٢٪) من مجموع وفيات الامهات، ويكون أكثر خطورة عندما تعاني الأم من فقر الدم، ويمكن أن يؤدي فقر الدم سريعاً إلى الموت في حال عدم وجود الخدمات السريعة المناسبة لإنقاذ الحياة^(٨٣).

ب - الانتان :

وهو الاضطرابات (الالتهابات) التي تؤدي الى فرط ضغط الدم اثناء فترة الحمل، وهذه تكون نتيجة لسوء النظافة، أو نتيجة للأمراض المنقولة جنسياً التي لو يتم علاجها، وهي تكون مسؤولة عن حوالي (٥١٪) من وفيات الامهات تقريباً، ويمكن انقاذ تلك الإصابة بفاعلية عن طريق العناية بنظافة الولادة، وتشخيص وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً أثناء الحمل، فضلاً عن الرعاية المنتظمة في فترة النفاس وسرعة تشخيص أي إصابة وعلاجها بالمضادات الحيوية المناسبة.

ج- مضاعفات الإجهاض غير المأمونة :

وهي المسؤولة عن (٣١٪) من وفيات الأمهات، وفي بعض انحاء العالم يرتبط نحو ثلث وفيات الامهات او اكثر بالإجهاض غير المأمون، ويمكن انقاذ هذه الوفيات إذا ما تورث للنساء معلومات وخدمات تنظيم الأسرة، والعناية

(82) <http://who.int>.

(83) <http://fashion.azyga.com>

بالمضاعفات المتصلة بالإجهاض، فضلاً عن توفير رعاية تكفل سلامة الاجهاض لاسيما في البلدان التي لا يحظر فيها الاجهاض بالقانون.

د- الولادة المتعسرة او المطولة :

تسبب هذه الولادة المتعسرة نحو (٨٪) من وفيات الامهات وهي تحدث غالباً نتيجة عدم تناسب الرأس مع الحوض، نتيجة للوضع غير الطبيعي للجنس الذي لا يسمح بمرور خلال قناة الولادة، ويصبح عدم التناسب أكثر شيوعاً عندما يكون سوء التغذية متوطناً، لاسيما وخاصة بين الشعوب التي تتصف بعادات وتقاليد خاصة بسن مبكر، ويترتب عليه اثبات خصوبتهن قبل أن يصبحن كاملات النمو.

هـ - الاضطرابات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم الحولي :

وقد يتسبب الارتفاع (التشنجات النفاسية) في نحو (٢١٪) من وفيات الأمهات، ويمكن انقاذ الوفيات نتيجة الاضطرابات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم، بالمراقبة الدقيقة اثناء الحمل، واخذ العلاج اللازم.

كما أنَّ هنالك نحو (٢٠٪) من وفيات الامهات، نتيجة لظروف سابقة للحمل، وازدادت سوء نتيجة الحمل وطرائق العلاج، أهمها فقر الدم ومن الاسباب الهامة التي تسبب الوفاة بطرائق غير مباشرة هي الملاريا، الالتهاب الكبدي، وامراض القلب، والايذ وتعد هذه الحالات من الدواعي النسبية والمطلقة لعدم الحمل، لذا تحتاج الامهات التعرف على هذه المشاكل للتمكن من الغاء الحمل اثناء العلاج هذه الامراض.

٢- الأسباب غير المباشرة :

تعمل الأسباب غير المباشرة المؤثرة على الأسباب المباشرة في عده مستويات، إذ يعد المستوى الاجتماعي المنخفض للنساء لاسيما في الدول النامية من امكانية حصول على المواد الاقتصادية، والتعليم الاساسي، وينتج عن ذلك عدم قدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن، وتغذيتهن وتحرم بعض الامهات من إمكانية الحصول على الرعاية عند الحاجة إليها، وذلك بسبب التقاليد السائدة نتيجة العزلة أو ان اتخاذ القرار مسؤولية افراد الاسرة الآخرين ومن الأسباب الهامة في زيادة عدد وفيات الامهات، عدم امكانية الحصول على خدمات التوليد الاساسية، أو عدم استعمال هذه الخدمات ويؤدي عدم القدرة على اتخاذ القرار، وعدم وجود فرص بديلة إلى تكرار الحمل لدى كثير من الامهات. كما يساهم العمل البيتي المرهق سوء التغذية في تدني صحة الام^(٨٤).

مقاييس وفيات الامهات :

توجد ثلاث مقاييس رئيسية لوفيات الامهات:-

(84) <http://www.who.int>

١ - معدل وفيات الامهات :

يقاس بعدد وفيات الامهات في فترة زمنية محددة لكل (٠٠٠,٠٠١) امرأة، في عمر الانجاب (٥١-٥٤) سنة، وهو يقيس خطورة التوليد وتكرار الامهات الخطورة معاً.

٢ - نسبة وفيات الامهات :

تقاس بعدد وفيات الامهات خلال سنة معينة لكل (٠٠٠,٠٠١) مولود حي خلال المدة نفسها وهو يقيس الخطورة المصاحبة لكل حمل.

٣ - الخطورة المحسوبة لكامل العمر في وفيات الامهات :

وهي تأخذ في الاعتبار احتمال حدوث الوفاة نتيجة الحمل المتراكم على مدة السنوات الإنجابية للمرأة^(٨٥).

نسبة وفيات الامهات في محافظة المثنى :

بلغ عدد وفيات الأمهات في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢ حوالي (٦١) حالة وفاة، مقابل (٩٣٥١١) ولادة حية^(٨٦).

اما على مستوى أفضية محافظة المثنى، ومن خلال جدول رقم (٥١) وخريطة رقم (٧) فنلاحظ أنَّ أعلى نسبة لوفيات الأمهات قد سجلت في قضاء السماوة وب (٢١) حالة وفاة لكل (٠٠٠,٠٠١) ولادة حية، ويليه كل من قضائي الرميثة و الخضر ب (٢) نسبة حالة وفاة لكل (٠٠٠,٠٠١) ولادة حية بينما لم تسجل اي حالة وفاة من وفيات الأمهات في قضائي السلمان والوركاء لعام ٥١٠٢، أما في قضاء السماوة فقد سجل نسبة وفاة (٣) حالة وفاة لكل (٠٠١,٠٠٠) ولادة حية، وقضاء الرميثة النسبة ذاتها (٣) المرتبة الأخيرة، قضاء السلمان (١) حالة وفاة لكل (٠٠١,٠٠٠) ولادة حية.

جدول رقم (٥١)

التوزيع النسبي لوفيات الامهات في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

وفيات الامهات		الولادات الحية	القضاء
النسبة لكل (٠٠٠,٠٠١)	العدد		

(85) United nations genetl assembly resolution convention, convention on the elimination of all forms discrimination against women new yourk united nation ,1979 , p.4.

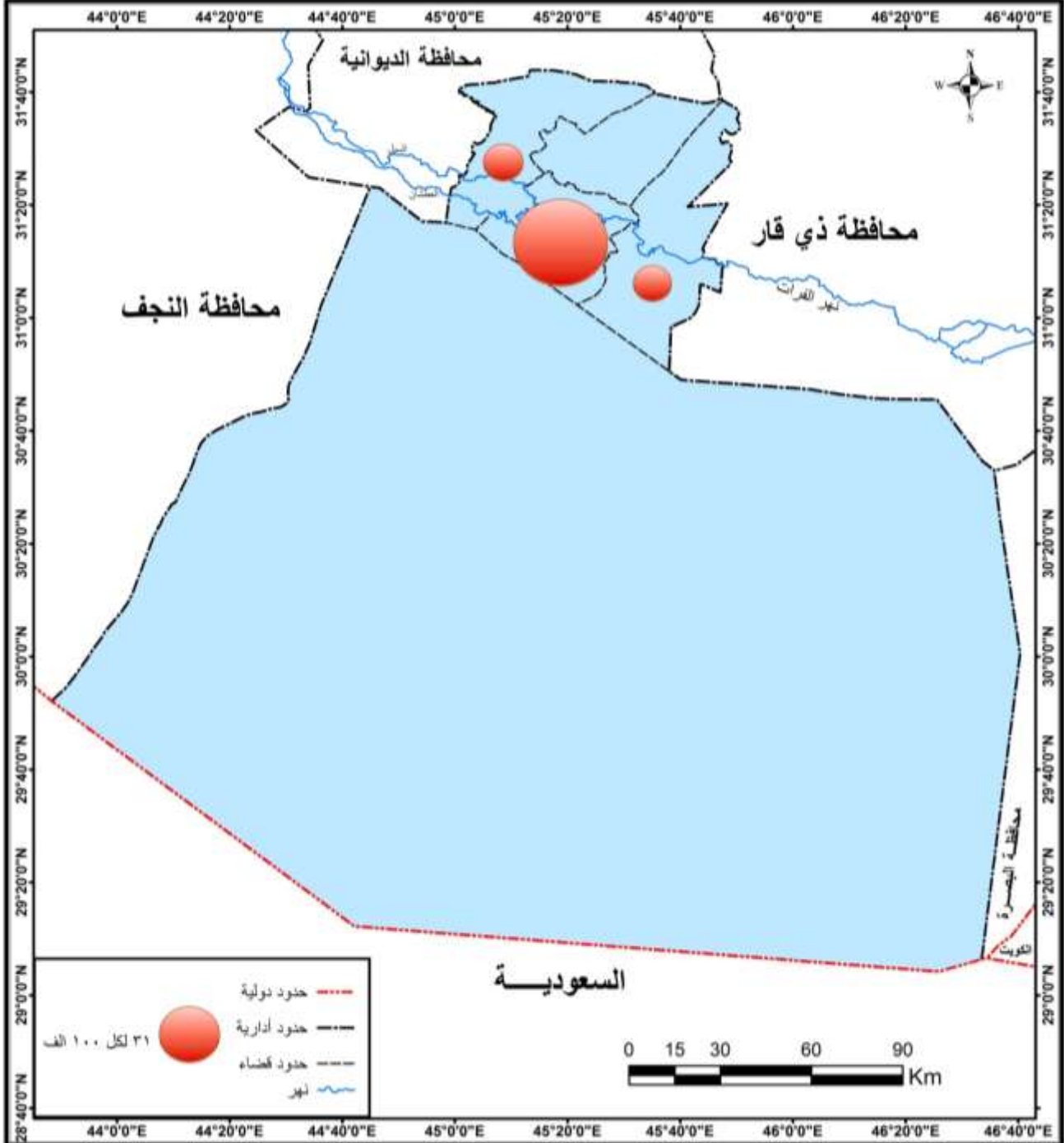
(٨٦) دائرة صحة المثنى/شعبة الإحصاء الصحي/بيانات غير منشورة ٢٠١٥.

75%	12	1427	السماوة
13	2	5785	الرميثة
...	...	250	السلمان
13	2	3052	الخصر
...	...	1025	الوركاء
33.6	16	11539	المجموع

المصدر : الدراسة الميدانية، ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٧)

التوزيع النسبي لوفيات الامهات في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠



المصدر : الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٥١).

ونلاحظ أنَّ هنالك تباين في وفيات الأمهات، وهذا يرجع الى التباين في المستويات الاقتصادي، والاجتماعي، والصحية التي تعيشها الأم، ومدى استفادتها في الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الصحية، فضلاً عن تأثير العوامل الذاتية الأخرى مثل عمر الأم عند الحمل الأول، وعدد الأطفال الذي انجبته وغيرها من العوامل التي ان يمكن تسهم في التأثير السلبي على صحتها الإنجابية، التي تؤدي الى وفاتها وإن اسباب وفيات الأمهات بسبب الولادة لا تذكر بدقة، بسبب كثرة الوفيات التي تحدث في الولادة على ايدي قابلات غير مدربات، وغالباً ما تكون هذه القابلة هي من الاقارب والجيران من الحي نفسه.

ثانياً : نسبة وفيات الأطفال ما حول الولادة

ويقصد به نزول الجنين ميتاً بعد أن يبلغ (٨٢) اسبوعاً، أو وفاة الوليد في الاسبوع الأول بعد الولادة^(٨٧).

وهناك أسباب كثيرة لوفيات الأطفال ما حول الولادة وعادة ما تكون أسباب تلك الوفيات هي الأسباب نفسها لوفيات الأمهات، ومنها ضعف صحة الامومة، وقلة الثقافة، وسوء تدبير الولادة، ونقص الرعاية الصحية، فضلاً عن قلة وانعدام الرعاية للطفل الوليد.

وكثيراً ما يؤدي ضعف عناية الأم بطفلها إلى وفاة الأطفال، وكذلك ضعف صحة الأم يقلل كثيراً من احتمالات بقاء الطفل الوليد على قيد الحياة.

١ - الولادات الميتة :

بلغ عدد الولادات الميتة في محافظة المثنى عام (٥١٠٢) حوالي (٩٦) ولادة ميتة، ونلاحظ من خلال جدول رقم (٦١) وخريطة رقم (٨) أنَّ أعلى معدل للولادات الميتة سجلت في قضاء السلطان بنسبة (٦٣) ولادة ميتة لكل (١٠٠١) ولادة حية، ويليه قضاء السماوة بنسبة (٥١) ولادة ميتة لكل (١٠٠١) ولادة حية، وفي المرتبة الثالثة يأتي قضاء الوركاء بنسبة (٢١) ولادة ميتة لكل (١٠٠١) ولادة حية، وفي المرتبة الرابعة يأتي قضاء الخضر بنسبة (٥) ولادة ميتة لكل (١٠٠١) ولادة حية واقلها ظهرت في قضاء الرميثة بنسبة (٢) ولادة ميتة لكل (١٠٠١) ولادة حية.

ونلاحظ أنَّ هناك تبايناً في معدل الوفيات من قضاء لآخر وهذا سبب المتغيرات المؤثرة بالصحة الإنجابية للأم وولادة طفل ميت وفقاً للظروف التي يعيشها^(٨٨).

جدول رقم (٦١)

التوزيع النسبي للولادات الميتة في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

القضاء	الولادات الحية	الولادات الميتة
--------	----------------	-----------------

^(٨٧) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

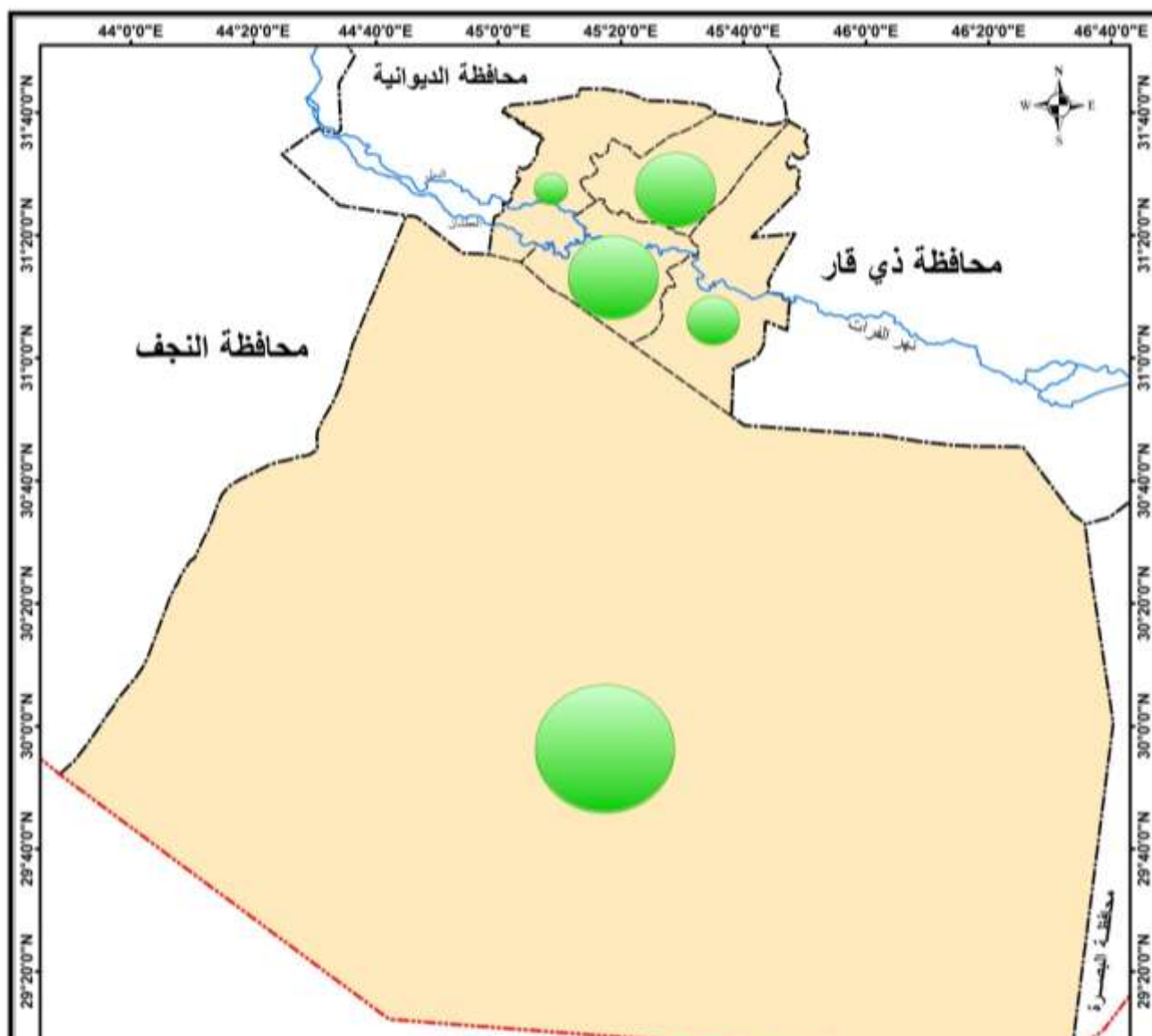
^(٨٨) دائرة صحة المثنى/شعبة الإحصاء الصحي/بيانات غير منشورة ٢٠١٥.

النسبة لكل ١٠٠٠ ولادة حية	العدد		
15	21	1427	السماوة
2	11	5785	الرميثة
36	9	250	السلمان
5	16	3052	الخضر
12	12	1025	الوركاء
14	69	11539	المجموع

المصدر : الدراسة الميدانية، ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٨)

التوزيع النسبي للولادات الميثة في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٦١)

٢ - وفيات الأطفال في الأسبوع الأول من الولادة :

وهي الوفيات التي تقع بين الأطفال الذين لم يتجاوز عمرهم الأسبوع من الولادة، وإنَّ البيانات على هذه الوفيات تكون مظلة، إذ غالباً ما تكون خارج المستشفى أيَّ في البيت حيث يتم دفنهم من قبل ذويهم دون أن يكون هنالك أيَّ اشعار لمكتب تسجيل الولادات والوفيات في المحافظة، أو تكون وفاة هؤلاء الأطفال داخل المستشفى حيث يتم تسجيلهم ضمن الفئة العمرية (حديثي الولادة) دون ذكر عدد الأيام.

وترجع أسباب وفيات الأطفال في الأسبوع الأول من الولادة الى عدة متغيرات قد تساهم في موت الطفل، ومنها نقص التغذية، ونقص الامومة بحيث أنَّ الأطفال الذين يولدون واوزانهم اقل من (٥,٢) كغم يكونون عرضة للأمراض المختلفة، وبالنتيجة تكون فرصة الحياة قليلة مقارنة، بالأطفال الذين يولدون واوزانهم اكثر من هذا الوزن، وهذا يرجع الى الوضع العلمي والاقتصادي، الاجتماعي والحالة الصحية التي تعيشها الأم.

وتبين من خلال الدراسة الميدانية في محافظة المثنى أنَّ معدل وفيات الأطفال في الأسبوع الأول من الولادة هي (٦٢) حالة وفاة لكل (٠٠٠١) ولادة حية، في عموم المحافظة نلاحظ الجدول رقم (٧١) وخريطة رقم (٩) الوفيات حسب الاقضية فقد بلغت أعلى نسبة لتلك الوفاة في قضاء السلطان بمقدار (٠٥٢) حالة وفاة لكل (٠٠٠١) ولادة حية، ويليه قضاء الوركاء بنسبة (٠٣) حالة وفاة لكل (٠٠٠١) ولادة حية، وقضاء الخضر بنسبة (٨٢) حالة وفاة لكل (٠٠٠١) ولادة حية، وأخيراً قضائي السماوة والرميثة بنسبة (٠٢ - ٨١) حالة وفاة لكل (٠٠٠١) ولادة حية لكل منهما وعلى التوالي.

جدول (٧١)

التوزيع النسبي لوفيات الأطفال في الأسبوع الأول من الولادة في محافظة المثنى على وفق عملية المسح الميداني لعام ٥١٠٢

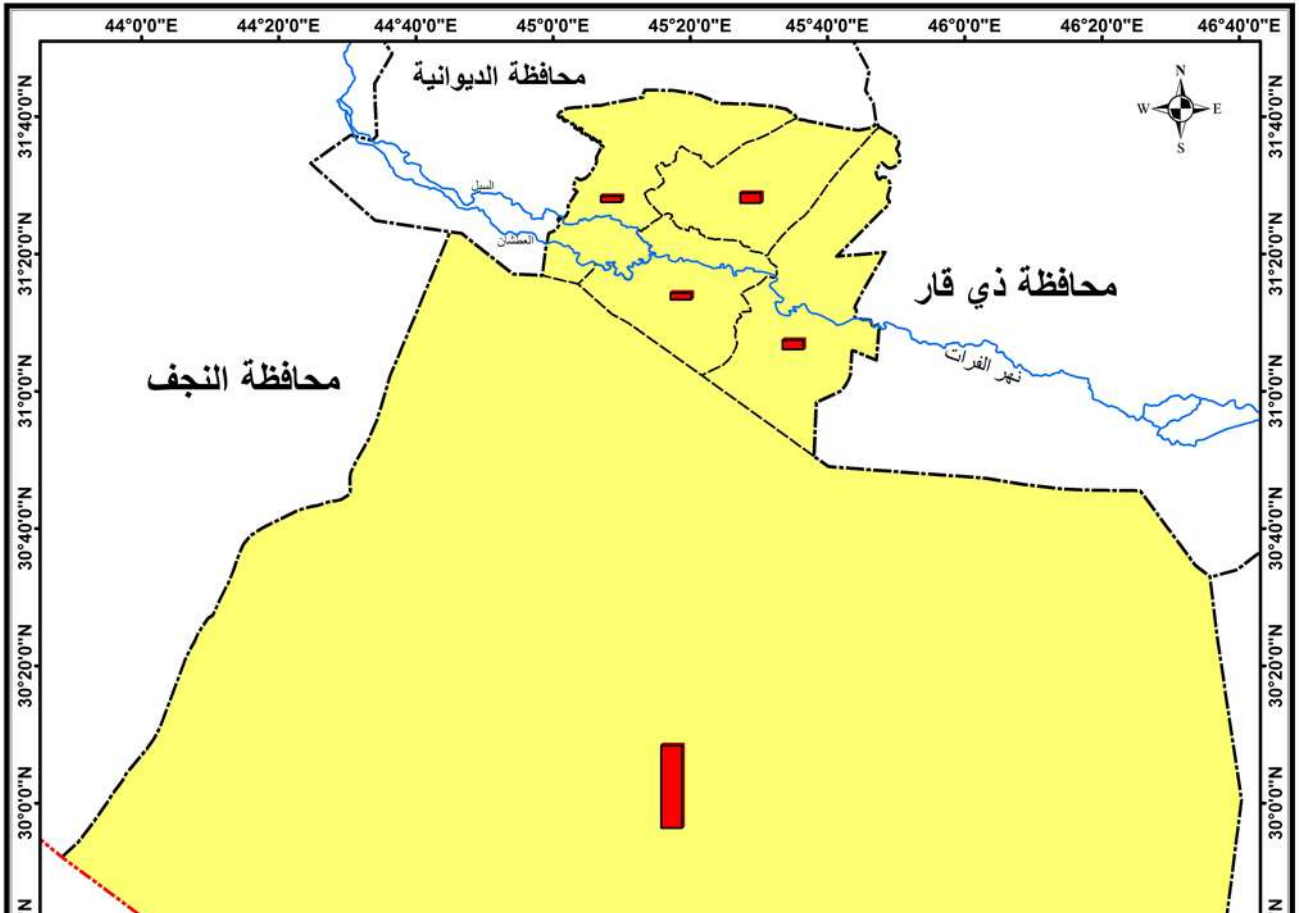
وفيات الأطفال في الأسبوع الأول من الولادة		افراد العينة	القضاء
النسبة لكل الف ولادة حية	العدد		
20	27	1343	السماوة

18	15	831	الرميثة
250	5	20	السلمان
28	11	388	الخضر
30	12	395	الوركاء
26	70	2977	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

خريطة رقم (٩)

التوزيع النسبي لوفيات الاطفال في الاسبوع الاول من الولادة في محافظة المثنى على وفق عملية المسح الميداني لعام ٥١٠٢.



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٧١).

ثالثاً : نسبة الأمهات المصابات بفقر الدم :

ويعني بها عدم وجود كمية كافية من خلايا الدم الحمراء في الجسم، لشغل كمية كافية من الاوكسجين الى الأنسجة، والإنسان الذي يعاني من فقر الدم من المرجح أن يشعر بالتعب في احيان مختلفة.

ويعرف فقر الدم على أنه هبوط في واحد او اكثر من القياسات المتعلقة بكريات الدم الحمراء

وهي :-

- تركيز الهيموجلوبين (HGB): وهو تركيز الهيموجلوبين الحامل الأساسي لغاز الاوكسجين في الدم.
 - الهيماتوكرين (HET) (مكداس الدم): الراسب الدموي او النسبة المئوية لحجم خلايا الدم الحمراء من اجمالي حجم الدم.
 - تعداد كريات الدم الحمراء (RBC Count) : وهي عبارة عن كريات الدم الحمراء الموجودة في حجم معين معرف مسبقاً من حجم الدم الكلي.
- أما المواد الاساسية لبناء كريات الدم الحمراء هي الحديد وحامض الفوليك وفيتامين C وفيتامين B12 وتكون أعراض فقر الدم هي :-

١- خفقان قلب سريع وغير منتظم.

٢- شحوب البشرة.

٣- ضيق التنفس.

٤- وجع واحمرار اللسان.

٥- برود القدمين واليدين.

٦- الخمول والتعب.

فقر(ف)ف

٧- تغيرات في الحالات الإدراكية^(٨٩).

أما النساء الأكثر عرضة للإصابة بفقر الدم هن:-

- ١- سوء التغذية.
- ٢- المصابات بأمراض واضطرابات في الامعاء.
- ٣- الحائض.
- ٤- الحامل.
- ٥- المرضع.
- ٦- الأمراض والحالات المزمنة.
- ٧- العوامل الوراثية.

وبالإمكان الوقاية والتخلص من فقر الدم، وذلك من خلال تناول الأغذية الغنية بالفيتامينات التي تحتوي على :

- ١- الحديد
- ٢- حامض الفوليك
- ٣- فيتامين B12
- ٤- فيتامين C

وهذه توجد في النباتات الورقية ذات الأوراق الخضراء، واللحوم الحمراء، والجزر، والقمح، والاسماك، ولحم الكبد، والحليب، وغيرها من الأغذية^(٩٠).

ويعد هذا المؤشر مهماً بوضعه مقياساً مباشراً للصحة العامة، ومقياساً تقريبياً للوضع الغذائي للنساء في عمر الأنجاب (٩٥-٩٤) سنة، اللواتي ينخفض لديهن نسبة الهيموجلوبين بنسبة أقل من (١١غم/ملم^٣) بالنسبة للنساء الحوامل، وأقل من (٢١غم/ملم^٣) بالنسبة للنساء غير الحوامل، فقد يكون فقر الدم بسبب الحمل المتكرر القريب أو بسبب فقدان الدم وليس له علاقة بالتغذية إلا أنه يعد مؤشراً مهماً لنسبة وفاة الأم ونسبة الوفاة قبل الولادة وتقدر منظمة الصحة العالمية بأن أكثر من ثلث الأمهات في العالم يعانين من فقر الدم، وأكثر من نصف الأمهات الحوامل في العالم مستوى الهيموجلوبين لديهن يؤكد إصابتهن بفقر الدم، وتقدر نسبة إصابة الأمهات الحوامل به في الدول النامية حوالي (٦٥٪) إذا تم استبعاد

(89) <http://www.webtad.com>

(٩٠) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

الصين، وفي الهند هنالك بعض المناطق التي تعاني (٧٪) من الأمهات فيها من فقر الدم الشديد، إذ تقل نسبة الهيموجلوبين عن (٧غم/ملم ٣) وهذا النوع مرتبط بعلاقة قوية بوفاة الأم^(٩١).

وإنَّ الأمهات اللواتي يعانين من فقر الدم الحاد أكثر عرضة للعدوى وأثناء الحمل والولادة ويواجهن مخاطر متزايدة قد تصل إلى الموت نتيجة النزيف أثناء الولادة، كما أنَّها أكثر عرضة لمخاطر العمليات في حالة الاحتياج إلى الولادة القيصرية في حين يزيد نقص اليود من خطورة حدوث الموت داخل الرحم والاضطرابات المفاجئة كما يمكن أن تؤدي شدة نقص اليود إلى موت الأم بسبب ضمور الغدة الدرقية الشديد^(٩٢)، ومن خلال الدراسة الميدانية تبين أن عدد الأمهات المصابات بفقر الدم خلال حملهن الأخير في محافظة المثنى (٥٩٤١) امرأة ويعد هذا الرقم خطير لا يمكن الاستهانة به وإن سبب ارتفاع هذه النسبة يعود إلى سوء الأوضاع الاقتصادية للأسرة، وهذا يساهم في عدم حصول المرأة الحامل على الغذاء الكافي الغني بالبروتين ونسبة الحديد.

ومن خلال الجدول رقم (٨١) والخريطة (٠١) يتضح لنا أنَّ هذا العامل ظاهر أكثر في قضاء الوركاء الذي ارتفعت فيه نسبة الأمهات المصابات بفقر الدم خلال حملهن الأخير نسبة (٨٦٪) من نساء القضاء، أما في المرتبة الثانية فقد احتل قضاء الرميثة بنسبة (٣٦٪)، أما قضاء الخضر حل ثالثاً بنسبة (٦٥٪)، وقضاء السلمان جاء بالمرتبة الرابعة بنسبة (٥٥٪)، أما في المرتبة الأخيرة قضاء السماوة بنسبة (٥٣٪).

جدول (٨١)

التوزيع النسبي للأمهات المصابات بفقر الدم خلال حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠

المصابات بفقر الدم		افراد العينة	القضاء
النسبة المئوية%	العدد		
35%	473	1343	السماوة
63%	524	831	الرميثة
50%	10	20	السلمان
56%	219	388	الخضر
68%	269	395	الوركاء
50%	1495	2977	المجموع

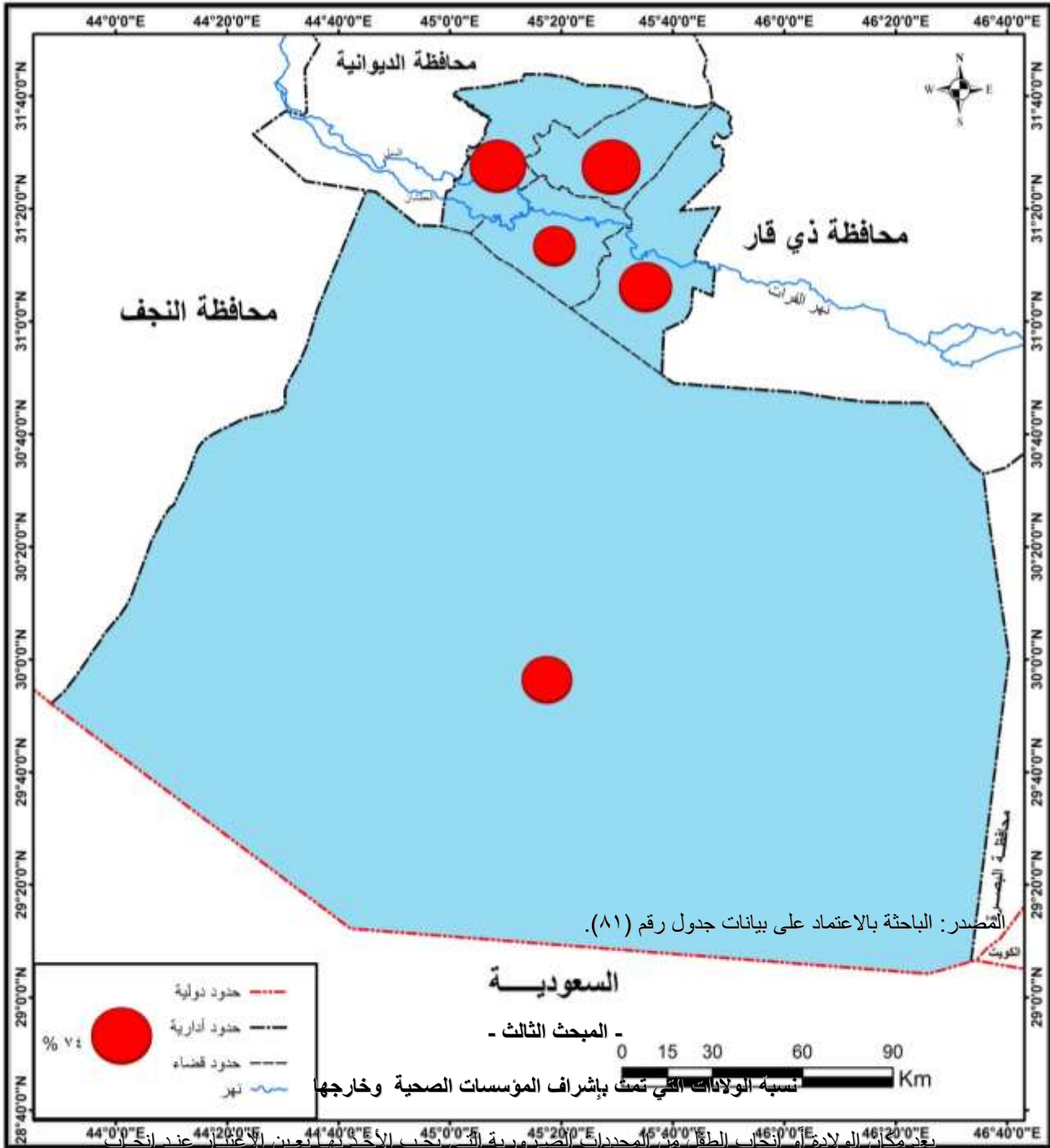
(٩١) Ibtam Kareem Abide appraisal of reproductive health via five maternal reproductive health indicators in saddam city/Baghdad athesis submitted to saddam college medicine university Baghdad, 1999, P.23.

(٩٢) منظمة الصحة العالمية واليونسكو ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافية، حقائق للحياة

المصدر : الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٠١)

التوزيع النسبي لأمهات المصابات بفقر الدم خلال حملهن الاخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



الطفل، لما له من أثر على صحة الأم، وعلى بقاء الطفل على قيد الحياة، خاصة اذا تعرض او كان يعاني أي منها من بعض المشكلات الصحية، حيث تتعرض كثير من الامهات والمواليد الى مضاعفات أثناء الولادة وبعدها، وهذه

المضاعفات يصعب التنبؤ بها مبكراً، كما أنها تتطلب وجود شخص مدرب تدريباً ماهراً يستطيع اخذ التدابير والمناسبة لمواجهة الموقف^(٩٣).

ومع ذلك نجد أنه في عام ٦٩٩١ لم تزد نسبة الولادة التي تمت تحت إشراف مشرف ماهر في الدول النامية على (٣٥٪) من مجموع الولادات، إذ تعاني كثير من البلدان ومعظم المناطق الريفية نقصاً حاداً في الأشخاص المهرة الذين يستطيعون الإشراف على الولادات ولأسيما القابلات، في حين أن (٩٩٪) من الولادات في الدول المتقدمة تتم تحت إشراف كادر مهني ماهر^(٩٤).

وعلى هذا الأساس يمكن تقسيم الإشراف على الولادات إلى قسمين :-

أولاً :- نسبة الولادات تحت إشراف كواادر طبية .

ثانياً:- نسبة الولادات التي تمت دون إشراف كواادر طبية.

أولاً : نسبة الولادات تحت إشراف كواادر طبية وتقسم على:-

١ - الولادات التي تمت تحت إشراف الكواادر الطبية (المشرف الماهر) :

تعرف منظمة الصحة العالمية (المشرف الماهر) بأنه خبير صحي (قابلة مأذونة، وطبيب أو ممرضة)، تم تعليمهم وتدريبهم على المهارات اللازمة لتولي الولادات الطبيعية، وتشخيصها والتعامل مع أية تعقيدات قد تنشأ خلال تلك العملية، ولعل من افضل من يقدم الرعاية للمرأة الحامل امرأة تتوفر لديها مهارات، وتقطن في مكان قريب، لا سيما للأمهات اللواتي يفضلن الولادة في المنزل، وأن تستطيع القابلات المدربات توفير الرعاية الوقائية للأمهات الحوامل، واكتشاف الحالات غير الطبيعية بين الأمهات والاطفال كما يمكنها مساعدة الأم اثناء الإجهاض والولادة ووصف الأدوية اللازمة لها، أما في حالة حدوث مضاعفات عند الولادة فإن القابلات المدربات يستطعن القيام بالتدابير الطارئة عند عدم توفير الرعاية الطبية، وكذلك الحصول على المساعدة الطبية أو نقل الأمهات الى المؤسسات الصحية، كما توفر القابلات دعماً اجتماعياً، ونفسياً للأمهات اثناء الولادة، لا سيما الولادة الحديثة عند تقديم المشورة للحمل والولادة، ورعاية الوليد.

٢ - الولادات التي تمت في المؤسسات الصحية :

بلغت الولادات في المؤسسات الصحية لعام ٥١٠٢ في محافظة المثنى حوالي (١٣,٣٧٦) ولادة^(٩٥).

وهذه النسبة تكون متفاوتة بين أقضية المحافظة ويعود هذا لعدة اسباب هما:

^(٩٣) أحمد عبد المجيد العريان، العلاقة بين الرعاية الصحية للام ووفيات الاطفال الرضع في

الأردن، رسالة ماجستير في الجامعة الأردنية، الاردن، ١٩٩٥، ص٥٢.

^(٩٤) منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط في إشراف مهني ماهر،

الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧ نيسان ١٩٩٨، ص١.

^(٩٥) دائرة صحة المثنى / قسم الإحصاء الصحي والحياتي، بيانات غير منشورة، ٢٠١٥.

ت(ت)ت

- أ- الاختلاف في توزيع مراكز الرعاية والصحية في المحافظة، حيث يفضل البعض الولادة في المنازل، وهذا يقلل من فرص الرعاية الكامنة التي من الممكن تتلقاها المرأة الحامل^(٩٦).
- ب- العادات والتقاليد التي تسيطر على بعض العوائل وخاصة في المناطق الريفية حيث يفضلون الولادة تحت إشراف (قابلة مأذونة)، وهذا يساهم في جعل الولادات في المؤسسات الصحية أقل.
- ج- يدخل العامل النفسي حيث تشعر الأمهات بأن الولادة المنزلية هي أكثر اماناً من الولادة في المستشفى، ذلك لعدم وجود رضا عن الخدمات المتوفرة فيها.
- د- ارتفاع تكاليف الولادة داخل المؤسسات الصحية وهذه التكاليف غير رسمية تفرضها بعض الطبيبات والممرضات حيث تأخذ مبلغ يعادل ضعف قيمة الولادة خارج المؤسسات الصحية مقابل قيامها بالإشراف هي بنفسها على الولادة، وبخلاف ذلك تقوم بتسليم المرأة الحامل بيد الممرضات وهذا يعرضها للكثير من المخاطر.

ثانياً: نسبة الولادات التي تمت دون إشراف الكوادر الطبية: وتقسم على نوعين:

١ - القابلة التقليدية المتدربة:-

وهن تلقن تدريباً لا تزيد مده عن شهر حول الشروط الصحية للولادة النظيفة، ومع هذا لا يعدن ممرضات ماهرات، على الرغم من دورهن في مساعدة الأمهات وقت المخاض، إلا أنهن نادراً ما تدربن على التعامل مع المضاعفات . وقد تبين من الدراسات التي اجريت في أن تدريب القابلات التقليديات مع عدم توافر الدعم المهني لهن لا يقلل من اخطار وفاة الأم اثناء الولادة اذ لهن دور في تقليل وفيات الاطفال حديثي الولادة أو اصابتهم بالعجز.

٢ - القابلات التقليديات الغير المتدربات:-

^(٩٦) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

وهن لم يحصلن على أي نوع من التدريبات الصحية الخاصة بالولادة وإنما يعتمدن على خبرتهن الشخصية، وبعضهن ذات خبرة وراثية من امهاتهن او قريباتهن، ويمتلكن قدرة في التعامل مع الحامل اثناء الولادة حيث اصبحن يمارسن هذه المهنة (القبالة) وإن كان غير مجازات صحياً للقيام بذلك وهن في العادة يكونن كبيرات في السن ومن الملاحظ من خلال الدراسة الميدانية أنَّ محافظة المثني لم تسجل أي حالة للقبالات غير المجازات^(٩٧).

نلاحظ من خلال الدراسة الميدانية جدول رقم (٩١) وخريطة رقم (١١) في محافظة المثني بأن نسبة الولادات التي تمت في المؤسسات الصحية بلغت حوالي (٨,٥٨٪)، في حين بلغت نسبة الولادات التي تمت في المنزل حوالي (٢,٢١٪)، وكانت أكثر الولادات عند القبالات المأذونة تكون في المناطق الريفية، بسبب تأثر العوائل بالعوادات والتقاليد الاجتماعية، بسبب عدم تقليصهن الإشراف الطبي ذكر عليهن اثناء الحمل والولادة .

^(٩٧) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

جدول (٩١)

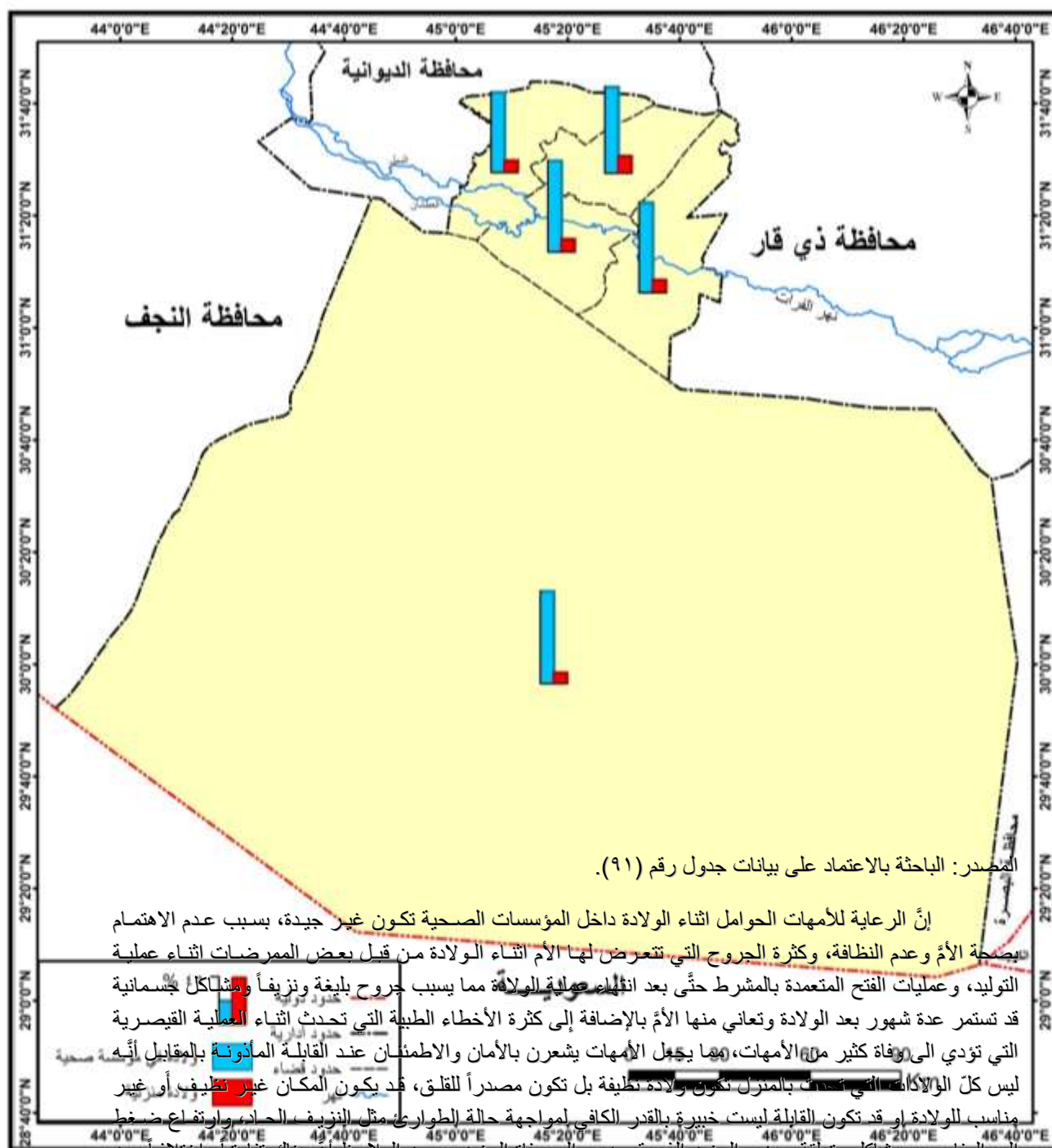
التوزيع النسبي للولادات في المؤسسات الصحية و الولادات المنزلية في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

الولادات المنزلية		الولادات المؤسسات الصحية		القضاء
النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	
12	153	89	1190	السماوة
11	93	78	645	الرميثة
10	2	90	18	السلمان
12	45	88	343	الخصر
16	63	84	331	الوركاء
12.2	356	85.8	2527	المجموع

المصدر : الدراسة الميدانية، ٥١٠٢.

خريطة رقم (١١)

التوزيع النسبي للولادات في المؤسسات الصحية و الولادات المنزلية في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٩١).

إنَّ الرعاية للأمهات الحوامل أثناء الولادة داخل المؤسسات الصحية تكون غير جيدة، بسبب عدم الاهتمام بصحة الأمَّ وعدم النظافة، وكثرة الجروح التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة من قبل بعض الممرضات أثناء عملية التوليد، وعمليات الفتح المتعمدة بالمشروط حتى بعد انتهاء عملية الولادة مما يسبب جروح بليغة ونزيفاً ومشاكل جسمانية قد تستمر عدة شهور بعد الولادة وتعاني منها الأم بالإضافة إلى كثرة الأخطاء الطبية التي تحدث أثناء العملية القيصرية التي تؤدي إلى وفاة كثير من الأمهات، مما يجعل الأمهات يشعرون بالأمان والاطمئنان عند القابلة المأهولة بالمقابل أنه ليس كلِّ الولايات التي تصنف بالمنزل تكون ولادة نظيفة بل تكون مصدراً للقلق، قد يكون المكان غير نظيف أو غير مناسب للولادة أو قد تكون القابلة ليست خبيرة بالقرع الكافي لمواجهة حالة الطوارئ مثل النزيف الحاد، وارتفاع ضغط الدم المفاجئ، ومشاكل متعلقة بوضع الجنين الذي قد يؤدي إلى وفاة الجنين، ومن الملاحظ أن هناك تفاوتاً واختلافاً بين الولايات في المؤسسات الصحية، والولايات في المنزل في محافظة المتنى للولايات الحية.

ضضض(ض)ضض

العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية :

يتناول هذا الفصل دراسة العوامل المؤثرة على الصحة الانجابية، حيث تم تقسيم هذا الفصل على مبحثين: تناول الأول دراسة العوامل الذاتية (أي المتعلقة بالنساء الحوامل) من حيث العمر عند الحمل الأول والعمر عند الحمل الأخير، واستعمال موانع الحمل، والرضاعة الطبيعية، والعوامل النفسية المتعلقة بها.

أما المبحث الثاني: فقد تناول دراسة العوامل الموضوعية، التي تضمنت دراسة العوامل الاقتصادية، والمستوى التعليمي للمرأة، والحالة العملية لها، والمتغيرات الاجتماعية، والثقافية العامة، والخدمات الصحية، ومراكز الرعاية الأولية، والعامل السياسي.

- المبحث الأول -

العوامل الذاتية

١ - العمر عند الحمل الأول :

يرتبط الحمل الأول ارتباطاً وثيقاً بعمر الأم عند الزواج أي أنّ هنالك علاقة طردية بين عمر الأم، وعدد الأطفال المنجبين .

فكلما تقدمت المرأة بالعمر تقل خصوبتها وبالنتيجة يقل انجابها، بعكس المرأة في عمر (٠٢) أو اقل في حين تكون لها القدرة على انجاب عدد أكبر من الأطفال، بعكس المرأة في سن (٠٣) حيث تقل فرصة انجابها للأطفال^(٩٨).

ويمكن تقسيم الحمل الأول وفقاً لعمر المرأة الى قسمين هما :-

أ - الحمل الأول المبكر :

عرفت منظمة الصحة العالمية الزواج المبكر بأنه ((الزواج الذي يتم بين سني العاشرة والتاسع عشر سواء بين الذكور والاناث))، ونتيجة الزواج المبكر يأتي الحمل المبكر، ويعد من الظواهر الموروثة في المجتمعات النامية، ومن المتفق عليه عالمياً أنّ الحمل المبكر في سن (٦١-٠٢ سنة) لاتزال المرأة في فترة النمو السريع للأنسجة بالجسم عموماً، وللجهاز التناسلي خصوصاً، مما يعرضها لاعراض مرضية أثناء الحمل، مثل ارتفاع ضغط الدم، وتسمم الحمل، ظهور الزلال في البول، وورم بأنسجة القدمين^(٩٩).

وبالنتيجة تؤدي غالباً إلى التعرض إلى خطر الوفاة بنسبة للضعف للأمهات اللواتي يتجاوز اعمارهن سن (٠٢)، وتزيد خمسة اضعاف بالنسبة للفتيات دون سن الخامسة عشر جراء الحمل والولادة^(١٠٠).

^(٩٨) فتحي مُحَمَّد أبو عيانة، جغرافية السكان اسس وتطبيقات، جامعة بيروت العربية، دار

المعارف الجامعية، ١٩٩٩، ص ١٤٢.

^(٩٩) مجموعة اصدارات صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٩.

^(١٠٠) راتب أبو زهرة، مستويات و اتجاهات الخصوبة و الوفيات السكان مخيم البقعة لعام

١٩٨٦، رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، ١٩٨٣، ص ٤٥ .

وترتفع معدلات الخصوبة في سن (٥١-٩١ سنة) ارتفاعاً خطيراً، إذ إنَّ حوالي (١١٪) من كلِّ الولادات التي تتم كلَّ سنة أيَّ حوالي (١,٥٠٠,٠٠٠) ولادة سنوياً تولد الفتيات المراهقات، ونظراً لوفيات الأمهات بين سن (٥١-٩١) سنة في مختلف بلدان العالم^(١٠١).

ومن خلال الدراسة الميدانية وملاحظة جدول (٠٢) وخريطة (٢١) و شكل (٧) نجد ان عدد الولادات في الحمل المبكر أعلى من الولادات في الحمل المتأخر، لأنَّ الفتاة عند زواجها في سن مبكر فأثَّها تكون قادرة على أنجاب أكثر، مقارنة بالفتاة المتزوجة في سن متأخر، وأعلى نسبة سجلت في قضاء (السلمان) (٥٧٪)، وهي أعلى نسبة للحمل المبكر، ثمَّ يأتي قضاء (الخضر) (٧٤٪) بالمرتبة الثانية، وقضاء (الوركاء) (٣٤٪) بالمرتبة الثالثة، في المرتبة الرابعة فقد جاء قضاء (الرميثة) بنسبة (٤٣٪)، وجاء بالمرتبة الأخيرة قضاء (الساوة) بنسبة (٥٢٪) .

جدول (٠٢)

التوزيع النسبي للأمهات ذوات الحمل المبكر من (٥١-٩١ سنة)، والحمل المتأخر (٥٣ سنة فأكثر) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠

القضاء	الحمل الاول المبكر (٥١-٩١) سنة		الحمل الاول المتأخر (٥٣ سنة فأكثر)	
	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %
الساوة	343	25	55	4%
الرميثة	286	34	25	3%
السلمان	15	75	....	0%
الخضر	183	47	14	4%
الوركاء	168	43	11	3%
المجموع	995	45	105	14%

المصدر: الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية ٢٠١٠.

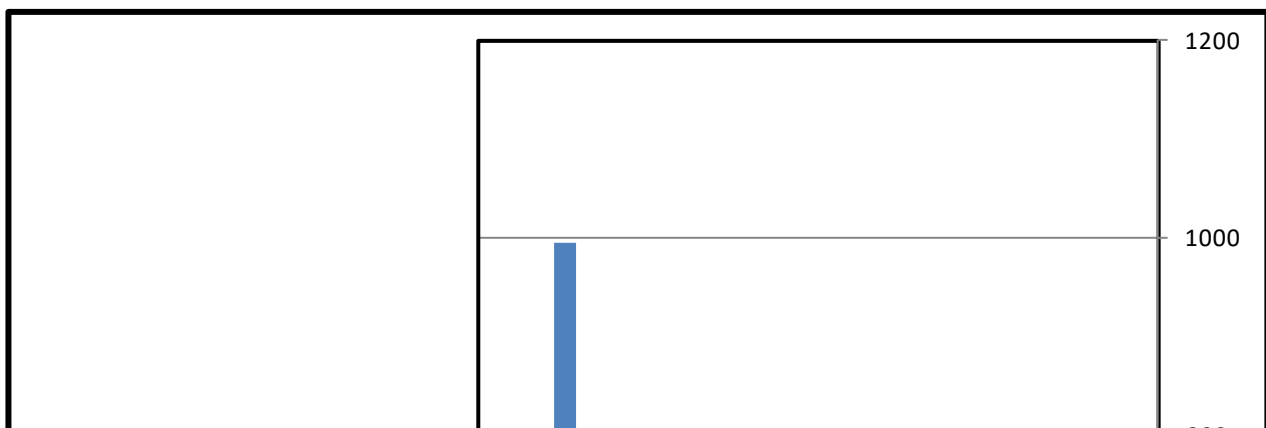
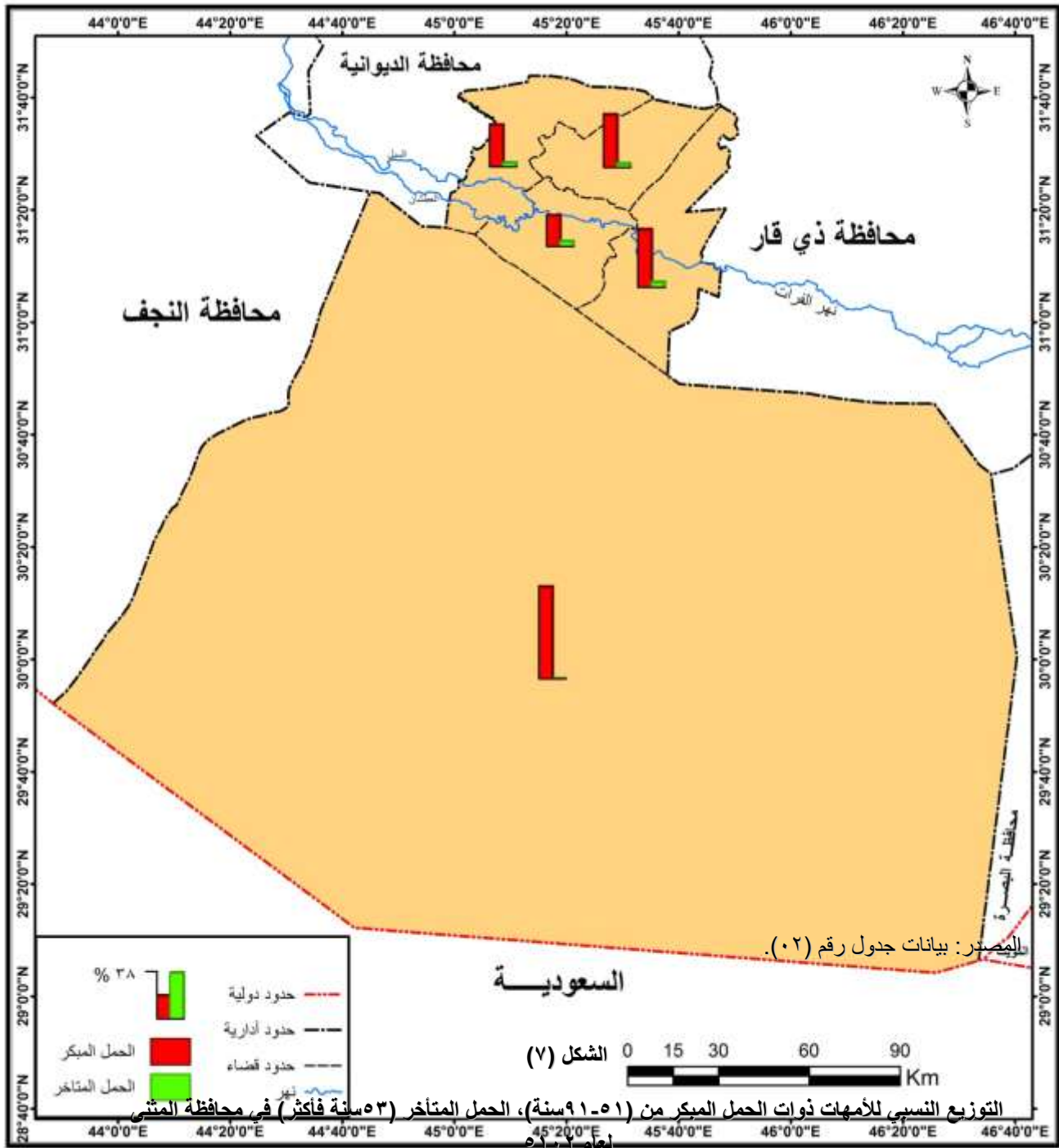
خريطة رقم (٢١)

^(١٠١) منظمة الصحة العالمية، مكتب الاقليمي للشرق المتوسط، تأجيل الحمل و الولادة،

الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧ نيسان، ابريل، ١٩٩٨، ص ٢ .

غ(غ)غ

التوزيع النسبي للأمهات ذوات الحمل المبكر من (٥١-٩١ سنة)، والحمل المتأخر (٥٣ سنة فأكثر) في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر : بيانات جدول (٠٢) .

ولعمر المرأة عند الحمل وسن الأنجاب تأثير مهم جداً على صحتها، وسلامة طفلها، ونظراً لعدد من العوامل الفيزيولوجية، والاجتماعية، وتعد الأمهات ضمن الفئة العمرية (٥١-٩١ سنة) أكثر تعرض من الأمهات الأكبر سن منهن لمضاعفات الحمل والولادة، وتتمثل هذه المضاعفات بمشاكل عدة ومنها :

١ - مضاعفات الحمل والولادة :

اثبتت الدراسات أن أفضل عمر للأنجاب يتراوح ما بين (٠٢-٤٣) سنة، بينما الأمهات ضمن الفئة العمرية من (٥١-٩١) سنة يكونن ناضجات من الناحية الوظيفية العضوية، بحيث يمكنهن الحمل غير أن أجسامهن وخاصة تهيئة حوضها وجهازها التناسلي التي تنمو ببطء ملاحظ طبيياً فالحوض ضيق لم يتسع بالشكل الطبيعي الذي يهيئها للحمل والولادة، والرحم أيضاً صغير لا يتناسب مع حجم الجنين الذي يكبر يوماً بعد يوم ولا سيما في الأشهر الأخيرة من الحمل،

ب.ب.ب.ب

وهذا يجعلها عرضة للمخاطر مهددة قد تؤدي بحياة الأم وجنينها أو وليدها مثل النزيف الشديد اثناء الولادة، وتعسر الولادة وما يترتب على هذا الأمر من ضرورة إجراء توسعة أو عملية قيصرية للأم والدة.

وفي حالات كثيرة للحمل المبكر قد يولد الجنين غير مكتمل النمو أو يولد بوزن ناقص بسبب عدم تهيئة الرحم لصغر سن الأم الحامل، يمكن نتيجة لذلك أن يحدث تمزق وحالات نزف شديد تؤدي إلى وفاة الأم وجنينها^(١٠٢).

٢ - وفيات الأطفال :

هناك عوامل عدة وراء وفيات الأطفال، ومن هذه العوامل الانجاب في سن المراهقة واعمارهن اقل من (٥١ سنة) حيث يرجع ذلك إلى أن جسم الانثى قد يكون غير مكتمل النمو لعدم اكتمال نمو الرحم، وعدم وعي الفتاة بضرورة موافقة الطبيب وأهمية الرعاية الصحية قبل واثناء الحمل وبعد الولادة وجهلها بالتغذية المناسبة لديها وللطفل، مما ينعكس هذا الخطر على صحة الطفل^(١٠٣).

وترتفع نسبة وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي في كل من الصومال، وجيبوتي، وموريتانيا، واليمن، والسودان^(١٠٤). حيث أن الأطفال الذين تحملهم أمهات صغيرات السن، هم أكثر عرضة للإسقاط أو الولادة المبكرة أو يكون وزنهم عند

^(١٠٢) ناهدة عبد الكريم حافظ وزيد عبد الكريم جابر، الخدمة الاجتماعية الطبية، وزارة التعليم

العالي والبحث العلمي، كلية الآداب، جامعة بغداد، ١٩٩٥، ص ٦.

^(١٠٣) صالح مُحَمَّد وحسين العميري، محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الاردن

١٩٩٧، رسالة ماجستير غير منشور ن الجامعة الاردنية، الاردن، ٢٠٠٠، ص ٩٥.

^(١٠٤) عبد الرحمن مصيغر وسمير الميلادي، الوضع الغذائي والرقابة الغذائية في مجلس

التعاون الخليجي، منظمة الاغذية والزراعة، المكتب الإقليمي للشرق الأدنى، القاهرة مركز

البحرين للدراسات والبحوث، دولة البحرين، ط ١، ١٩٩٨ .

[http://www.acnut.com/v/images/sbries/pdf/pubications/nutritional/statuc-and-food-i2013-3-29h-the cooperation – council – for – the – gulf – states.pdf](http://www.acnut.com/v/images/sbries/pdf/pubications/nutritional/statuc-and-food-i2013-3-29h-the%20cooperation%20council%20for%20the%20gulf%20states.pdf)

الولادة أقل من الوزن الطبيعي، وهؤلاء الأطفال أكثر عرضة للوفاة خلال السنة الأولى من العمر (١٠٥).

كما دلت الدراسة التي استخدمت بيانات المسوحات السكانية والصحية لعشرين دولة، على أنَّ خطر وفاة الطفل قبل الخمس سنوات الأولى من عمره يزيد بنسبة (٨٢٪)، من الأطفال المولودين لأمهات ضمن الفئة العمرية (٥١-٩١ سنة)، مقارنة بالأطفال الذين تتراوح اعمار امهاتهم بين (٩٢-٥٢) سنة، حيث أنَّ أهم أسباب الاعاقات لدى الأطفال في الدول النامية والزواج المبكر للنساء وانجابهن للأطفال قبل اكمال نموهن الجسدي، لذا فمن الضروري انتظار العمر الملائم لتصبح أمّاً.

ب- الحمل الاول المتأخر:

هناك خطورة على حياة الأم والطفل عند الولادة بعد سن الأربعين، وتختلف وفيات الأطفال الرضع حسب عمر الأم عند ولادتهم، إذ ترتفع هذه الوفيات بشدة عندما يتراوح عمر الأم من (٥٣) سنة فأكثر حيث تزداد مخاطر الإصابة بضغط الدم المرتفع إلى الضعف، مقارنة بالحوامل دون سن (٥٣) كما ازدادت الإصابة بسكر الحمل إلى الضعف مقارنة بالسيدات دون سن (٥٣) (١٠٦).

مثلاً أنَّ جسم المرأة في سن (٥٣) سنة فأكثر، يصبح أقل قدرة للتكيف السريع مع متطلبات الحمل، فتزداد بذلك نسبة التشوهات الخلقية للمواليد، بصورة واضحة بعد هذا السن (١٠٧).

ومن خلال الدراسة الميدانية نلاحظ في بيانات جدول (٥٢) و الشكل (٧) يتبين لنا أنَّ أعلى نسبة للحمل المتأخر بعد سن (٥٣) سنة فأكثر في قضائي السماوة والخضر بنسبة (٤٪)، وبأئي قضائي الرميثة والوركاء بنسبة (٣٪) بالمرتبة الثانية، وقضاء السلطان بالمرتبة الثالثة حيث لم تسجل أي نسبة فيه، وهذا يعود الى طبيعة القضاء العشائرية، بسبب التشجيع على زواج الفتيات صغيرات السن، حيث يتم تفضيلهن على الكبيرات في السن، وهذا ما تم ملاحظته من خلال زيارة المدارس، والجامعات، والمعاهد، زيادة نسبة الطالبات المتزوجات الامهات.

ان عامل العمر عند الحمل الأول سواء المبكر أو المتأخر لا يعمل بمفرده على التأثير على مستوى الصحة الإنجابية، للأم وطفلها، وإنما هناك عوامل أخرى تتضافر مع هذه العامل في التقليل من حدته أو زيادته، مثل مستوى التغذية التي تحصل عليها الأم والرعاية الصحية، ومقدار حصولها على الراحة الكافية التي تحتاجها خلال حملها، وترتبط هذه العوامل بعلاقة عكسية مع عامل العمر عند الحمل الأول فإذا ما توفرت جميعها بمستوى جيد للحامل، فإنَّ

(١٠٥) ميسون عبد المؤمن عبد القادر سمارة، أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية

على وفيات الأطفال بالأردن من واقع بيانات مسح السكان والصحة الاسرية ١٩٩٠، رسالة

ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، ١٩٩٥، ص ١٠٤.

(١٠٦) صالح مُحمَّد أمين العميري، مصدر سابق، ص ٩٨.

(١٠٧) زين العابدين مُحمَّد صالح ومُحمَّد المهدي، أثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على

وفيات الأمهات الرضع بولاية نهر النيل، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة

الخرطوم، ٢٠١٠، ص ١٢١.

ذلك يقلل من مدة تعرضها لمضاعفات الحمل الأول المبكر أو المتأخر، في حيث تزداد حدة تأثير هذه المضاعفات للحامل وطولها في حال عدم حصولها على المستوى المطلوب من العوامل السابقة^(١٠٨).

٢ - عدد الأطفال المولودين :

إن كثيراً من الاسر في مجتمعاتنا يفضلون الابن الذكر على الانثى، لأسباب اقتصادية، واجتماعية، ومثال على ذلك أن الابن الذكر يحمل اسم العائلة، وينجب الأطفال الذين سيحملون اسم العائلة بالمستقبل، اضافة إلى أن الابن الذكر يعدونه ضماناً اقتصادياً للأسرة عند شيخوخة الابوين.

وهذا ما يدعو العائلات إلى تكرار الانجاب اكثر من مرة، خاصة إذا كان هذا المولود أنثى طمعاً في انجاب مولود ذكر أو حتى الزواج بثنائية من أجل هذا الغرض، فقد كشفت دراسات في باكستان أنه بين النساء اللواتي عندهن ستة أطفال، خاصة إذا كانت اثناً، كان هناك احتمال بنسبة (٦٤٪) بان ترغب المرأة في انجاب المزيد من الأطفال وإن الرغبة في انجاب الذكر في حين اذا كانوا جميعهم ذكوراً فان نسبتهم (٤٪) فقط يرغبون بأنجاب المزيد من الأطفال^(١٠٩).

وتمتاز الاسر بالمناطق الريفية بكبر حجمها، وذلك لانتشار نمط الاسرة الممتدة وهو أمر يسهم في التقليل من عبء التنشئة الاجتماعية الذي يتحمله الوالدان، ويجعل مسؤولية تربية الأطفال مشاعة بين عدد كبير من البالغين في نطاق هذه الاسرة^(١١٠).

وتبين أن المرأة في الدول النامية لها رغبة في انجاب الذكور، لما لها الأثر الأكبر في رفع الخصوبة في الدول النامية، وإن المرأة في الاردن لا تتوقف عن الانجاب إلا إذا استطاعت انجاب أكبر عدد من الابناء وخاصة الذكور^(١١١). إن للتعليم الأثر الأكبر على عدد الأطفال المنجبين فقضاء المرأة فترة أطول على مقاعد الدراسة يؤدي الى تعطيل عمرها عند الزواج، وتكون لديها فرصة أكبر عند دخولها مجال العمل، وأنها بعد الزواج تكون أكثر قدرة في التدخل والتأثير على قرارات الانجاب، وتحديد العدد المرغوب فيه من الأطفال، كما تكون لديها الخبرة والمعرفة لوسائل منع الحمل.

ويعد عدد الأطفال المنجبين من المتغيرات المهمة والمؤثرة بصورة مباشرة أو غير مباشرة على صحة الأم الذي يعد مقياساً للصحة الانجابية للجسم النحيف، إذ إن الانجاب العالي (خمسة أطفال فأكثر) يشكل خطورة كبيرة على صحة الأم الانجابية، حيث تتحمل المرأة عبء المخاطر التي تتعرض لها اثناء الحمل والولادة والرضاعة والتربية لأطفالها، لاسيما إذ ما كانت من الامهات العاملات خارج المنزل، وتؤدي كثرة الانجاب والحمل المتكرر إلى زيادة خطورة وفاة

(١٠٨) عبد الكريم فايز، أثر تباينات عمر الأناث في الزواج الأول على الخصوبة البشرية في

الاردن، مجلة الجامعة الاردنية للأبحاث، مج ٢٨، ع (١)، ٢٠٠١، ص ١٩٦

(١٠٩) ويلكس جون، مقدمة في علم السكان، ترجمة فوزية سهاونة، مطبعة الجامعة الأردنية،

عمان، ١٩٩٩، ص ١١٥.

(١١٠) محمد عوض جلال الدين، بعض قضايا السكان والتنمية في السودان ودول العالم الثالث،

دار الطباعة جامعة الخرطوم، الخرطوم، ١٩٨٠، ص ٥٤ .

(١١١) عبدالله شاكر، الرغبة في انجاب الذكور واثرها على الخصوبة في الاردن، رسالة

ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، ١٩٩٥، ص ٤٧.

و(و)و

والقسم الثاني: الذي يتكون من (٢-٤) أطفال، فقد احتل قضاء السماوة بالمرتبة الاولى بنسبة (٣٥ %)، ويليه قضاء الرميثة (٥٢ %)، وقضاء الوركاء بنسبة (١١ %)، وقضاء الخضر بنسبة (٠١ %)، أما في المرتبة الاخيرة فقد جاء قضاء السلطان بنسبة (١) % .

وسجلت أعلى نسبة للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) في قضاء السماوة، حيث بلغت نسبتها (٩٣ %)، ويليه قضاء الرميثة بنسبة (٢٣ %)، ثم قضاء الوركاء بنسبة (٥١ %)، وقضاء الخضر بنسبة (٤١ %)، واخيراً قضاء السلطان بنسبة (١) %.

اما القسم الثالث: الذي يتكون من (٥ أطفال فأكثر)، فقد بلغ عددهم (٥٩٢١) و بهذا العدد ليس بالقليل وذلك لأن كثيراً منهم يجعل من كثرة الأطفال مصدر قوة وتباهي، وهذا يوجد حثي في الوسط المثقف، بالإضافة إلى تدخل أهل الزوج بقضية الانجاب، ومطالبة زوجة الابن بانجاب عدد أكبر من الأطفال، أو سبب آخر وهو انتظار انجاب المولود الذكر بعد انجاب عدد من الاناث، وهذا يجعل عدد الأطفال يزيد عن خمسة أطفال.

جدول (١٢)

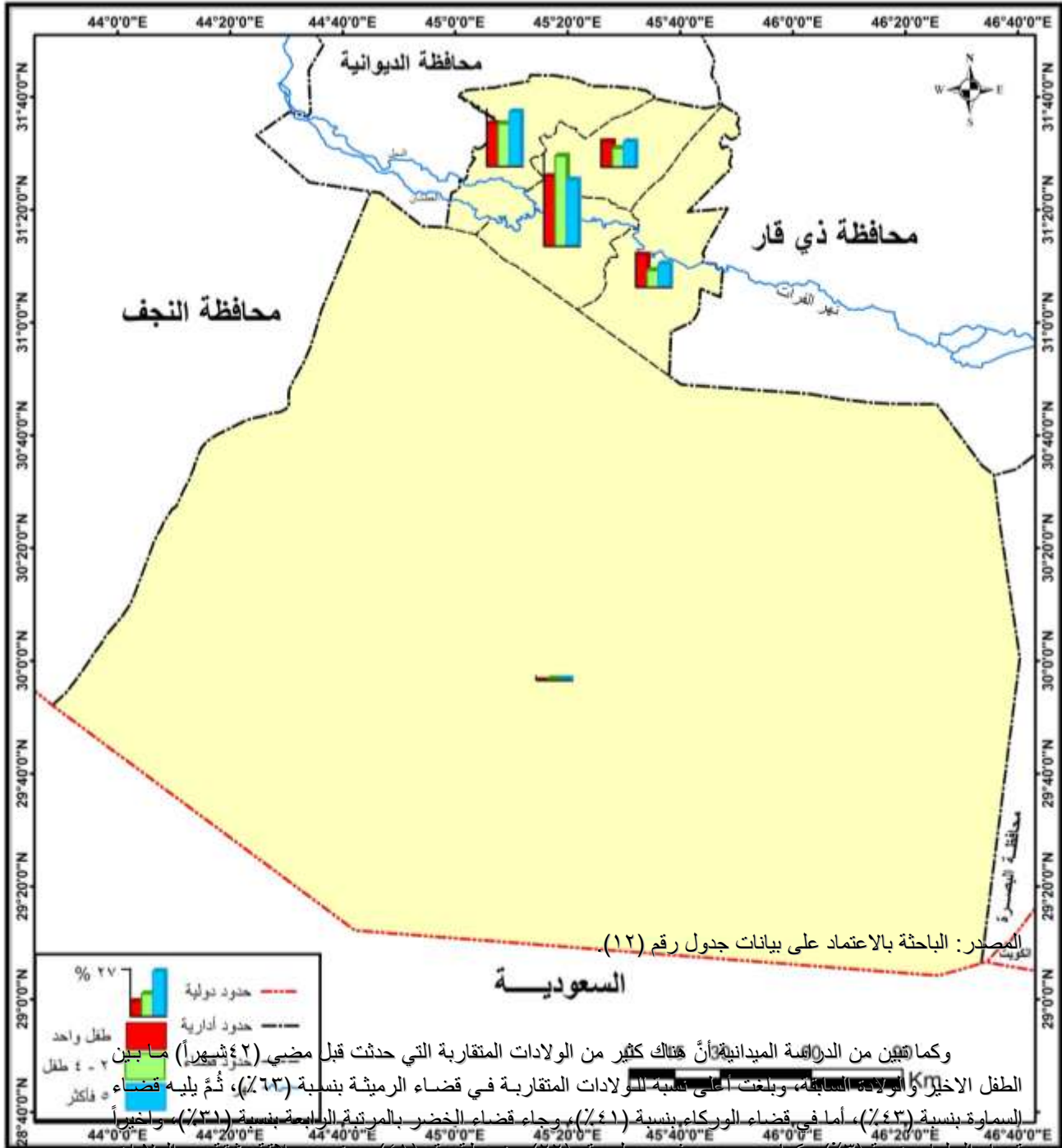
التوزيع النسبي لعدد أطفال الاسرة في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

٥ أطفال فاكثر		طفل (٢-٤)		طفل واحد		القضاء
النسبة المئوية %	العدد	%	العدد	النسبة المئوية %	العدد	
38%	476	53%	684	41%	184	السماوة
32%	393	25%	328	25%	110	الرميثة
1%	10	1%	8	0%	2	السلمان
14%	175	10%	128	19%	85	الخضر
15%	182	11%	147	15%	65	الوركاء
100%	1236	100%	1295	100%	446	المجموع

المصدر : الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية ٥١٠٢.

خريطة رقم (٣١)

التوزيع النسبي لعدد أطفال الاسرة في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



وكمما بين من الدراسة الميدانية أن هناك كثير من الولادات المتقاربة التي حدثت قبل مضي (٤٢ شهراً) ما بين الطفل الأخير والولادة التالية، وبلغت أعلى نسبة للولادات المتقاربة في قضاء الرميثة بنسبة (٦٣٪)، ثم يليه قضاء السماوة بنسبة (٤٣٪)، أما في قضاء الوركاء بنسبة (٤١٪)، وجاء قضاء الخضر بالمرتبة الرابعة بنسبة (٣١٪)، وأخيراً قضاء السلمان بنسبة (٣٪) وكما هو موضح في جدول رقم (٢٢) وخريطة رقم (٤١)، وتوجد علاقة وثيقة بين الولادات المتقاربة، واستخدام أو عدم استخدام موانع الحمل، يؤدي الى قلة فترة المباشرة بين حمل وآخر وهذا يؤثر على صحة كل من الأم والطفل^(١١٧).

(١١٧) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

جدول (٢٢)

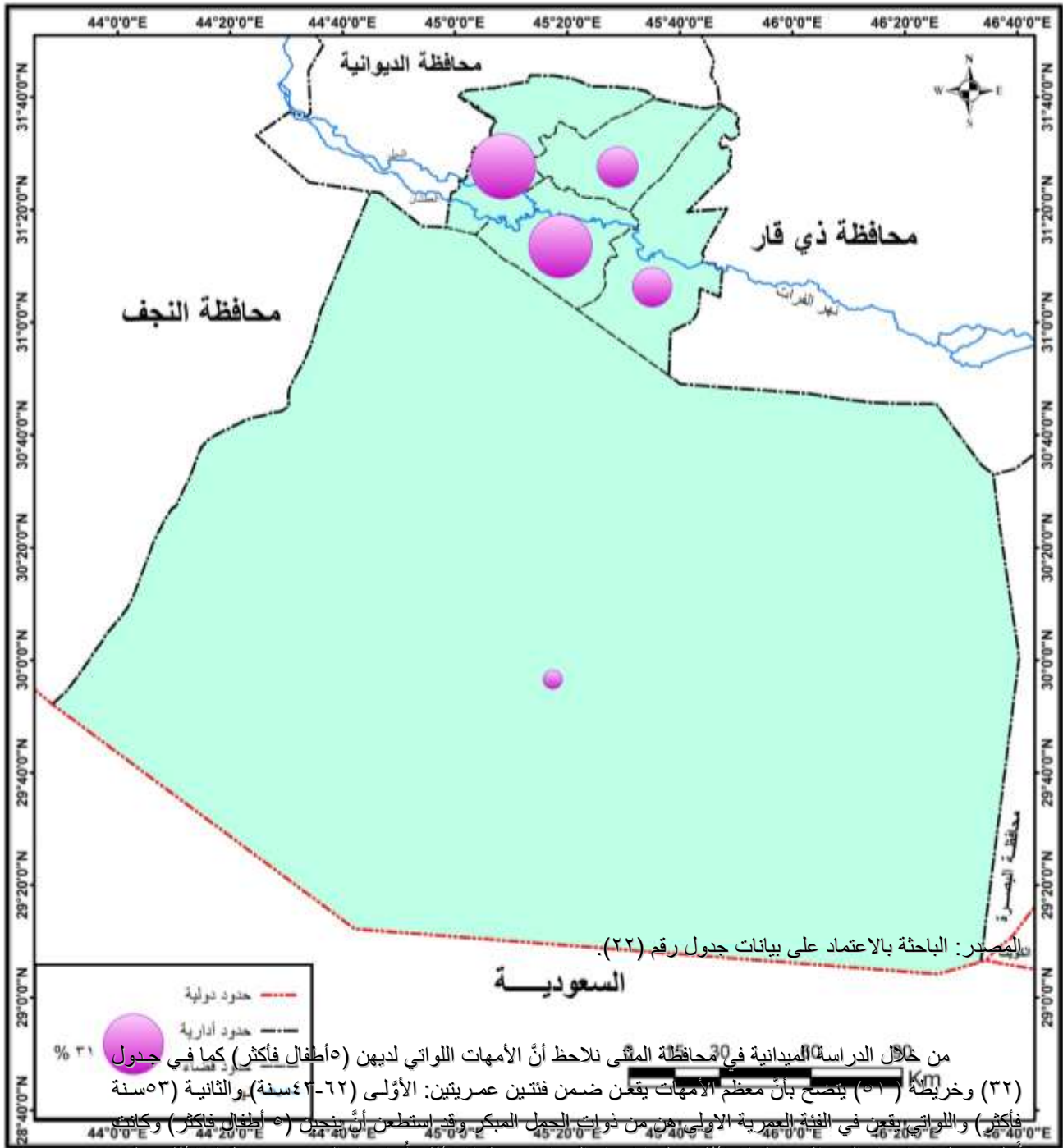
التوزيع النسبي للولادات الأخيرة المتقاربة (اقل من ٤٢ شهراً) في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

الولادات المتقاربة		افراد العينة	القضاء
النسبة المئوية%	عدد الولادات		
34%	233	1343	السماعة
36%	249	831	الرميثة
3%	18	20	السلمان
13%	89	390	الخصر
14%	95	393	الوركاء
100%	684	2977	المجموع

المصدر :الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٤١)

التوزيع النسبي للولادات الأخيرة المتقاربة (أقل من ٤٢ شهراً) في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



من خلال الدراسة الميدانية في محافظة المثنى نلاحظ أنَّ الأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فأكثر) كما في جدول (٣٢) وخريطة (٥١) يتضح بأن معظم الأمهات يقعن ضمن فئتين عمريتين: الأولى (٦٢-٤٣ سنة) والثانية (٥٣ سنة فأكثر) واللواتي يقعن في الفئة العمرية الأولى هن من نوات الحمل المبكر وقد استطعن أن ينجبن (٥ أطفال فأكثر) وكانت أعلى نسبة في قضاء الرميثة بنسبة (١٤٪)، ويليهما قضاء السماوة بنسبة (٤٣٪)، ثم قضاء الخضر بنسبة (٣١٪)، ويليه قضاء الوركاء بنسبة (٢١٪)، وأخيراً قضاء السلطان بنسبة (١٪) أما بالنسبة للفئة الثانية (٥٣ سنة فأكثر) ولديهن (٥ أطفال فأكثر)، وقد بلغت أعلى نسبة لهن في قضاء السماوة بنسبة (٥٤٪)، ثم قضاء الرميثة بنسبة (٢٢٪)، وقضاء الوركاء بنسبة (١٨٪)، وأخيراً احتل قضائي الخضر والسلطان (٦١٪-١٪)، ويشير التباين النسبي لتوزيع الولادات (٥ أطفال فأكثر) من الفئات العمرية (٦٢-٤٣ سنة) و (٥٣ سنة فأكثر) في محافظة المثنى الى تباين العوامل الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، المؤثرة على السلوك الانجابي للمرأة، الذي ينعكس بدوره على مدى الوعي الصحي والثقافي للمرأة والاسرة، الذي تنعكس اثاره وبشكل متكامل وبمرور الزمن على صحة الأم ولاسيما الانجابية.

جدول (٣٢)

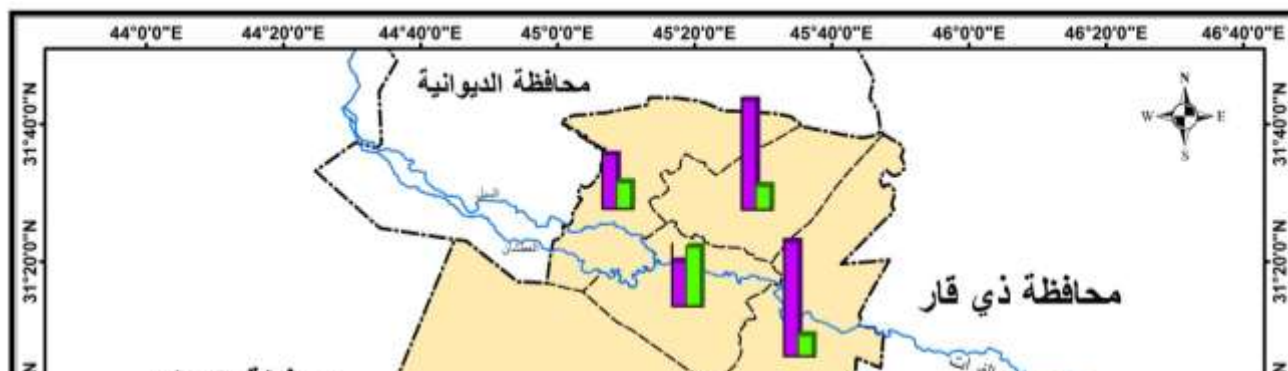
التوزيع النسبي للفئات العمرية للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فاكثر) في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

٥٣ سنة فاكثر		سنة 26-34		٥ أطفال فاكثر	القضاء
النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد		
45%	244	34%	232	476	السماوة
20%	109	40%	284	393	الرميثة
1%	4	1%	6	10	السلمان
16%	88	13%	87	175	الخضر
18%	99	12%	83	182	الوركاء
100%	544	100%	692	1236	المجموع

المصدر :الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٥١)

التوزيع النسبي للفئات العمرية للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فاكثر) في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٣٢).

ومن الجدول رقم (٤٢) والخريطة رقم (٦١) نلاحظ أنَّ كثيراً من الامهات لديهن (٥ أطفال فأكثر) قد عانين من تعسر الولادة، وأعلى نسبة كانت في قضاء الوركاء حيث بلغت (١٣٪)، يليها قضاء السماوة بنسبة (٨٢٪)، ثمَّ قضاء الخضر بنسبة (١٢٪) وأخيراً قضائي (الرميثة والسلمان) بنسبة (٧١٪، ٤٪) على التوالي، مثلما أنَّ إغلبهن عانين من النزيف وكانت نسبتهن كالأتي بالمرتبة الأولى: قضاء الخضر بنسبة (٤٣٪)، وبالمرتبة الثانية: قضاء الوركاء بنسبة (٥٢٪)، وثالثاً: قضاء السماوة بنسبة (٤٢٪)، ورابعاً: قضاء الرميثة بنسبة (٤١٪) وأخيراً: قضاء السلمان بنسبة (٣٪).

أما بالنسبة للواتي يعانين من ارتفاع ضغط الدم فقد سجلت أعلى نسبة في قضاء الوركاء بنسبة (٢٣٪)، وادناها في قضاء السلمان بنسبة (٤٪)، أما المصابات بجروح فقد سجلت أعلى نسبة في قضاء الوركاء بنسبة (٥٥٪)، وادناها في قضائي السماوة والسلمان بنسبة (٨٪) لكلٍ منها .

جدول (٤٢)

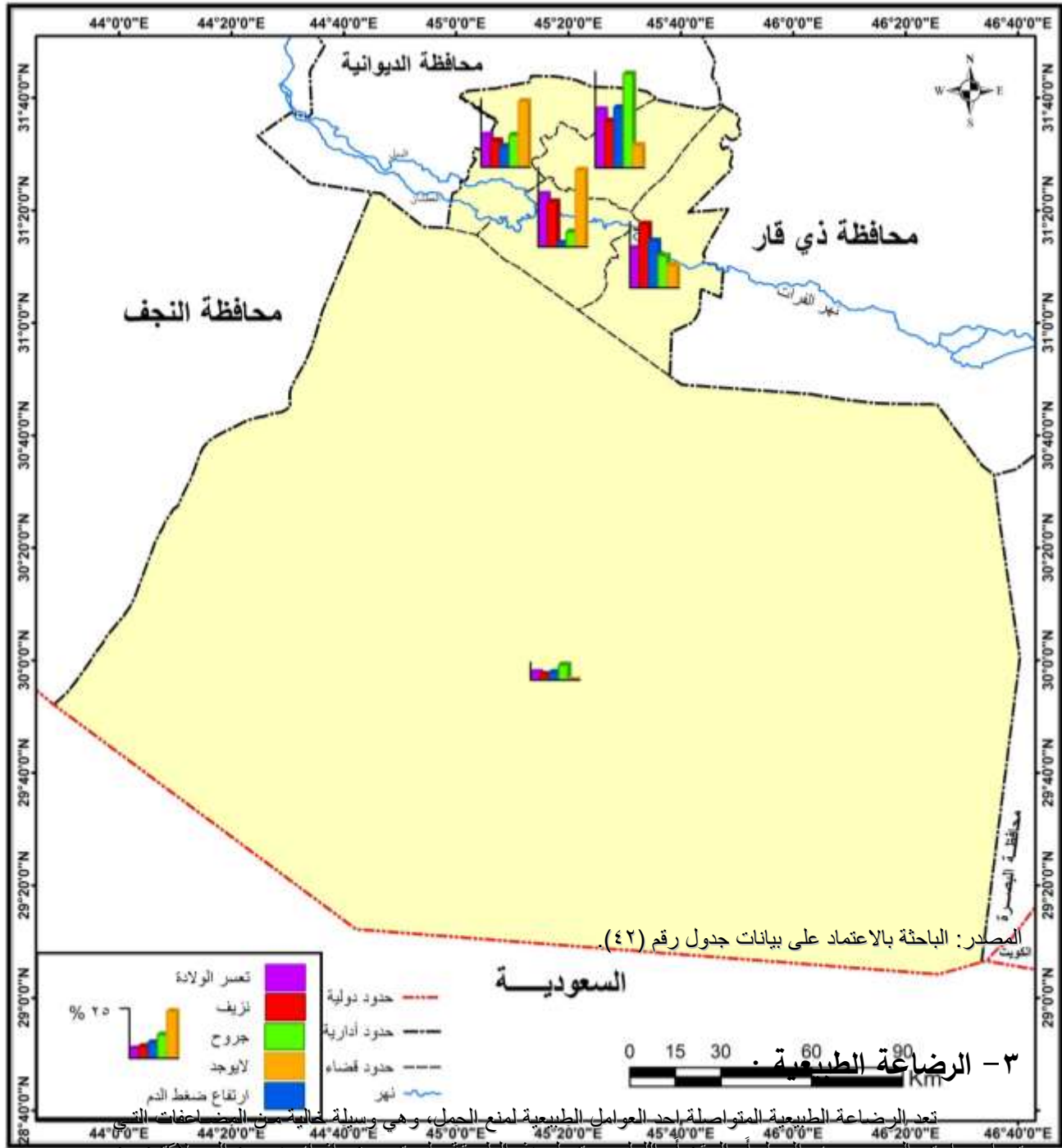
التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فاكثر) وعائين من مضاعفات الولادة الأخيرة في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

القضاء	٥ أطفال فاكثر	تعرس الولادة		نزيف		ارتفاع ضغط الدم		جروح		لا يوجد	
		النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %	العدد
السماوة	476	28	20	24	14	29	8	8	2	41	432
الرميثة	393	17	12	14	8	11	3	17	4	35	366
السلمان	10	4	3	3	2	4	1	8	2	0	2
الخضر	175	21	15	34	20	25	7	17	4	12	129
الوركاء	182	31	22	25	15	32	9	50	12	12	124
المجموع	1236	100%	72	100%	59	100%	28	100%	24	100%	1053

المصدر : الباحثة بالاعتماد على الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

خريطة رقم (٦١)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لديهن (٥ أطفال فاكثر) وعاتين من مضاعفات الولادة الاخيرة في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



أنَّ يزيد افراز الفص الأمامي للغدة النخامية، وهذا يزيد من افراز الهرمونات المنمية للمبيض، لكن بذلك لا تحصل الاباضة (التبويض)، ويمنع حدوث الحمل^(١١٨).

ولقد حث الدين الإسلامي الأمهات على ارضاع اولادهن، كما جاء في القرآن الكريم ((وَالْوَالِدَاتُ

يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ))^(١١٩)، وذلك لعظم الاجر والثواب،

وقدسية الرضاعة الطبيعية، فهي أول حق من حقوق الطفل بعد الولادة^(١٢٠)، وتمثل وسيلة جيدة وفعالة في تباعد الحمل، وذلك لكونها خالية من المضاعفات التي تصاحب استعمال حبوب منع الحمل أو اللولب أو الحقن الهرموني^(١٢١)، حيث تعمل الرضاعة الطبيعية على إعادة الرحم إلى وضعه الطبيعي بسرعة أثناء الرضاعة، وذلك لأنها تؤدي إلى افراز هرمون من الغدة النخامية يدعى الاوكسيتوكسين الذي يؤدي بدوره إلى انقباض الرحم، وعودته إلى حالته الطبيعية، ولولا ذلك لأصيب الرحم بالإنثان وحمل النفاس، وتشير الدراسات إلى ان قصر فترة الرضاعة الطبيعية في الدول النامية، وقد يؤدي إلى قصر فترات المبعادة بين المواليد مؤدياً بالنتيجة إلى زيادة حجم الأسرة، ما لم يكن هنالك استعمال متزايد لوسائل منع الحمل، كما تشير الدراسات الآن إلى مدى تأثير الرضاعة الطبيعية على تقليل نسبة الإصابة بسرطان الثدي لدى الامهات، لاسيما اللواتي يمتنعن عن ارضاع أطفالهن رضاعة طبيعية^(١٢٢)، ولأهمية الرضاعة الطبيعية لصحة الأم والطفل على سواء، فقد قامت كثير من الدراسات على التأكيد تجاه أهمية الحليب للطفل، والحالة العاطفية التي تنشأ بين الأم والطفل، وهذا كله يؤثر على صحة الأم الانجابية، فتكون بمثابة مانع طبيعي للحمل بنسبة (٨٩٪) بعد الولادة بمدة ستة أشهر على الأقل، وأن تكون الرضاعة متكررة على مدار ساعات النهار والليل، ويجب خلال هذه الفترة لا تأتي الدورة الشهرية للام.

وفي العراق وبعد تطبيق العقوبات الاقتصادية (فترة التسعينات من القرن الماضي) لوحظ أنَّ هناك اتجاه متزايد لدى الامهات إلى الرضاعة الطبيعية، اذ ارتفعت نسبة الأطفال الذين اعتمدوا على الرضاعة الطبيعية كلياً من (٩٨٪) في عام ٨٨٩١، إلى (٤٩٪) عام ٦٩٩١، وارتفعت نسبة الأطفال الذين تم ارضاعهم رضاعة طبيعية لغاية الشهر السادس من العمر من (٠٦٪) في عام ٨٨٩١، إلى (٥٦٪) في عام ٦٩٩١، وذلك بسبب شحة الحليب بشكل عام، وارتفاع اسعاره في الاسواق، ولاسيما حليب الأطفال، فضلاً عن أنَّ الحصة التموينية والخاصة بحليب الطفل الذي لم يتجاوز السنتين كانت غير كافية، فضلاً عن تنوعها من شهر إلى آخر وهذا يحول دون استفادت الطفل منه مما رغب كثير من الامهات على الرضاعة الطبيعية في تغذية أطفالها^(١٢٣).

(118) Mondie PE, The importance of breast feeding – J Assiglierment children -ss ,unlcef,2981

(١١٩) سورة البقرة، آية ٢٣٣.

(120) Kennedy KT, and visness cm "contraceptive efficacy of lactation a menorrhoea" the lancet, 1992, (p 227-33a).

(121) Bonuie-wand William-R Nutrition in pregnancy and lactation, 4th, times Minor Mosby collage, Toranto. Lowes, 1989, p (176 – 178).

(١٢٢) وفاء مُحَمَّد جاسم، تأثير الرضاعة الطبيعية واستعمال موانع الحمل على الأم المرضع في مدينة كركوك، بحث منشور، المعهد التقني كركوك، ٢٠٠٨/٨/١٣ .

(123) Unicef & csolraq, multiple index cluster survey for the year, 2000, Baghdad, 2001, p.3 .

٤- استعمال وسائل منع الحمل :

إنَّ الهدف الاساسي من استخدام وسائل منع الحمل، هو تنظيم الأسرة أيَّ التخطيط لفصل وتباعد الاحمال والولادات في الأسرة الواحدة، بالنتيجة إيجاد فرقاً في العمر بين الأطفال، وإنَّ لاستعمال وسائل منع الحمل اهداف متعددة، وأهم هذه الاهداف وأولها هو حماية صحة الأم بوصفه هدفاً أساسياً ورئيسياً حيث يؤثر الحمل المتتالي على بنية جسم الأم وعظامها، وقوة دمه، وقوة جسدها، مما قد يؤدي في كثير من الاحيان إلى موت الأم بسبب المضاعفات التي قد تحدث لها خصوصاً الامهات التي تقل اعمارهن عن الثامنة عشر وتزيد عن الخامسة والثلاثين.

أما الهدف الثاني فهو الطفل حيث تؤثر بنية الام الضعيفة على الجنين، فقد يؤثر ذلك على صحة الطفل العقلية والبدنية فتلد طفلاً ضعيفاً عليلًا، وأحياناً كثيرة قد يؤدي ذلك إلى وفاة الطفل^(١٢٤).

وتفيد وسائل منع الحمل في الحفاظ على حقِّ الطفل في الرضاعة الطبيعية لأطول فترة ممكنة، مما يزوده بحنان الأم والقوة اللازمة لبناء جسد سليم، أما الهدف الآخر لاستعمال وسائل منع الحمل هو الحفاظ على وضع الاسرة الاقتصادي، والاجتماعي.

٥- العامل النفسي :

يعد هذا العامل من أهم العوامل المؤثرة على الحامل وجنينها، وإنَّ لهذا العامل آثار مستقبلية تظهر على الطفل فيما بعد هذا ما أثبتته الدراسات الحديثة.

فقد اثبتت الدراسات أنَّ العوامل الوراثية ليست وحدها التي تؤثر في الطباع المزاجية والنفسية، للطفل كما هو سائد، ولكن البيئة التي يعيش فيها الطفل في رحم أمه لها اثر كبير في تشكيل نفسيته.

فعندما تعرض الأم إلى ضغوط نفسية وعصبية بصورة مستمرة، مما يؤدي إلى افراز هرمونات تصل إلى الجنين من خلال المشيمة، الذي يضر بالجنين ضرراً كبيراً ويجعل حركة الجنين أكثر نشاطاً وأحياناً تكون حركة الجنين مؤلمة بالنسبة للأم، ويقل استقرار الحركة كلما زاد الضغط النفسي للام، حيث أنه بدلاً من أن ينام نوماً هادئاً ينتقل إليه كمية من الهرمونات عن طريق المشيمة تسبب له الازعاج والقلق، كما يؤدي سوء العامل النفسي للأم خلال فترة المخاض الى فقد قدرتها على الطلق وقد تتعرض بعضهن الى الاغماء او الوفاة، وكذلك عند تعرض الام المرضع إلى صدمة نفسية يؤدي إلى انقطاع ادرارها للحليب أما عند التعرض لضغوط نفسية متباعدة، وقد لا يشكل على الجنين خطراً كبيراً وبعد الولادة يكون الجنين معرضاً لأن يكون طفلاً عصبياً للغاية ينام بصعوبة، وكثير البكاء ويصاب بكثير من نوبات المغص، ويكون من الصعب تهدئته^(١٢٥).

وتشير الدراسات إلى أنَّ ما تتراوح نسبته بين (٤-٢٠٪) من النساء اللواتي يعانين من العنف خلال فترة الحمل، يترك عليهن وعلى أطفالهن آثاراً مختلفة مثل الاجهاض، والولادة المتعددة، و نقص وزن الطفل عند الولادة^(١٢٦).

وعلى الرغم من أهمية العامل النفسي للأم، فلا توجد هناك دراسات اجتماعية تركز على أهمية تأثير الجوانب النفسية على صحة الأم الانجابية وسلامتها، لاسيما خلال فترة الحمل والولادة والنفاس .

(124) <http://www. Who.int/topics/millennium>.

(125) <http://hayatouk.com./pregnancy/content/1908721>

(١٢٦) منظمة الصحة العالمية، صحيفة الصحة العالمية السابعة والخمسون البند (٢-١٠) من

جدول الابحاث المؤقتة، ٥ نيسان، ٢٠٠٤، ص ٥.

أولاً : العامل الاقتصادي :

يلعب العامل الاقتصادي دوراً متميزاً في تأثيره على صحة المرأة الانجابية، وتتجلى أهمية هذا العامل من خلال تأثيره المتباين، فتارة يكون تأثيره ايجابياً وتارة أخرى يكون سلبياً^(١٢٧).

والواقع أنَّ تأثير العامل الاقتصادي على صحة المرأة الانجابية بصورة ايجابية عندما يكون الدخل مرتفعاً تبرز أهميته من خلال تحسين ظروف المعيشة للأسرة، حيث نلاحظ ثابت الظروف المالية الجيدة التي تسمح بتباين كمية المواد الغذائية المستهلكة من قبل الأسرة .

ومما لاشك فيه أنَّ بعض الأطعمة، كاللحوم، والحليب، والجبن، والبيض، والفواكه أغلى سعراً من غيرها لذلك نجد كلما ارتفع دخل الفرد اقبل على شراء نوعية أفضل من المواد الغنية من حيث القيمة الغذائية وكذلك يزداد أو يقل الطلب على نوع معين من الاطعمة بوجه عام بالاعتماد على الدخل^(١٢٨).

أما التأثير السلبي للدخل فيكون من خلال تغيير جذري على نمط وسلوك الحياة للأسرة الميسورة، مما يؤثر بصورة سلبية على صحة المرأة الانجابية، إذ إنَّ تحسين الدخل يلزمه دائماً تحسين في مستوى التغذية.

^(١٢٧) فؤاد إسماعيل، أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في الخصوبة السكانية في سوريا،

رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلب، ١٩٩٥، ص ١١.

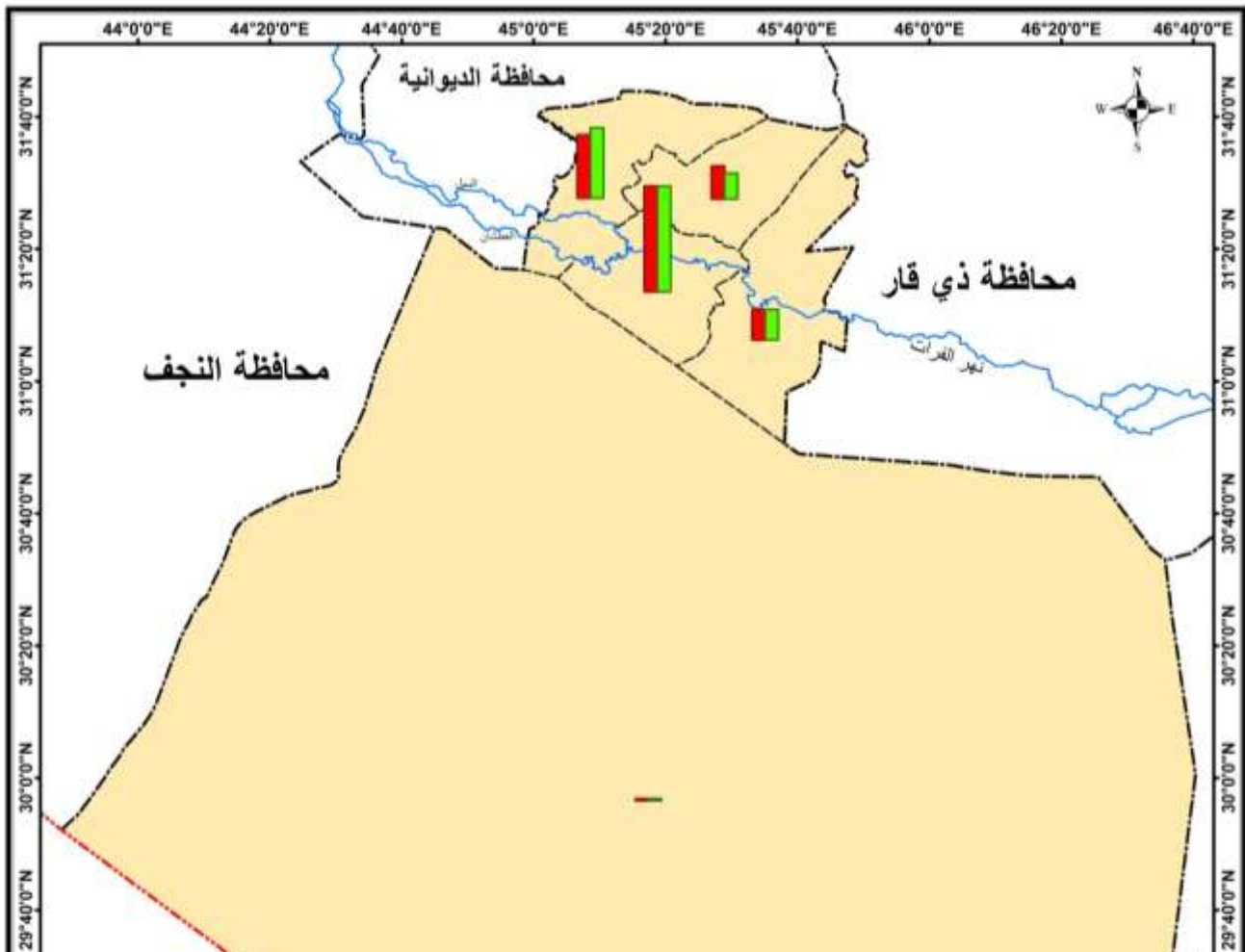
^(١٢٨) اليونسكو، منظمة الأمم المتحدة للتربية، العلوم الثقافية، مشكلة الغذاء العالمية، ١٩٥٨،

1%	4	1%	16	السلمان
13%	100	13%	288	الخضر
11%	90	14%	304	الوركاء
100	791	100	2185	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية .

خريطة رقم (٧١)

التوزيع النسبي لمستوى التغذية الأمهات خلال فترة حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠م .



المصدر: الباحث بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٥٢).

ومن خلال الجدول (٦٢) والخريطة (٨١) نلاحظ أنَّ أعلى نسبة للمولودين بوزن أقل من الوزن الطبيعي في قضاء السماوة بنسبة (٨٣٪)، يليها قضاء الرميثة بنسبة (٢٣٪)، ثمَّ قضاء الوركاء بنسبة (٦١٪)، وقضاء الخضر بنسبة (٢١٪)، واخيراً قضاء السلطان بنسبة (١٪).

ويأتي هذا النقص بسبب تردي الحالة الاقتصادية، والمعيشية للأمَّ الحامل واختلاف الدخل الشهري بين الأسر حيث نلاحظ أنَّ هنالك أسر لديها أكثر من دخل، وأسرة أخرى لا يوجد لديها أي مردود مالي، بالإضافة إلى هذا السبب إنَّ بعض الحوامل لا يتقبلن الطعام خلال فترة الحمل وخاصة بالربع الأول من الحمل، بسبب الوحام الشديد، واقتصار غذائها على نوع معين من الطعام، وإهمال بقية الأنواع وهذا يؤدي إلى نقص التغذية للأمَّ الحامل وبالتالي ولادة أطفال ناقصي الوزن.

جدول (٦٢)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي عاتين من سوء التغذية خلال فترة الحمل الأخير والمواليد ناقصي الوزن في محافظة
المتنّى لعام ٢٠١٥

القضاء	الحوامل سيئات التغذية		مواليد ناقصي الوزن	
	العدد	النسبة المئوية %	العدد	النسبة المئوية %
السماوة	985	45%	158	38%
الرميثة	592	27%	135	32%
السلطان	16	1%	6	1%
الخضر	288	13%	52	12%
الوركاء	304	14%	68	16%

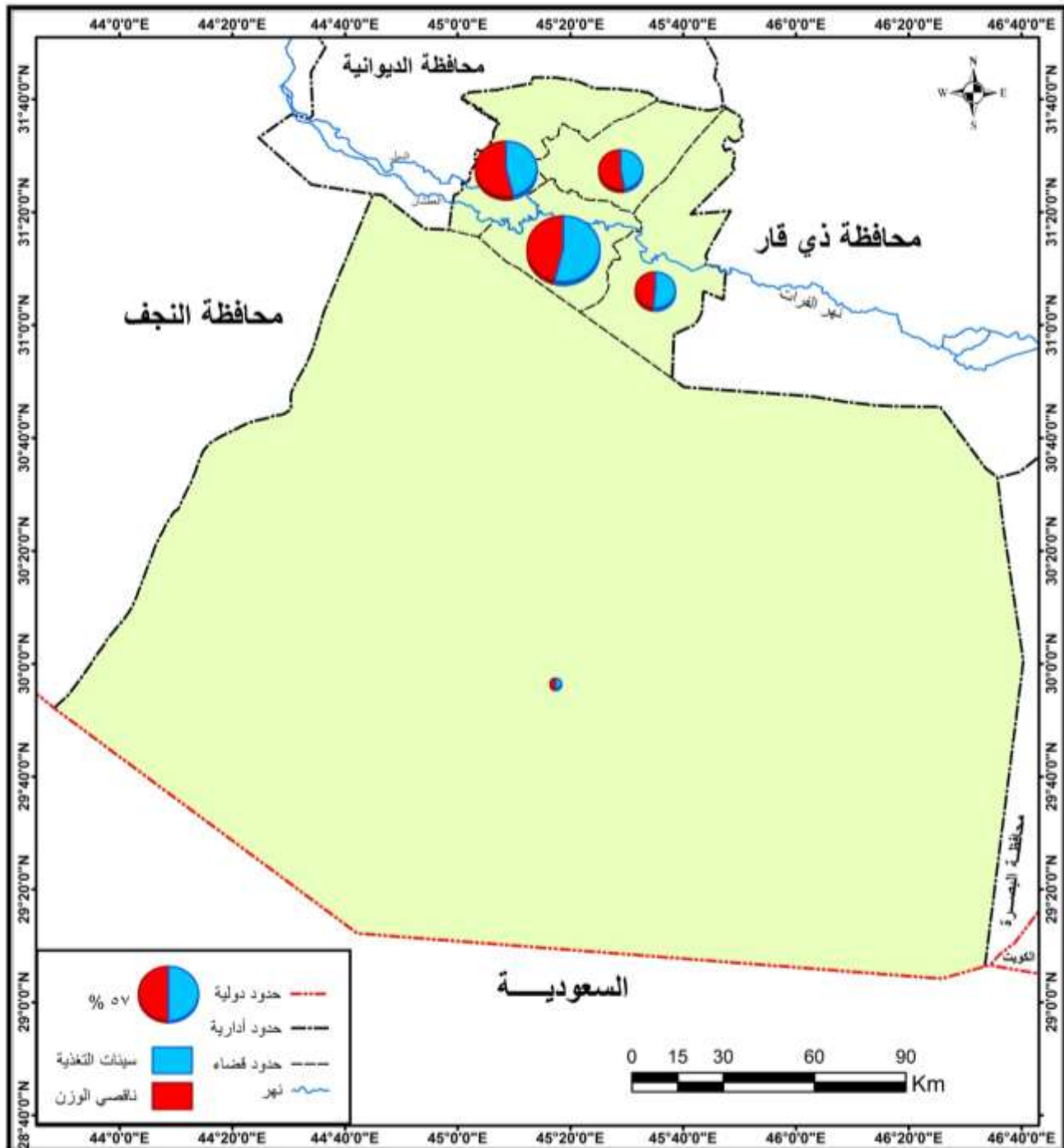
ثالثاً (ثالثاً)

100	419	100	2185	المجموع
-----	-----	-----	------	---------

المصدر :- الدراسة الميدانية.

خريطة رقم (٨١)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي عانين من سوء التغذية خلال فترة الحمل الأخير والمواليد ناقصي الوزن في محافظة
المتنى لعام ٢٠١٠



خاتمة

المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٦٢).

ويؤثر المستوى الاقتصادي للأسرة على الرعاية الصحية للأم الحامل خلال فترة الحمل والولادة والنفاس، التي قد تحتاج رعاية خاصة خارج مراكز الرعاية الصحية للأم والطفل إلى الطبيب المختص، ولا سيما الأمهات اللواتي لديهن مضاعفات معينة خلال فترة الحمل، ومما يشكل هذا عبئاً إضافياً للأسر التي تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، لذلك تلجأ تلك الأمهات التي يعرضن لهذه المضاعفات سواء خلال مرحلة الحمل أو الولادة أو النفاس وخصوصاً في المناطق الريفية يحاولن معالجة أنفسهن بالاعتماد على خبراتهن الشخصية أو استشارة نساء كبيرات السن أو العطارين دون أن يبادرن بالذهاب إلى مركز رعاية الأم والطفل أو المستشفى أو الطبيب المختص.

وذلك لعدم قدرتهن على توفير تكاليف العلاج الذي تحتاجه لسوء وضعها الاقتصادي، أو خوفها من تعرضها إلى مضاعفات ومشاكل صحية خطيرة قد تؤدي بحياتها.

ومن خلال ملاحظة الجدول (٧٢) والخريطة (٩١) أن كثيراً من الأمهات لا يملكن نفقات إضافية في محافظة المثنى، وأعلى نسبة سجلت في قضاء السماوة (٦٣٪)، يليها قضاء الرميثة بنسبة (٤٣٪)، ومن ثم قضاء الوركاء بنسبة (٥١٪)، أما بالنسبة لقضاء الخضر فقد كانت نسبته (٤١٪)، وأخيراً قضاء السلمان بنسبة (١٪).

وبالنتيجة يمكن القول إن العامل الاقتصادي يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الأم وصحتها الانجابية

جدول (٧٢)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لا تمتلك اسرهن نفقات صحية طارئة شهرياً في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠

القضاء	افراد العينة	الأسر التي لا تمتلك نفقات اضافية	
		العدد	النسبة المئوية%
السماوة	1343	624	36%
الرميثة	831	597	34%
السلمان	20	16	1%
الخضر	390	250	14%
الوركاء	393	267	15%
المجموع	2977	1754	100%

المصدر :- الدراسة الميدانية .

خريطة رقم (٩١)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي لا تمتلك اسرهن نفقات صحية طارئة شهرياً في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٧٢)

١ - المستوى التعليمي للمرأة :

يعد التعليم أحد العوامل الرئيسية في البناء الاقتصادي، والاجتماعي للمجتمع، فعلى المستوى الاقتصادي يزيد التعليم من قدرة الافراد على استيعاب التكنولوجيا الحديثة، و يرفع من كفاءة العامل الانتاجية مما يؤثر في عملية الإنتاج كماً و نوعاً، بل يعتبر التعليم من أهم الطرائق لتنمية الموارد البشرية المتاحة وتطويرها واستخدامها لينعكس ذلك إيجابياً على مستوى التعليم، ويرفع من المستوى الصحي والمعاشي لأفراد المجتمع كافة، كما يعد التعليم مؤشراً لدرجة تطور المجتمع وتقدمه ويحدد مكانته في السلم الحضاري^(١٣٢).

(١٣٢) أحمد الأشقر، نمو استراتيجية وطنية للتعليم والتدريب المهني لخدمة احتياجات التنمية المستقبلية، الحلقة التدريبية حول السكان والمساكن والموارد البشرية في إطار التخطيط الإنمائي، جامعة حلب، حلب، ٢٧-٢٩/كانون الثاني.

أما على المستوى الاجتماعي فيبرز أثر التعليم بشكل واضح من خلال التأثير في بيئة المجتمع، وخلق متغيرات اجتماعية وثقافية جديدة تحل بدورها محل الثقافات القديمة، ويعد التعليم أحد أهم العوامل التي يمكن بواسطتها ترشيد السلوك الفردي المتعلق بالإنجاب^(١٣٣).

فحصول المرأة على التعليم هو مفتاح لتحسين مكانتها اقتصادياً واجتماعياً، يؤثر التعليم بطريقة جداً فعالة في تمكين المرأة من السيطرة على حياتها وصحتها وسلوكها الانجابي حيث يؤدي التعليم إلى تأخر سن الزواج، وبالنتيجة إلى تقليل فترة الخصوبة، فإذا اعتبرنا أن فترة الخصوبة عند المرأة تمتد ٥٣ سنة من (٩٤-٥١ سنة) فأثناء التعليم يقلص من طول هذه الفترة إلى (٧٢ سنة) للمرأة الحاملة للشهادة الجامعية الأولية (بكالوريوس)، مثلما يؤثر ارتفاع المستوى الثقافي والتعليمي للمرأة على أن تكون أكثر استجابة لاستعمال وسائل منع الحمل والمباعدة بين فترات الحمل ويؤدي أيضاً إلى زيادة وعيها نتيجة لتحسين مستواها الثقافي، مما يوحى لها بتقليل عدد أطفالها بوصفه شرطاً لرفع مستواهم الثقافي، وتربيتهم وتعليمهم وتقديم كل ما يحتاجونه من غذاء وصحة خاصة إذا كانت الإمكانيات المادية للأسرة محدودة .

وتبين من خلال الدراسة الميدانية لمحافظة المثنى وملاحظة جدول (٨٢) وخريطة (٥٢) بأن أعلى نسبة للطفل الواحد، وأعلى نسبة سجلت في قضاء السماوة بنسبة (٦٤٪)، يليها قضاء بنسبة الرميثة (٥٢٪)، ثانياً ومن ثم قضاء الخضر بنسبة (٥١٪)، وبعده قضاء الوركاء فقد كانت نسبته (٣١٪)، وأخيراً قضاء السلمان بنسبة (١٪).

أما اللواتي لديهن (٢-٤) أطفال فكانت فبلغت أعلى نسبة لهن في قضاء بنسبة السماوة بنسبة (٥٥٪)، ومن ثم قضاء الرميثة بنسبة (٤٢٪)، أما بالنسبة لقضاء الخضر فقد كانت نسبته (٣١٪)، يليه قضاء الوركاء بنسبة (٧٪)، وأخيراً قضاء السلمان بنسبة (١٪).

أما من لديهن خمسة أطفال فكانت فبلغت أعلى نسبة لهن في قضاء الرميثة بنسبة (٥٣٪)، ومن ثم قضاء السماوة بنسبة (١٣٪)، ومن ثم قضاء الوركاء بنسبة (١٢٪)، وأخيراً احتل كل من قضاء الخضر و السلمان (٢١٪) - (١٪) على التوالي .

وللمستوى التعليمي تأثير بالغ الأهمية على سلوك المرأة على الانجاب، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة زادت معرفتها باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، لذلك فإن المرأة المتعلمة تتصف بعدد أطفال أقل مقارنة بالمرأة المتعلمة حيث أن معظم الأنثى اللواتي يلتحقن بالتعليم لا يتزوجن إلا بعد الانتهاء من الدراسة الثانوية أو الجامعية، حيث نلاحظ بأن هنالك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للمرأة والخصوبة، وكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة قلت فرصة الزواج المبكر، وبالنتيجة تقل فرص الانجاب، إلا أن هذا العامل لا يعمل منفرد دون تأثير العوامل الأخرى، مثل العادات والتقاليد الاجتماعية، والثقافية الأخرى، ورغبة أحد الزوجين أو كلاهما بأنجاب المزيد من الأطفال، فضلاً عن أن كثيراً من الأمهات تعتقد بأنه كلما زاد عدد الأطفال، كلما ازداد ارتباط الزوج بالأسرة، وإن انجاب الذكور بالذات يزيد ارتباط الزوج بزوجته.

جدول (٨٢)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥

(١٣٣) فؤاد إسماعيل، أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في الخصوبة السكانية في سوريا،

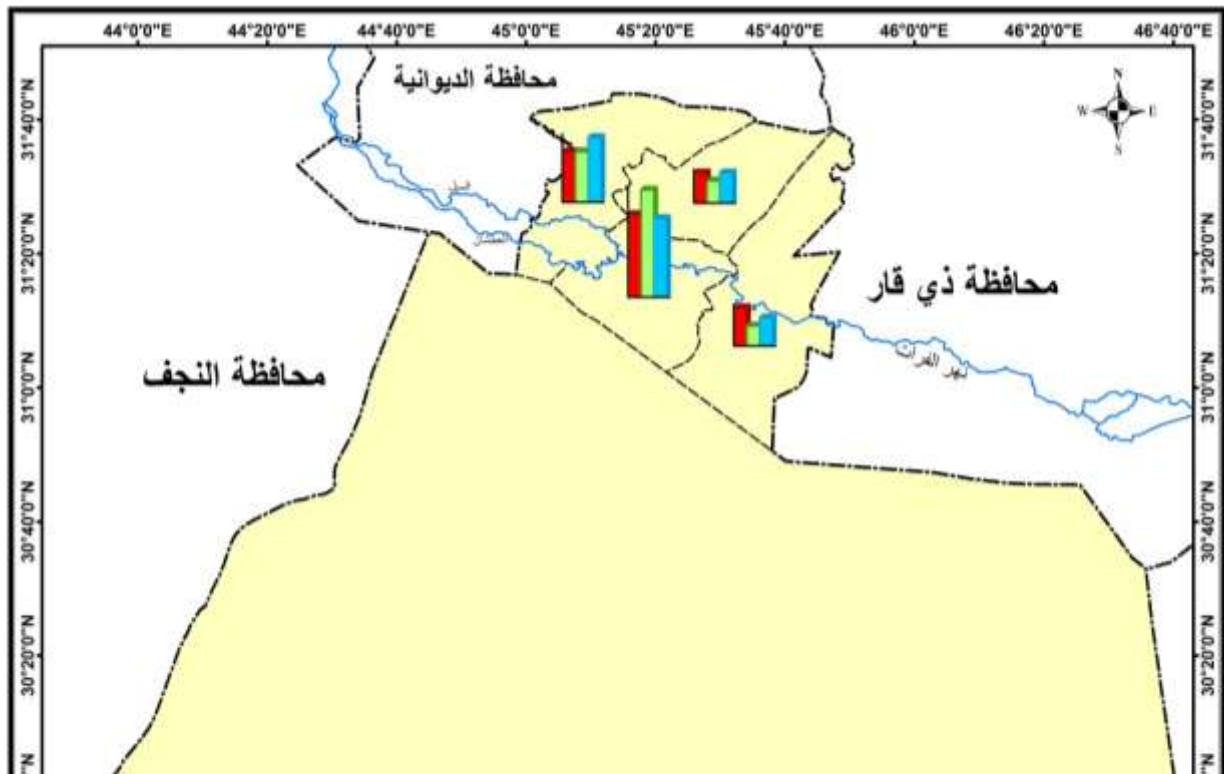
رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة حلب، ١٩٩٥، ص ١٥.

أطفال فاكثر ه		2-4 أطفال		طفل واحد		القضاء
النسبة المئوية%	العدد	النسبة المئوية%	العدد	النسبة المئوية%	العدد	
31%	298	55%	752	46%	293	السماوة
35%	342	24%	328	25%	161	الرميثة
1%	6	1%	10	1%	4	السلمان
12%	115	13%	176	15%	97	الخضر
21%	207	7%	103	13%	84	الوركاء
100%	968	100%	1369	100%	639	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية .

خريطة رقم (٠٢)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٨٢).

ومن ملاحظة الجدول (٩٢) وشكل (٨) الذي يوضح التوزيع النسبي للأمهات، على وفق المستوى التعليمي لمحافظة المثنى، ويقسم الجدول النساء على أربع مستويات: (غير متعلمة- تقرأ وتكتب- متوسطة فأقل- إعدادية فأعلى).

نلاحظ أنَّ الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد هن غير متعلّقات أعلى عدد في قضاء السماوة، حيث بلغ عددهن (٥١) حالات، ويتبعه قضاء الرميثة بعدد (٦) حالات، وقضاء الوركاء بـ (٥) حالات وأخيراً قضائي الخضر والسلمان (١-٤) حالات على التوالي .

أما اللواتي انجبن من (٢-٤) أطفال ضمن المستوى التعليمي فأعلى، عدد سجل في قضاء السماوة هو (٥٤) حالة، ويليه قضاء الوركاء بـ (٤١) حالة، وقضاء الخضر بـ (٢١)، وقضاء الرميثة بـ (٥١) حالات، وأخيراً قضاء السلمان بحالتين فقط.

أما من انجبن (٥) أطفال فأكثر كان أعلى عدد سجل في قضاء الرميثة هو (٤٢) حالة، ويليه قضاء الوركاء بـ (١٢) حالة، وقضاء السماوة بـ (٥٢)، وقضاء الخضر بـ (٦١) حالة، بينما قضاء السلمان لم تسجل فيه أي حالة .

أما بالنسبة للنساء اللواتي يقرأن ويكتبن وانجبن طفلاً واحداً فأعلى عدد لهن سجل في قضاء الوركاء بعدد (٥١) حالة، ويليه قضاء الخضر بـ (٢١) حالة، ثمَّ قضاء السماوة بـ (٨) حالات، وقضاء الرميثة بـ (٥) حالات، وأخيراً قضاء السلمان بحالة واحدة، أما اللواتي انجبن من (٢-٤) أطفال ضمن المستوى التعليمي فأعلى عدد سجل في قضاء السماوة هو (٦٩) حالة، ويليه قضاء الرميثة بـ (٢٨) حالة وقضاء الخضر بـ (٨٣)، وقضاء الوركاء بـ (٥٣) حالة، وأخيراً قضاء السلمان بـ (٥) حالتين فقط.

أما من انجبن (٥) أطفال فأكثر كان أعلى عدد سجل في قضاء الرميثة هو (١٩) حالة، ويليه قضاء السماوة بـ (٥٥) حالة، وقضاء الوركاء بـ (٥٣)، وقضاء الخضر بـ (٩٢) حالة، بينما قضاء السلمان سجلت فيه حالة واحدة .

أما بالنسبة للواتي تعليمهن متوسطة فأقل وانجبن طفلاً واحداً فأعلى عدد سجل في قضاء السماوة بعدد (٩٣) حالة، ويليه قضاء الخضر بـ (٦٢) حالة، ثمَّ قضاء الرميثة بـ (٨١) حالة، وقضاء الوركاء بـ (٦١) حالة، وأخيراً قضاء السلمان بحالة واحدة.

أما بالنسبة لمن انجبن (٢ - ٤) أطفال ومن ضمن المستوى التعليمي فأعلى عدد سجل في قضاء السماوة بعدد (٣١١) حالة، ويليه قضاء الرميثة بـ (٣٠١) حالة، ثمَّ قضاء الوركاء بـ (٨٨) حالة، وقضاء الخضر بـ (٤٧) حالة، وأخيراً قضاء السلمان بحالتين.

بب(ب)بب

أما من انجب (٥) أطفال فأكثر ومن ضمن المستوى التعليمي كان أعلى عدد سجل في قضاء الرميثة هو (٣٦١) حالة، ويليه قضاء الخضر بـ (٢٨) حالة، وقضاء السماوة بـ (٣٦)، وقضاء الوركاء بـ (٢٦) حالة، بينما قضاء السلطان سجلت فيه حالتين فقط .

أما بالنسبة للنساء اللواتي تعليمهن إعدادية فأعلى وانجب طفلاً واحداً فأعلى عدد سجل في قضاء السماوة بعدد (٥٦) حالة، ويليه قضاء الرميثة بـ (٩٢) حالة، ثم قضاء الوركاء بـ (٥٢) حالة وقضاء الخضر بـ (٢١) حالة، وأخيراً قضاء السلطان بحالة واحدة.

أما بالنسبة لمن انجب (٢ - ٤) أطفال ومن ضمن المستوى التعليمي فأعلى عدد سجل في قضاء السماوة بعدد (٤٨٦) حالة، ويليه قضاء الرميثة بـ (٦٧١) حالة، ثم قضاء الوركاء بـ (٣٥) حالة وقضاء الخضر بـ (٥٤) حالة، وأخيراً قضاء السلطان بـ (٤) حالات .

أما من انجب (٥) أطفال فأكثر ومن ضمن المستوى التعليمي كان أعلى عدد سجل في قضاء السماوة هو (٥٥١) حالة، ويليه قضاء الرميثة بـ (٦٥) حالة، وقضاء الخضر بـ (٨٣) وقضاء الوركاء بـ (٥٣) حالة، بينما قضاء السلطان لم تسجل فيه أي حالة.

وهذا يدل على أنَّ كلما أرتفع المستوى التعليمي للأمهات ولاسيما (إعدادية فأعلى) فإنها تميل إلى تكوين أسرة مثالية (أقل من ٥ أطفال)، حيث تكون شخصية الأم أكثر تأثير في اتخاذ قرارات الانجاب، فهي التي تنجب وهي أكثر قدرة على التحكم بعملية الحمل، وعند تعليمها تتغير كثيراً من المفاهيم المتعلقة بالإنجاب، مثل زيادة الاستقرار الأسري من خلال انجاب عدد محدد من الأطفال.

مثملاً أنَّ تعليم المرأة يزيد من وعيها الصحي حول قضايا الحمل، مثل مباحة فترات الحمل وأهمية الرضاعة الطبيعية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث أنَّ تعليم المرأة يؤدي إلى انخفاض كبير في حجم الأسرة مقارنة بتعليم الأب وأنَّ التعليم يؤدي إلى التغيير كثير من المواقف، والمفاهيم والعادات والتقاليد الاجتماعية، الداعية لزيادة الانجاب سواء كان للمفاخرة بهم دون الاهتمام بتربيتهم ونشأتهم السليمة والصحية، من أجل تكوين مجتمع صالح في المستقبل.

جدول (٢٩)

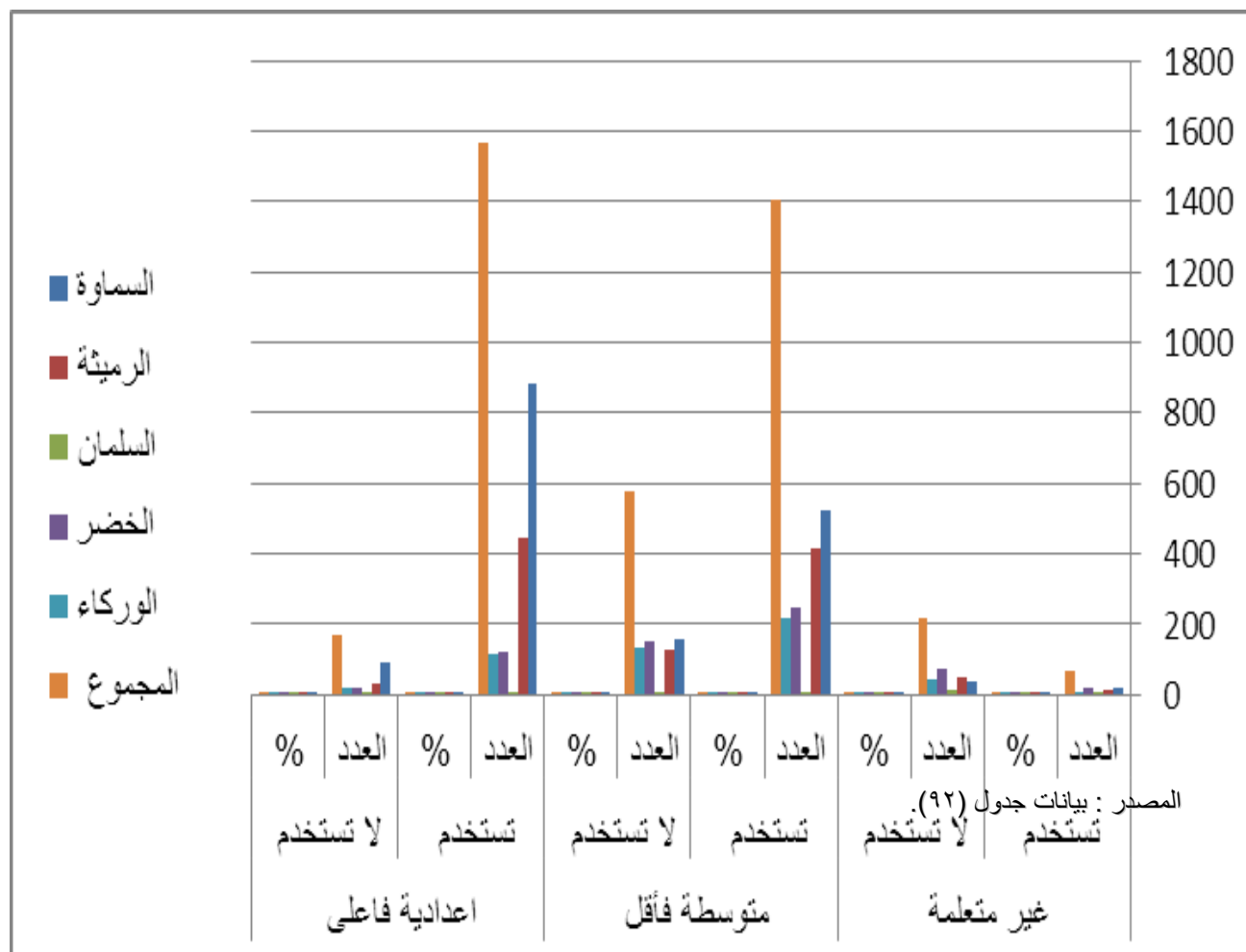
التوزيع النسبي للأمهات على وفق المستوى التعليمي وعدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

إعدادية فأعلى			متوسطة فأقل			تقرأ و تكتب			غير متعلمة			المستوى التعليمي
٥ فاكثر	2.4	1	٥ فاكثر	2.4	1	٥ فاكثر	2.4	1	٥ فاكثر	2.4	1	عدد الأطفال / القضاء
150	684	65	63	113	39	50	96	8	20	45	10	السماوة
56	176	29	163	103	18	91	82	5	24	10	6	الرميثة
...	4	1	2	2	1	1	5	1	...	2	1	السلمان
38	45	12	82	74	26	29	38	12	16	12	4	الخضر
30	53	25	62	88	16	30	35	15	21	14	5	الوركاء
274	962	132	372	380	100	201	256	41	81	83	26	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

شكل (٨)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق المستوى التعليمي وعدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



يساهم اشتراك المرأة في العمل بإحداث تغييرات كبيرة في الظروف الاقتصادية والاجتماعية، لأي مجتمع من المجتمعات، مثلما أن المساهمة الفعالة للمرأة في النشاط الاقتصادي تعد أحد العوامل المؤثرة في الانجاب، وذلك بسبب تعارض الموجود بين ممارسة المرأة لمهنة ما وكثرة الانجاب، وإن مساهمة المرأة في العمل يؤدي إلى تحسين احوالها الاقتصادية، وارتفاع المستوى المعاشي لها، ويترتب على ذلك الرغبة في تحديد انجابها للحفاظ على المستوى المعيشي والمركز الاجتماعي الجديد، وللعمل دور في تحسين الوضع الصحي للمرأة، حيث يكون لها دخل من عملها فأنها تستخدمه في تحسين ظروفها المعيشية، والتغذية الجيدة، والصحية وتحسين ظروف أطفالها، مما يمنحها دوراً في قرارات الاسرة لاسيما شؤونها الانجابية أكثر من المرأة الغير عاملة.

فمساهمة المرأة في العمل يفرض عليها أن تبقى بعيد عن أطفالها لفترة من الزمن، وبذلك تصبح أقل استعداداً لانجاب المزيد من الأطفال لما تحتاجه رعايتهم ونشأتهم من جهد ووقت كبيرين قد لا يتوفران لها وهي تمارس العمل خارج المنزل مثلما يفرض العمل على المرأة واجبات وظيفية متعددة غير انجاب الأطفال، ومما يضعف لديها الحافز لزيادة أطفالها^(١٣٤)، إن الاتجاه العام للعلاقة بين الخصوبة وعمل المرأة، يميل الى فكرة أن عمل المرأة يكون دافعاً لانجاب عدد أقل من الأطفال، وذلك من أجل المحافظة والحصول على مستقبل مهني أفضل أو لتحقيق التوافق المهني لوظائفهن الراهنة، وأتضح من خلال الدراسة الميدانية أن هنالك تفاوت بين الامهات العاملات وعدد الأطفال المولودين. فالأمهات العاملات يملن إلى انجاب أقل من (خمسة) أطفال، ولكن هنالك بعض منهن ينجبن لأكثر من خمسة أطفال رغم كل المسؤوليات الملقة عليهن كما موضح في الجدول (٠٣) وملاحظة الخريطين (١٢)(٢٢) نجد أن الامهات اللواتي انجبن أقل من (٥ أطفال) بلغت أكبر نسبة لهن في قضاء السماوة بنسبة (٤٥٪)، ثم يليه قضاء الرميثة بنسبة (٣٢٪)، وقضاء الخضر بنسبة (٢١٪)، وقضاء الوركاء بنسبة (١١٪)، بينما قضاء السلمان فلم تسجل أي نسبة فيه.

أما الأمهات غير العاملات ومن انجبن أقل من (٥ أطفال)، فقد سجلت أعلى نسبة لهن في قضاء السماوة بنسبة (٨٣٪) ثم يليه قضاء الرميثة بنسبة (٤٣٪)، وقضاء الوركاء بنسبة (٤١٪)، وقضاء الخضر بنسبة (٣١٪)، وأدنى نسبة سجلت في قضاء السلمان (١٪).

(١٣٤) السيد عبد العاطي، علم الأجماع والسكان، دار المعرفة الجامعية، كلية الآداب، جامعة

جدول (٠٣)

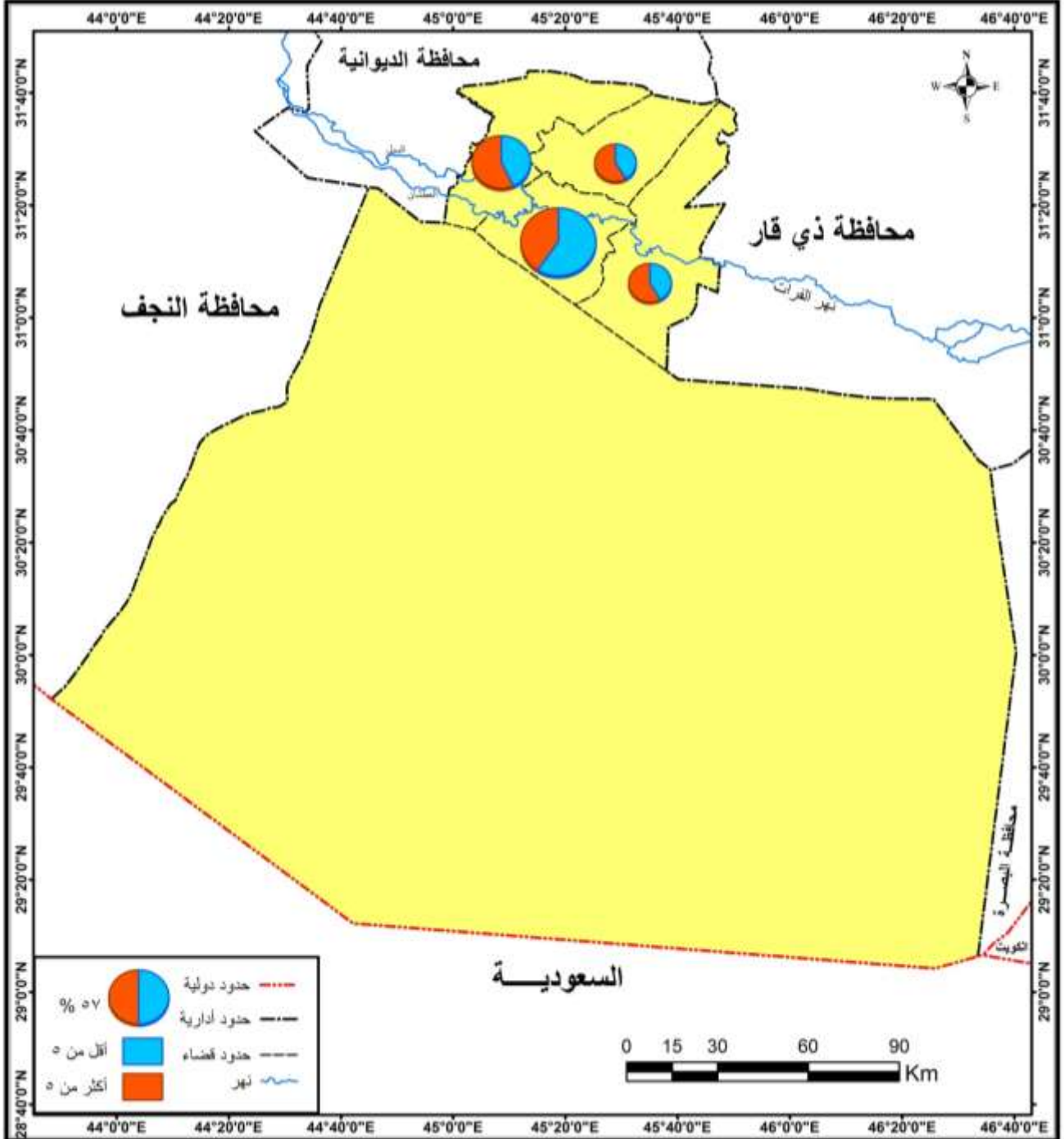
التوزيع النسبي للأمهات على وفق الحالة العملية وعدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠ هـ

الأمهات غير العاملات				الامهات العاملات				الحالة العملية
أكثر من ٥ أطفال		أقل من ٥ أطفال		أكثر من ٥ أطفال		أقل من ٥ أطفال		
العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	القضاء
240	47	374	38	153	36	576	54	السماوة
122	24	328	34	132	31	249	23	الرميثة
5	1	10	1	2	0	3	0	السلمان
67	13	123	13	74	17	124	12	الخضر
79	15	132	14	68	16	115	11	الوركاء
513	100	967	100	429	100	1067	100	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية ٢٠١٠ هـ .

خريطة رقم (١٢)

التوزيع النسبي للأمتهات العاملات على وفق عدد الأطفال في محافظة المثنى لعام ٢٠١٥



المصدر: الباحثة بالاعتماد على بيانات جدول رقم (٣٠).

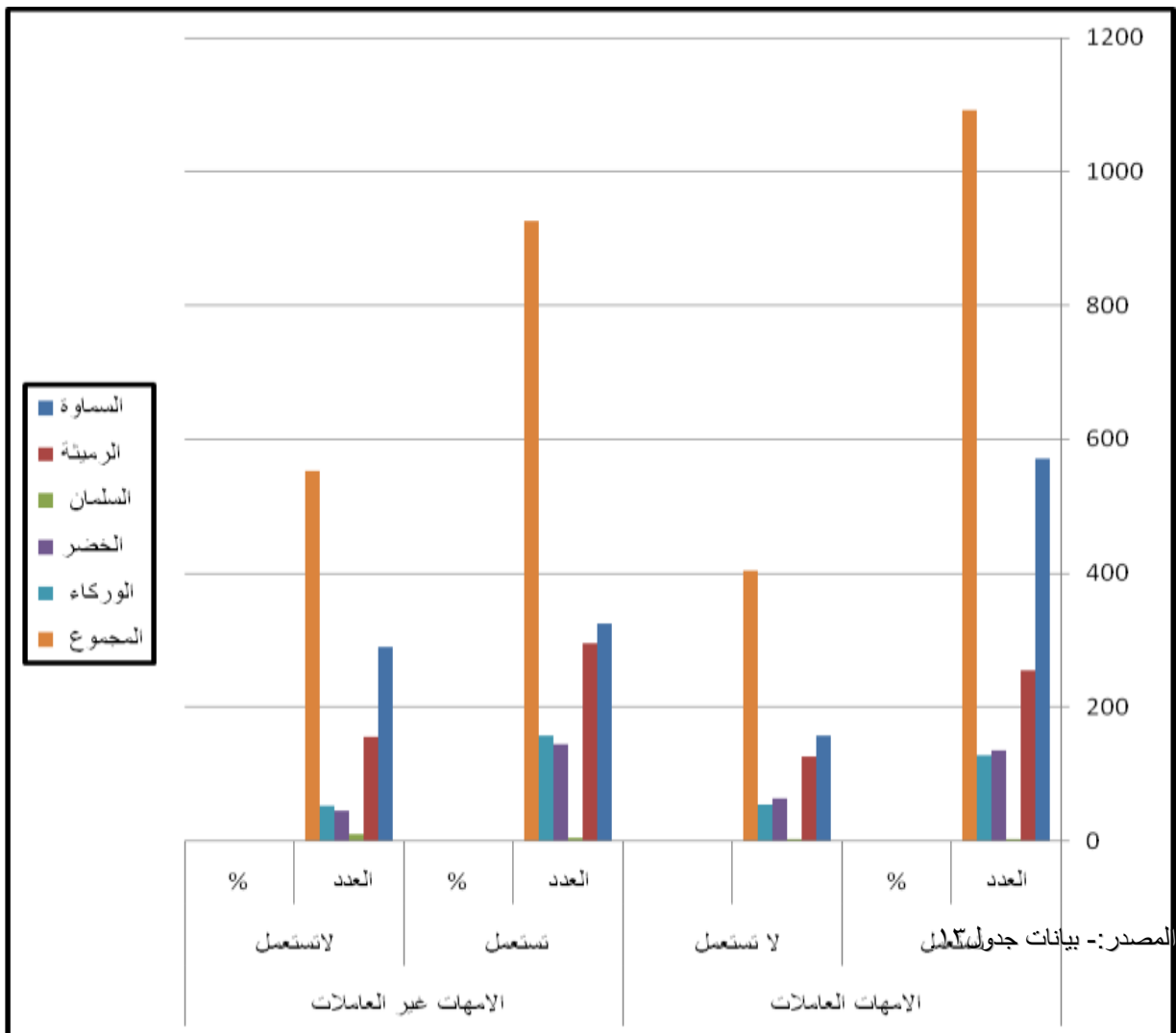
خريطة رقم (٢٢)

حزب الحزب

المصدر : الدراسة الميدانية ٥١٠٢ .

شكل (٩)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق الحالة العملية واستعمال وسائل منع الحمل في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



٣ - المتغيرات الاجتماعية والثقافية العامة :

للمتغيرات الاجتماعية والثقافية دور في الصحة الانجابية، فالخصوبة بالدول المتقدمة تكون منخفضة مقارنة بالدول النامية، حيث يعود هذا إلى الميراث الحضاري ومظاهره المتعددة، فالتصنيع والتحضر وارتفاع نسبة المتعلمين، وكذلك ارتفاع مستويات المعيشة، وتكاليف تربية الأطفال، وانخفاض معدلات الوفيات نتيجة انخفاض المواليد، أما في الدول النامية فتكون الخصوبة مرتفعة^(١٣٥). وبينت العديد من الدراسات الاجتماعية أنَّ المجتمع حاصر في الفرد حيث أنَّ كثيراً من القرارات والممارسات وأنماط السلوك التي تبدو لصيقة بالإنسان وذات طابع فردي وإنمّا هي نتائج وجود الانسان الاجتماعي البيئي^(١٣٦).

ومن خلال الدراسة الميدانية لمنطقة الدراسة من ملاحظة جدول (٣٢) وخريطة (٢٣) نجد أنَّ كثيراً من الاسر تتدخل في السلوك الانجابي، واتخاذ قرار الانجاب وتحديد حجم الاسرة، ويظهر هذا التدخل بصورة واضحة عندما يتأخر الحمل الأول بالنسبة للمتزوجين حديثاً حيث يصر الأهل على مراجعة الطبيب المختص من أجل معرفة اسباب تأخر الحمل الأول حيث نجد أنَّ أعلى نسبة لهذا النوع من التدخل سجلت في قضاء السماوة بنسبة (٣٩٪)، ثم يليه قضاء الرميثة بنسبة (٢٩٪)، وقضاء الوركاء بنسبة (١٧٪)، وقضاء الخضر بنسبة (١٣٪)،

(١٣٥) فتحي محمد أبو عيانة، جغرافية السكان أسس و تطبيقات، ص ١٤٢ .

(١٣٦) الاتحاد النسائي العام في سوريا، المرأة والصحة الانجابية، مسح اجتماعي ثقافي حول العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي، دراسة المجتمع السوري، دمشق، ١٩٩٥، ص ٣ .

وأدنى نسبة سجلت في قضاء السلطان (١٪)^(١٣٧)، ويرجع هذا التباين في تدخل أهل الزوج في شؤون ابنائهم الانجابية، وإلى تباين الظروف الاجتماعية التي تعيشها الأسرة، لاسيما أن أغلب الابناء يسكنون مع اسرهم في السنين الأولى من الزواج، هذا بدوره يسهل عملية تدخل أهل بالشؤون الانجابية.

فضلاً عن اختلاف الظروف البيئية التي تعيش فيها الأسرة، حيث نلاحظ أن المجتمعات الريفية تعد انجاب الأطفال هو مصدر قوة اقتصادية واجتماعية للأسرة، اضافة إلى أن الأطفال يشكلون عنصراً مهماً في مرحلة الشيخوخة، وهذا ما يدفع الآباء إلى انجاب أكبر عدد من الأطفال لضمان لهذه المرحلة من العمر، ورغبة في توزيع الاعالة مستقبلاً، على عدد أكبر من افراد الاسرة، بينما نجد العكس في المجتمع الحضري الذي يشجع على الاسرة قليلة العدد.

وهذا بدوره يساهم سلباً وإيجاباً في التأثير على صحة المرأة الانجابية، أما بالنسبة للأزواج فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجين قلل من كثرة الابناء، حيث يعمل التعليم على توسيع إدراك الأزواج لتحديد حجم العائلة، وذلك لوعيهم بتكاليف التربية والتعليم، بالإضافة إلى أن التعليم يقلل من العمر الانجابي للمرأة، وكذلك عمل المرأة يؤدي الى استعمالها لوسائل منع الحمل، بالمقابل هنالك ازواج يفرضون على زوجاتهم الاستمرار بعملية الانجاب رافضين استعمال وسائل منع الحمل وذلك لأن كثير يعد كثرة الأبناء مصدر قوة وتباهي، وخاصة الذكور حيث يجبرون زوجاتهم على انجاب الذكور لكي يكون السند للعائلة والضمان الاقتصادي، وحامل أسمها وهؤلاء الأزواج الذين يرغبون بالبنين مع البنات أو العكس، لذا فان الزوجة تستمر بعملية الحمل والانجاب دون أن تهتم بصحتها الانجابية في سبيل تحقيق رغبتها ورغبة زوجها بإنجاب الذكور مع الأنثى أو العكس.

(١٣٧) الدراسة الميدانية .

جدول (٢٣)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق تدخلات اهل الزوج في سلوكهن الانجابي وضغط الزوج في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢

القضاء	تدخل الاهل		ضغط الزوج	
	العدد	النسبة المئوية%	العدد	النسبة المئوية%
السماعة	423	39%	327	31%
الرميثة	315	29%	434	41%
السلمان	15	1%	15	1%
الخضر	145	13%	132	13%
الوركاء	184	17%	148	14%
المجموع	1082	100%	1056	100%

المصدر :- الدراسة الميدانية ٥١٠٢.

ومن ملاحظة الجدول (٢٣) والخريطة (٢٣) نجد أنَّ الأزواج الذين يجبرون زوجاتهم على الانجاب أعلى نسبة سجلت في قضاء الرميثة بنسبة (١٤٪)، ثم يليه قضاء السماعة بنسبة (١٣٪)، وقضاء الوركاء بنسبة (٤١٪)، وقضاء الخضر بنسبة (٣١٪)، وأدنى نسبة سجلت في قضاء السلمان (١٪).

مثلما أنَّ هناك بعض العوائق الاجتماعية والثقافية تحول دون تمتع المرأة بصحة انجابية جيدة، منها حالة الفقر التي تعيشها المرأة، وضعف المجال أمامها في سبيل الاستفادة من الموارد المتاحة في الاسرة والمجتمع، والاسواق التي تعد سبباً رئيسياً في ضعف صحتها الانجابية، حتَّى قبل أن تحمل، ثمَّ يزيد الوضع سوءاً بعد الحمل والولادة^(١٣٨).

بالإضافة الى قلة المعلومات والخيارات أدت الى عدم معرفة الامهات بالمعلومات والافكار الجديدة التي تخص صحتهن مما يجعلهن في وضع اجتماعي يتقبلن منه فكرة أنَّ الالم والمعاناة من قدر المرأة وقد لا يتصورون أنَّ الحمل والولادة يتطلبون رعاية اضافية، لذا فإنَّ كثيراً من الامهات لا يدركن ما تعنيه علامات الخطر خلال فترة الحمل،

(138) S .J. Jeebhoy ,empower .women ensure choices .key to enhancing reproductive health , presentation at safe mother hood technical in srilnka , October , 1997 , p.23.

ولا يعرف متى يحتاجن إلى الخدمات الطبية، وأين تتوفر هذه الخدمات^(١٣٩). وإنَّ العلاقات غير المتكافئة تحد من قدرة المرأة في اتخاذ القرار، وتقلل من حركتها واستفادتها من الموارد المتاحة، لذا نجد في كثير من الدول النامية أنَّ الزوج أو شخص آخر من أفراد الأسرة هو الذي يقرر أين تتم ولادة المرأة الحامل.

أنَّ تحسين وضع المرأة يعني مساعدتها في التغلب على العوائق، وتمكينها من الاختبار القائم على توفير المعلومات الكاملة والخاصة فيما يتعلق بالصحة الانجابية، كما يجب تغيير الفكرة عند بعض الامهات اللواتي يترددن في استخدام المراكز الصحية لتصورهن أنَّ الاشخاص الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية هم اشخاص متعالين، ولا يشعرون بالوضع الذي تعيشه المرأة، بل إنَّ أكثرهن يظن أنَّ التعامل مع هؤلاء الاشخاص قد يسبب لهن الاذى او قد يشعرهن بالأذى والهوان واحياناً يشعرن بان هنالك اشياء تفرض عليهن تتعارض مع ما يطمحن له، وينتج هذا عن قلة تدريب الكوادر التي تقدم الخدمات الصحية للمرأة، أو الحامل او بسبب سوء إدارة المراكز الصحية^(١٤٠).

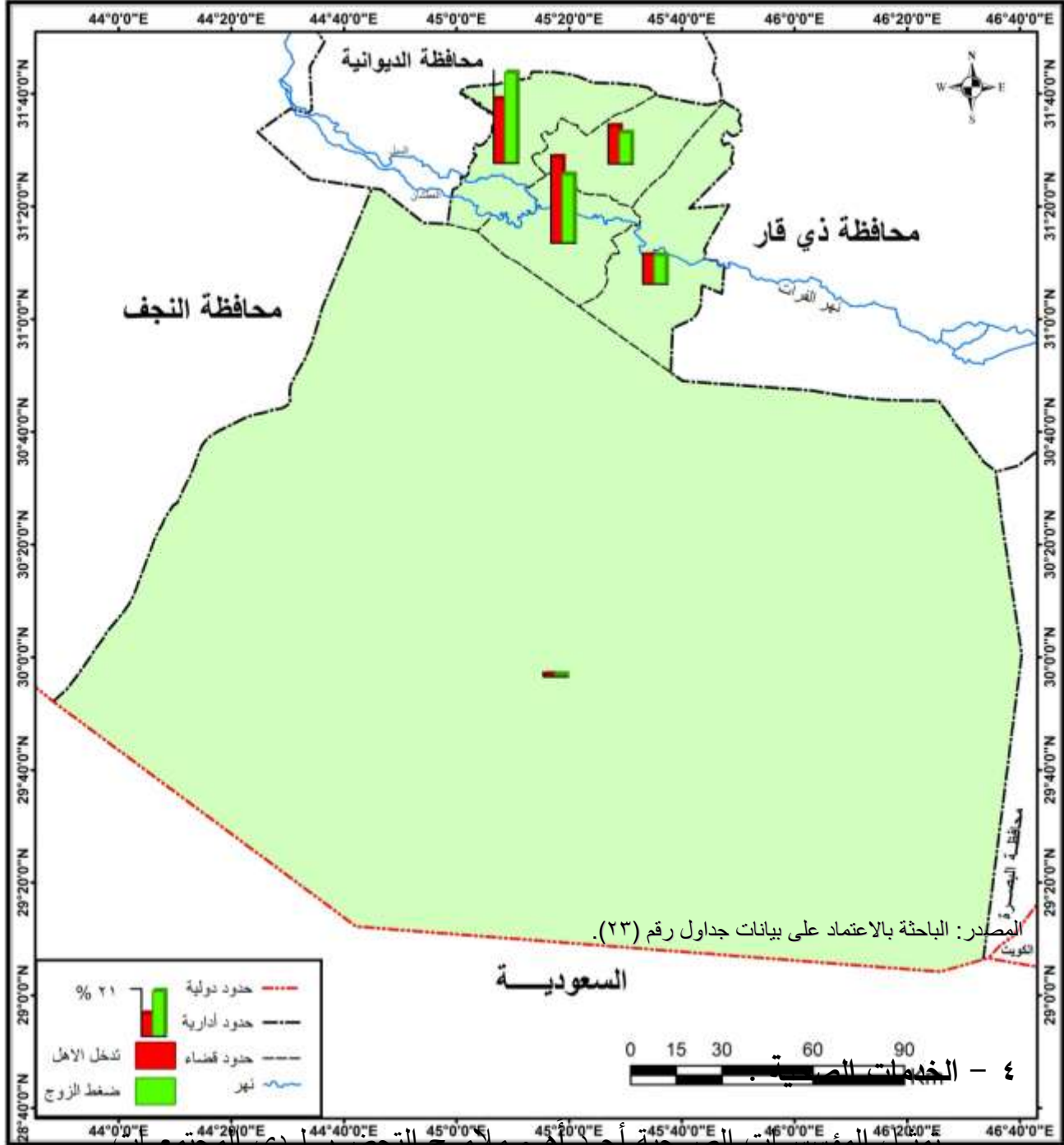
(139) United nation , the world's women , (1970-1990) trends and statistics , new York , 1991 , p.1.

(١٤٠) منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، تأجيل الحمل والولادة،

الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧/ نيسان، ابريل، ١٩٩٨، ص ٢٥.

خريطة رقم (٢٣)

التوزيع النسبي للأمهات على وفق تدخلات اهل الزوج في سلوكهن الانجابي وضغط الزوج في محافظة المثنى لعام ٥١٠٢



المعاصرة، التي تعكس مدى تحضر البلدان من خلال ما تقدمه تلك الدول من خدمات متعددة ومنها، الخدمات الصحية المتمثلة بالمستشفيات والوحدات الصحية

الأولى إضافة إلى العيادات والصيديات المتخصصة من أجل تقديم أفضل الخدمات لسكانها^(١٤١)، وتشمل المؤسسات الصحية كافة الخدمات المقدمة للوقاية من اخطار الامراض، وما يتطلب ذلك من متطلبات طبية وفنية وإدارية تساهم في الوقاية من الامراض^(١٤٢).

وإنَّ الرعاية الصحية للأم والطفل ضرورية جداً، وإحدى القضايا المهمة التي تقوم المؤسسات الدولية للعناية بها، فالأمهات والأطفال يشكلون نسبة كبيرة من السكان، خاصة في الدول النامية، وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصيغة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم وبصيغة عامة تهدف الى:-

١- أن تتمتع كل أم حامل أو مرضعة بصحة جيدة.

٢- أن تتعلم رعاية الطفل.

٣- أن تلد ولادة طبيعية.

٤- أن تلد طفلاً سليماً^(١٤٣).

ويشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم، الذي يشمل كلاً من رعاية تنظيم الاسرة والتفكير المسبق بالحمل ومرحلة الحمل ومرحلة ما بعد الولادة، كما تتضمن الرعاية المسبقة وتوفير فرص التعليم والارتقاء بالصحة وعمليات

^(١٤١) عجيل تركي الظاهر، التحليل المكاني لمراكز الرعاية الصحية الاولى في محافظة

الجهراء، الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد (٣٢)، العدد (١٣)، ٢٠٠٤، ص ٦٦٥.

^(١٤٢) ماجد عبدالله جابر وآخرون، تحليل جغرافي لكفاءة الخدمات الصحية في محافظة ذي قار

وآفاقها المستقبلية، مجلة كلية التربية، عدد خاص بأبحاث المؤتمر العلمي الدولي السابع،

جامعة واسط، كلية التربية، ٢٠١٤، ص ١٣٤.

^(١٤٣) فوزي علي جارالله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط٣، دار المعارف، مصر، ١٩٨٢،

ص ٣٥٦.

الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الاعمار الانجابية لتقليل من عوامل الخطورة التي قد تؤثر في عمليات الحمل المستقبلية.

وتعد المتابعة الصحية أثناء الحمل فرصة لكشف المشاكل الصحية التي تعاني منها الحامل أصلاً ومعالجتها أو المشاكل التي قد تحدث أثناء الحمل، وتعد متابعة الحمل ضرورية للنساء الحوامل اللواتي يتصف حملهن بالخطر واللواتي يحتجن رعاية صحية ومتابعة طبية أثناء الحمل أو عند الولادة وزيادة التنقيف بالجوانب الصحية المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها.

كذلك زيادة التوعية بالأهتمام بتغذيتها وتغذية المولود، إضافة إلى العديد من الجوانب الأخرى ولا بد للمرأة الحامل أن تقوم بالمتابعة الصحية منذ فترة مبكرة من الحمل ليساعد في الكشف المبكر عن المشاكل الصحية المصاحبة للحمل المضاعفات التي تترتب عليها مما يساعد في الحد منها ومن تفاقمها^(١٤٤)، وعلى الرغم من توفر خدمات الصحة الانجابية في كثير من المناطق إلا أن هناك مجموعة من الأسباب التي تحول دون استفادة الامهات من تلك الخدمات وهي:

أ - بعد المسافة :

يعد هذا السبب من أبرز الأسباب التي تحول دون الاستفادة من الخدمات التي تقدم في المراكز الصحية حيث أن المسافة التي يمكن أن تقطعها سيراً على الاقدام هي (٥ كم).

إذ إن النساء اللواتي يسكن ضمن مساحة (٥ كم) عن المراكز الصحية هن الفئة الأكثر استفادة من مرافق الإقامة في دور انتظار الأمومة، أما في المناطق الريفية هنالك (٨٠٪) من الامهات تعيش على مسافة تزيد عن (٥ كم) من اقرب مستشفى مثلما أن هذه المناطق تمتاز بافتقارها إلى الطرق المعبدة، وقلة المركبات جعل وسيلة النقل الوحيدة فيها هي المشي حتى في المخاض فهي تبدو شتى أن

(144) [http:// www.palnrse . com / vb / show thread . php ? t = 16897.22](http://www.palnrse.com/vb/showthread.php?t=16897.22) – 11 – 2012 .

أكثر من ٥٠٪ من النساء التيموريات زعن أن المسافة والمواصلات معاً كانت هي العقبات الرئيسية لطلب الرعاية الصحية^(١٤٥).

ب- قلة الخبرة والارشادات :

إن مشاكل الحمل متعددة وكثيرة حيث يبدأ الأهل، والاصدقاء، والمعارف بمشاركة آرائهم ومعلوماتهم عن فترة الحمل، والولادة، وبعض هذه المعلومات والعادات تكون غير صحيحة، ولا يوجد لها تفسير طبي ولها آثار سلبية على المرأة الحامل، وجنينها في الوقت نفسه، وفي بعض الأحيان تؤدي هذه المعلومات ومعتقدات المجتمع الثقافية إلى وفاة الأم وطفلها.

ج - طريقة المعاملة في المرافق الصحية :

الشخص الذي يقدم خدمة الرعاية الصحية اثناء فترة الحمل، هو الشخص الذي يجري بعض الفحوص الاساسية والاختبارات على النساء الحوامل، ويقدم لهن نصائح عن التغذية والاحتياجات التي يجب ان تتبناها الحامل^(١٤٦)، وكثيراً ما يتصف العاملين في المراكز الصحية، بأنهم قساة القلوب ولا يهتمون بالمرضى، ولهذا السبب نجد أن كثيراً من النساء يذهبن إلى (الجداث) أو (القابلة المأذونة)، أو ممن لديهن

(145) The effect of staying maternity waiting homon perinatal maternity in rural Zimbabwe.JTrop med Hyg, 1995, 98 : 261-7, pmid : 7636923.
(146) وزارة الصحة الاتحادية السودانية، الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الأمم المتحدة

للسكان، مسح الامومة الآمنة، التقرير القومي، ١٩٩٩.

خبرة للحصول على ما يحتجن إليه من رعاية اثناء الحمل، والولادة، والرضاعة، دون الذهاب إلى مراكز الرعاية الصحية.

د - وضعية المرأة والعوامل الاجتماعية والثقافية :

إنَّ المستوى الاجتماعي والثقافي للأُمَّ يؤثر في تطور الصحة العامة لها، وزيادة استيعابها لأهمية الصحة الانجابية، وصحة الطفل على حد سواء، فالثقافة تعمل على صقل مواهب الإنسان، وتنمية قدراته الفكرية، وزيادة مهاراته من أجل تحسين الوعي العام، بين أفراد المجتمع وفي انحاء كثيرة من العالم تتصادم أهمية المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها، ولاسيما فيما يتعلق بالإنجاب مثلما أنَّ القرارات الخاصة برعاية الامومة غالباً، ما تتخذها أُمُّ الزوج او الزوجة غافلين عن العواقب الوخيمة الممكنة الحدوث للام الحامل^(١٤٧).

(147) Ministry ,of health and family welfare ,safe mother hood :Awomens Right to life information Kit,Bangladesh,1997.

هـ - التكاليف المالية :

يعد هذا السبب من أهم الأسباب التي تحد من الاستفادة من الخدمات التي تقدم في المراكز الصحية، وذلك من خلال فرض رسوم غالباً ما تكون منخفضة أو لاوجود لها، ولكن توجد هناك رسوم غير رسمية تدفع سراً إلى العاملين في المراكز الصحية، وهي غالباً ما تكون باهضة الثمن لذلك تضطر المرأة الحامل إلى الذهاب إلى القابلة المأذونة التي تكون تكاليفها المالية محددة مسبقاً وقليلة مقارنة بالمستشفيات، ووضحت دراسة أجريت في نيجريا بأن التحول من توفير خدمات الرعاية التوليدية مجاناً إلى تقاضي رسوم عليها قد قلل من دخول الأمهات إلى المستشفيات عموماً، وبالمقابل أرتفعت حالات الطوارئ التوليدية زيارة كبيرة مما اقضى ذلك على زيادة وفيات الامهات^(١٤٨)، كان العراق من بين الدول التي تمتاز بأفضل الخدمات الصحية في المنطقة إلا أن تقلص الصرف، وتفاقم الإهمال، مقروناً بسوء الإدارة على مدى أكثر من عقدين من الزمن أدى إلى تدهور في هذه الخدمات^(١٤٩).

وفي عام ١٩٩٧ أفادت التقارير والبرنامج التنسيقي الإنساني للعراق التابع للأمم المتحدة لعام ٢٠٠٣ (HCG) إلّا أنّ ثلاثة أرباع المعدات الطبية معطلة، واثناء الحرب التي نشبت في منتصف اذار ٢٠٠٣ أفادت التقارير إلى أنّ هناك المزيد من الدمار الذي لحق بالبنية التحتية.

(١٤٨) منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط لتحسين الاستفادة من خدمات

صحة الأمومة، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، لانيسان، ابريل، ١٩٩٨ب، ٢.

(١٤٩) علاء الدين العلوان، الصحة في العراق، الوضع الراهن والرؤى الجديدة في وزارة الصحة،

٢٠٠٤، ص ٧.

ويعد القطاع الصحي في العراق من أكبر القطاعات التي شهدت تدهوراً كبيراً في السنوات الأخيرة، لأسباب متعددة من أبرزها غياب أو عدم وجود تشريعات حقيقية تتعلق بالجوانب والقضايا الصحية، وعدم توفر الملاكات الصحية في العراق يعود الى سببين: أولهما: إنّ العراق كان لديه نسبة عالية من الاطباء والصحيين الاجانب الذين عادو إلى أوطانهم بسبب حرب الخليج الأولى أو بسبب تدهور قيمة الدّينار العراقي، وأما السبب الثاني: لمغادرة موظفي الصحة المحليين لبلادهم الاسباب نفسها مثلما أنّ بعض موظفي الصحة تركوا العمل في قطاع الصحة العام، بحثاً عن فرص عمل في قطاعات أخرى، أو قطاع الصحة الخاص .

والتحسين بعد هذا التدهور مؤشراً لارتفاع دخول الموظفين، ولكن لازال الطريق طويلاً للوصول إلى مستويات ما قبل حرب الخليج الأولى، فضلاً عن تأخر في مستوى التعليم للأطباء الشباب، لاسيما وقد تم اعاقه عملية التحديث والتطوير العلمي للأطباء المختصين، بسبب عدم إمكانية الوصول الى المؤلفات الطبية الدولية منذ عام ١٠٩٩ (١٥٠)، بالإضافة إلى أنّ ربع عدد الإخصائيين الذين يقدمون خدمات للأُمّ والطفل لم تسمح لهم فرصة الحصول على تدريب مهني.

وثبت من نتائج المسح أنّ الغالبية العظمى من الاطباء العاملين الصحيين يفتقرون إلى المعرفة الأساسية وإلى المواقف او المهارات اللازمة لتقديم القدر الأمثل من رعاية الأمّ والطفل (١٥١).

أما بالنسبة لخدمات الصحة الانجابية في محافظة المثنى، فهناك مجموعة من المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة التي تقوم بتقديم خدمات الصحة الانجابية للأمهات في المحافظة وهي:

أ - مراكز الرعاية الصحية الاولى :

(150) Garfled ,r .,s .zaidi and j .lennolc , medical care in Iraq after ;Ait years of sanction British medical journal,1997,22.

(151) <http://65-17-227.80/Elaph web/Health/2008/2/306492-hm>.

يوجد عدد كبير من مراكز الرعاية الصحية في منطقة الدراسة، حيث بلغ عددها حوالي (٦٩) مركزاً صحياً، موزعه في كافة الاقضية التابعة للمحافظة، حيث تتمركز (٣٤) مركزاً منها في قضاء السماوة، و(١٢) مركزاً في قضائي الوركاء والرميثة، و (١١) مركزاً في قضاء الخضر^(١٥٢).

ومن ملاحظة جدول (٣٣) والشكل (١٠) نجد أنَّ الامهات يختلفن في مراجعتهن للمراكز الصحية، منها تراجع وبلغ أعلى نسبة لهن في قضاء السماوة بنسبة (٩٤٪) ويليه، قضاء الرميثة بنسبة (٧٢٪) ثُمَّ قضائي الوركاء والخضر بنسبة (١١٪) لكلٍ منهما، وأخيراً قضاء السلطان بنسبة (١٪).

وهذا الاختلاف يرتبط بمدى وعي المرأة وتقديرها لأهمية صحتها بصورة عامة وصحتها الانجابية وصحة الجنين بصورة خاصة.

أما من يراجعن المراكز الصحية فقط عند الشعور بأعراض معينة وأعلى نسبة لهن سجلت في قضاء السماوة (٤١٪) وأقلها في قضاء الخضر (١٦٪) بينما سجلت في قضاء السلطان نسبة (صفر ٪)، وهناك من يراجعن المراكز الصحية على وفق إرشادات الطبيب، وأعلى نسبة لهن سجلت في قضاء السماوة بنسبة (٤٥٪)، وأقلها في قضاء السلطان (١٪)، وهذا يرتبط بالعامل الاقتصادي، فكلما كانت الحالة الاقتصادية جيدة للأُم كلما راجعت العيادات الطبية الخاصة وكلما قلت مراجعتها للمراكز الصحية لأنها لا تستطيع دفع تكاليف العيادات الخاصة العالية وهنالك من لا تراجع نهائياً وأعلى نسبة لهن سجلت في قضاء الرميثة بنسبة (٤٠٪)، وأقلها في قضاء السلطان بنسبة (١٪).

جدول (٣٣)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن المراكز الصحية في الحمل الاخير على وفق إشارات الطبيب والحالات الاخرى في محافظة المثنى لعام ٢٠١٢

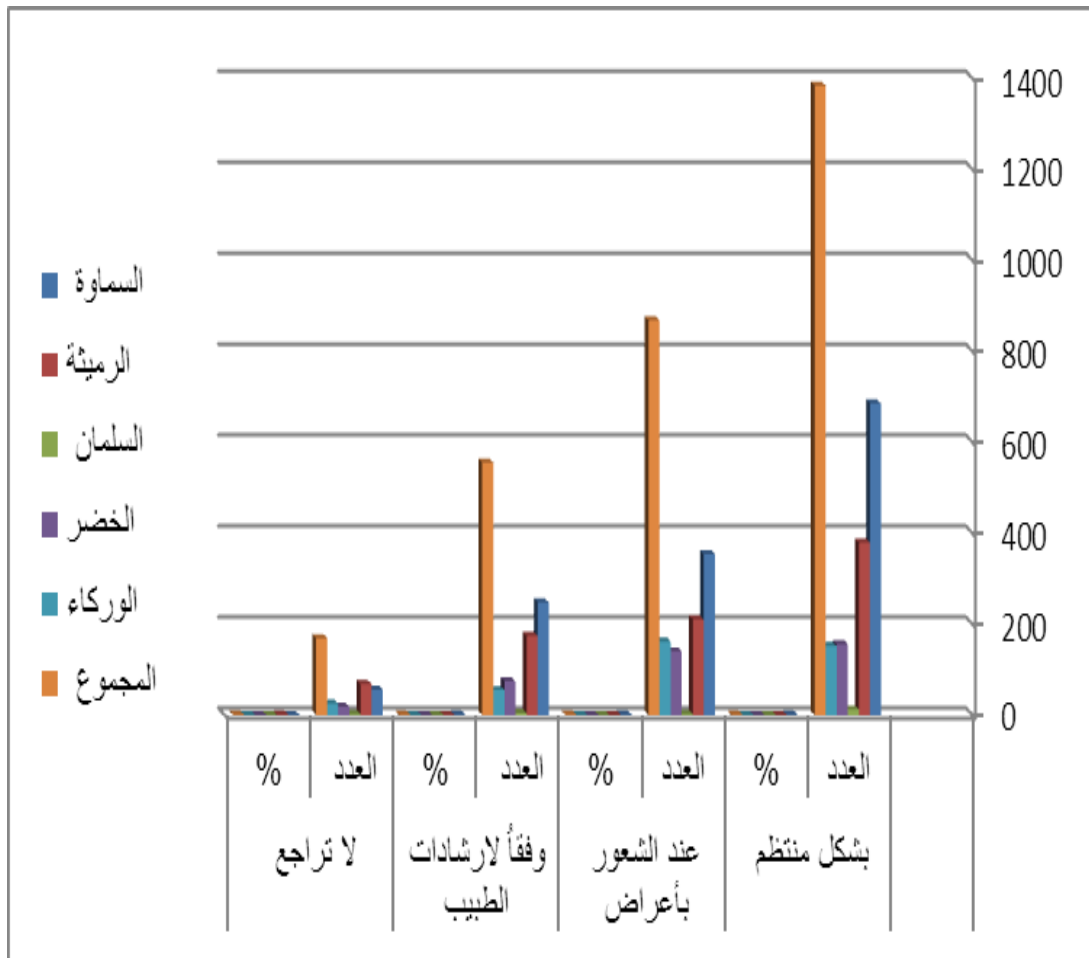
(١٥٢) دائرة صحة محافظة المثنى، شعبة الإحصاء الصحي والحياتي، بيانات غير منشورة،

طبيعة الزيارة		بشكل منتظم		عند الشعور بأعراض		وفقاً للإرشادات الطبيب		لا تراجع	
القضاء	العدد	النسبة % المئوية	العدد	النسبة % المئوية	العدد	النسبة % المئوية	العدد	النسبة % المئوية	العدد
السماوة	685	49	354	41	248	45	56	33	
الرميثة	379	27	210	24	174	31	68	40	
السلمان	12	1	2	0	4	1	2	1	
الخصر	156	11	140	16	74	13	18	11	
الوركاء	152	11	162	19	55	10	25	15	
المجموع	1384	100	868	100	555	100	169	100	

المصدر :- الدراسة الميدانية، ٢٠١٠.

شكل (٠١)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن المراكز الصحية في الحمل الأخير على وفق إشارات الطبيب والحالات الأخرى في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠



المصدر : بيانات جدول (٣٣)

كما تتلقى بعض الأمهات الرعاية الصحية في العيادات الخاصة لاسيما ذوات الدخل المرتفع منهن ولا يقمن بزيارة المراكز الصحية إلا لأجراء التلقيح فقط، إذ لا تثق كثيراً من الأمهات بطبيب المركز الصحي كونه ليس من ذوي الاختصاص بشؤون الأمراض النسائية والتوليد في حين تميل الأمهات ذوات الدخل المنخفض أو المتوسط إلى مراجعة المؤسسات الصحية العامة مثل العيادات الشعبية و مراجعة المستشفيات لاستشارة ذوي الاختصاص في مراكز الرعاية الصحية الأولية، دون أن يعني ذلك أنهن لا يقنن بمراجعة العيادات الخاصة عند الضرورة لذلك، كما أن هنالك من الأمهات اللواتي يعتمدن على خبرتهن في الحمل السابق ولا يراجعن المراكز الصحية إلا لأجراء التلقيح إذا ما احتجن

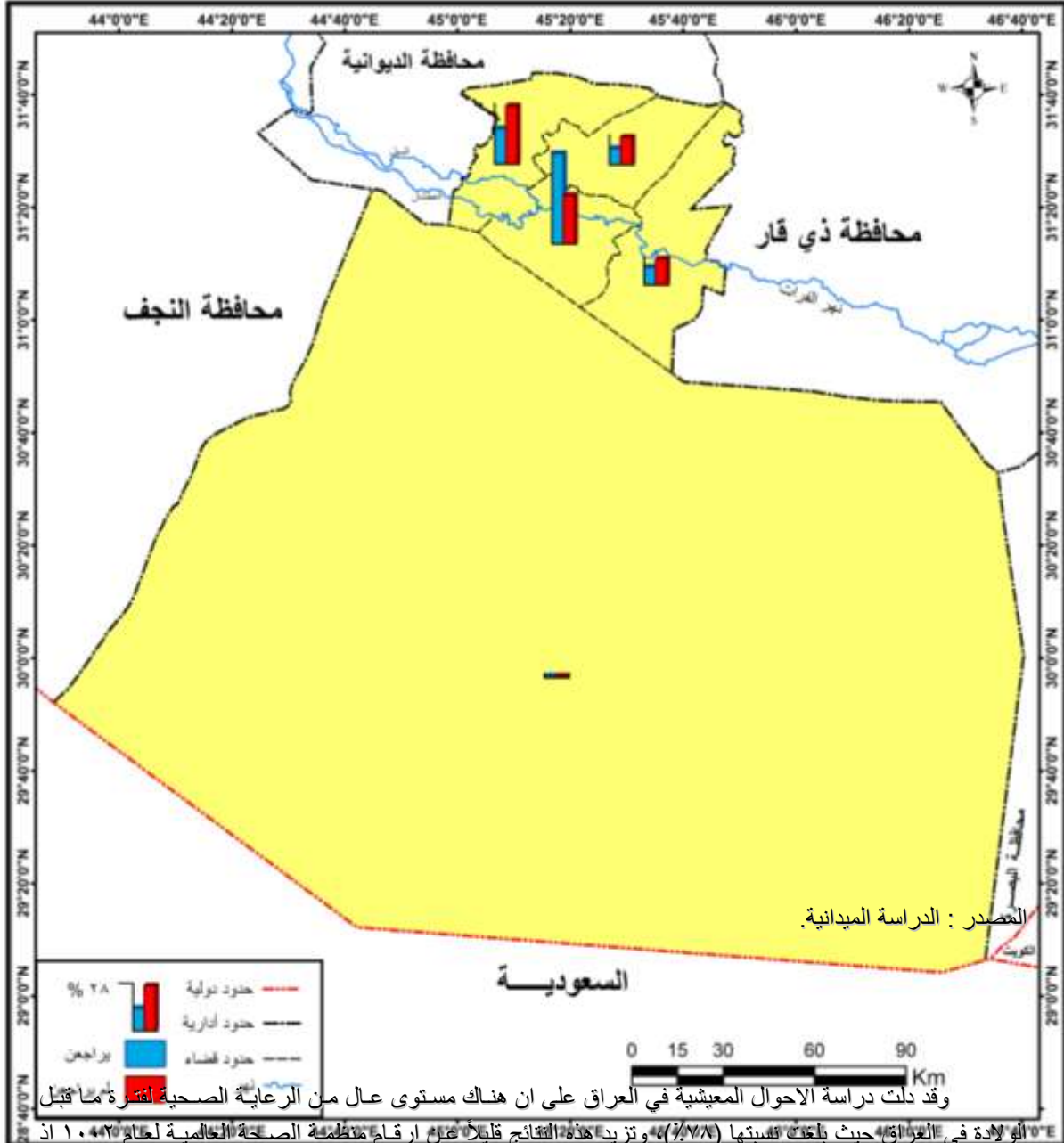
اليه، ولقد تباينت نسبة الامهات المراجعات للعيادات الخاصة بالأمراض النسائية والتوليد خلال حملهن الاخير في اقصية محافظة المثلى وعلى نسبة للواتي راجعن في قضاء السماوة بلغت (٦٥%) ويليه قضاء الرميثة (٢٢%) ثم قضائي الخضر والوركاء بنسبة (١١ - ٠١ %) على التوالي واخيراً قضاء السلمان بنسبة (١%). وان السبب في ارتفاع نسبة الامهات اللواتي اعتمدن على المراكز الصحية وقلة مراجعتهم للعيادات الصحية الخاصة لمجموعة من الاسباب اهمها امكانياتها المادية ومدى قدرتها على تحمل تكاليف تحاليل الدم والادار وكذلك اجراء فحص السونار لمتابعة صحتها وصحة طفلها فضلاً عن تكاليف الدواء التي لا يستطيع تحملها ذوات الدخل المحدود أما السبب الاخير فهو الوضع الصحي للأمهات

جدول (۴۳)

اللواتي لم يراجعن		اللواتي راجعن		القضاء
%	العدد	%	العدد	
30	389	56	954	السماوة
36	459	22	372	الرميثة
1	10	1	10	السلمان
16	203	11	185	الخضر
17	216	10	178	الوركاء
100	1277	100	1699	المجموع

رقم الخريطة (٤٢)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي راجعن العيادات الطبية الخاصة خلال حملهن الأخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠



وقد دلت دراسة الأحوال المعيشية في العراق على أن هناك مستوى عال من الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة في العراق حيث بلغت نسبتها (٧٨٪)، وتزيد هذه النتائج قليلاً عن أرقام منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٤ إذ وجدت دائرة الصحة الانجابية والرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة أن (٨٧٪) من الحالات تلقت الرعاية المناسبة

ظظظظظظ

اي انها تقترب من مستوى الدول المجاورة حسب دراسات الصحة لعام ٢٠٠٤ اذ بلغت في الاردن (٦٩٪) وفي الكويت (٥٩٪) وفي السعودية (٩٠٪) وكانت في العراق اعلى نسبة من سوريا التي سجلت (١٧٪) وايران (٧٧٪)(١٥٣).

أما بالنسبة لتلقيح الكزاز فقد تبين من المسح الميداني وكما موضح في الجدول (٣٥) والشكل (١١) بان اعلى نسبة لهن في قضاء السماوة (٦٥٪) واقلها في قضاء السلطان (١٪) من الامهات قد تلقن كافة اللقاحات الخاصة بالحمل الاخير حيث بلغت اعلى نسبة للأمهات اللواتي تلقت بعض هذه اللقاحات بلغت اعلى نسبة لهن في قضاء الرميثة (١٤٪) واقلها في قضاء السلطان (١٪) في حين بلغت اعلى نسبة للأمهات اللواتي لم يتلقين اي لقاح خلال فترة حملهن الاخير في قضاء السماوة (٥٣٪).

جدول (٣٥)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي تلقت لقاح الكزاز اثناء الحمل الاخير في محافظة المثنى لعام ٢٠١٠

القضاء	جميع اللقاحات		بعضها		لم يتلقين اللقاح	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
السماوة	984	56%	182	25%	177	35%
الرميثة	464	26%	289	41%	78	16%
السلطان	12	1%	5	1%	3	1%

(١٥٣) وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات، مسح

الاحوال المعيشية في العراق، ٢٠٠٤، الجزء الثاني، التقرير التحليلي، الطبعة الاولى،

بغداد، العراق، ٢٠٠٥، ص ٧٤.

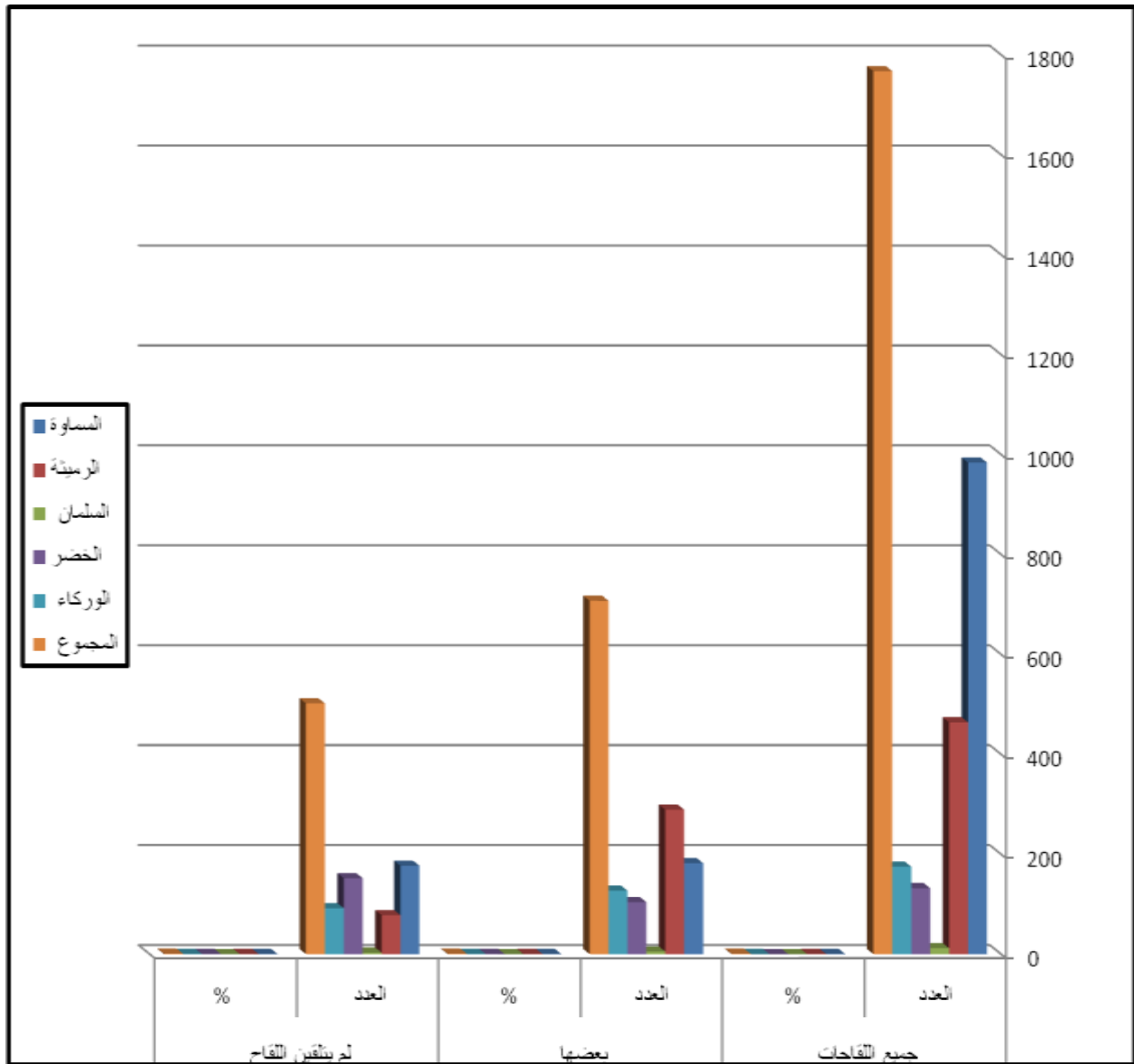
غغغغغغغغ

30%	152	15%	104	7%	132	الخضر
18%	92	18%	127	10%	175	الوركاء
100%	502	100%	707	100%	1767	المجموع

المصدر :- الدراسة الميدانية

شكل (١١)

التوزيع النسبي للأمهات اللواتي تلقن لقاح الكزاز أثناء الحمل الأخير في محافظة المثني لعام ٢٠١٥



المصدر :- بيانات جدول (٣٥)

ب - المستشفيات الحكومية والخاصة :

باب (ب) باب

عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفى ((جزء اساسي من نظام اجتماعي وصحي وظيفتها تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، وتشمل هذه الرعاية الخدمات بنوعها الوقائي والعلاجي وخدمات العيادات الخارجية التي تمتد الاسر في بيئتها المنزلية، كما يكفل المستشفى للمرضى الداخليين مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتدريب ويعتبر المستشفى ايضاً مركزاً لتدريب العاملين في المجال الصحي ولأجراء بحوث طبية واجتماعية)) (١٥٤).

وتوجد في محافظة المثنى (٤) منها مستشفيات حكومية (٣) مستشفى عام و (١) مستشفى تخصصي موزعة على ثلاثة اقصية يضم قضاء السماوة (٢) واحد عام والثاني تخصصي وفي قضاء الرميثة مستشفى واحد وفي قضاء الخضر مستشفى واحد أما في بقية الاقصية (الوركاء والسلمان) لا يوجد فيها اي مستشفى (١٥٥).

ان المستشفيات الحكومية فيها اختصاصات مختلفة عامة وأطفال والولادة والأطفال ونسائية وتوليد وتخصصات اخرى فالمستشفى هو الذي يقدم رعاية طبية وتمريضية لأكثر من فرع من الفروع الطبية فالمستشفى الذي يحوي على اجنحة مخصصة للأمراض الباطنية وامراض الأطفال والجراحة العامة والامراض النسائية وغيرها (١٥٦).

أما بالنسبة لمستشفيات الأطفال في محافظة المثنى يوجد مستشفى (١) تخصصي للولادة والأطفال في قضاء السماوة، أما بالنسبة للمستشفيات الخاصة فلا توجد في محافظة المثنى اي مستشفى خاص، أما بالنسبة لعدد الاطباء الاختصاص في النسائية والتوليد في منطقة الدراسة نحو (٧١) طبيب (١٥٧).

وهذا العدد لا يتناسب مع عدد السكان في المحافظة واقصيتها ونواحيها وهذا يؤكد الى نقص في الكادر الطبي في المحافظة بالإضافة الى النقص الواضح في المستشفيات مع الزيادة الواضحة في عدد السكان التي اصبحت لا تلبى حاجة المحافظة محلياً حيث يضطر العديد من المواطنين الى الذهاب الى المحافظات الاخرى (١٥٨).

٥ - العامل السياسي :

ان للعامل السياسي دور فعال في تحسين مستوى الصحة الانجابية من خلال الخدمات الصحية المقدمة لها ومن خلال التشريعات التي تصدرها الحكومة والمتعلقة بصحة المرأة ، اذ ان توفر كافة خدمات الصحة الانجابية للأمهات وبأسعار رمزية وفي مناطق قريبة يسهل الوصول اليها يمكن لجميع الامهات ومن كافة الطبقات الاجتماعية من الاستفادة منها ، فضلاً عن توفير وسائل منع الحمل وجعلها في متناول جميع الامهات اللواتي يرغبن بتنظيم نسلهن ، في حين يمكن ان تكون قلة خدمات الصحة الانجابية وضعف مستواها وصعوبة الوصول اليها - وبعد عاملا مهما يسهم في تردي مستوى الصحة الانجابية للأمهات. ويمكن ان يتضح دور العامل السياسي من خلال التشريعات والقوانين التي تصدرها

(١٥٤) يحيى عبد الحسن فليح الجياشي، النمو الحضري، دائرة في اتجاهات التوسيع العمراني في مدينة السماوة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القادسية، ٢٠٠٨، ص ١٥.

(١٥٥) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

(١٥٦) يحيى عبد الحسن فليح الجياشي، النمو الحضري، دائرة في اتجاهات التوسيع العمراني في مدينة السماوة، مصدر سابق، ص ١٤.

(١٥٧) بالاعتماد على التقرير السنوي لعام ٢٠١٠، وزارة الصحة، ص ١٣٤.

(١٥٨) طه حمادي الحديثي ، جغرافية السكان ، دار الكتب للطباعة والنشر ، جامعة الموصل ، ٢٠٠٠، ص ٤٢٦.

الحكومة والتي قد تسهم سلباً أو ايجاباً في صحة المرأة الانجابية ، مثال ذلك تشجيع الانجاب ومنح مخصصات اضافية للأطفال الجدد ، وهذا قد يشجع بعض الاسر لاسيما البسيطة منها في زيادة عدد الأطفال المنجبين في سبيل الاستفادة من تلك المخصصات(١٥٩). بدأت اول خطوة في مجال تنظيم النسل في العراق في النصف الثاني من عام ١٩٩١ حيث شارك العراق في مؤتمر التكاثر السكاني و تنظيم النسل بدعوة من منظمة الصحة العالمية، وبعد ذلك تم تأسيس قسم تنظيم الاسرة في الجمعية الطبية العراقية في النصف الثاني من عام ١٩٩١، وقد دعم الاتحاد الدولي لتنظيم الاسرة جمعية تنظيم الاسرة العراقية للمساهمة مع وزارة الصحة في مشروع الصحة الانجابية و تنظيم الاسرة في العراق .

شهدت المدة (١٨٩١ – ١٩٩١) متغيرات كثيرة، الحروب و الحصار الاقتصادي المتعدد الوجة وكذلك السياسة المشجعة على زيادة الانجاب القسري والتي اثرت سلباً على الخدمات الصحية و خاصة في مجال الام و الطفل و تنظيم الاسرة و عدم توفر وسائل منع الحمل في العراق من خلال وزارة الصحة او القطاع الخاص او من اي جهة اخرى مما ادى الى ارتفاع المرضى ووفيات الامهات والأطفال حديثي الولادة و دون سن الخامسة(١٦٠).

الا ان في عقد التسعينات تبنت الدولة سياسة تنظيم الاسرة عن طريق جمعية الاسرة، وحصلت جمعية تنظيم الاسرة خلال الاعوام ١٩٩١ – ١٩٩٦ على كميات محدودة من وسائل تنظيم الاسرة من الاتحاد الدولي لتنظيم الاسرة (IPPF) غطت الحالات الصحية الخاصة، ويظهر ايضاً تأثير العامل السياسي للدولة على الصحة الانجابية من خلال تنشيط دور وسائل الاعلام بكافة وسائلها المرئية و المقروءة في توعية المواطنين بأهمية الرعاية الصحية لام بمرحلة ما قبل الحمل ومرحلة الحمل وما بعد الحمل و التأكيد على اهمية تلقي اللقاحات سواء للام والطفل .

وينبن اثر العوامل والمتغيرات الذاتية والموضوعية على صحة الام الانجابية والتي تعمل بشكل مترابط مع بعضها بعض و بدرجات متباينة وفقاً لظروف البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية التي تعيشها الام ، وهذا يشير الى ان صحة المجتمع تتجسد في صحة الأم وهذا يعني ان الأم ليست الوحيدة المسؤولة عن صحة الأطفال والمجتمع فالرجال والمؤسسات الصحية والتربوية والمؤسسات الخدمية الحكومية والأهلية تشترك جميعها في هذه المهمة ، الا ان على المرأة عامة والأم خاصة مسؤولية اكبر من ذلك لأن صحة الوليد مرتبطة بصحتها خلال فترة الحمل وبأوضاعها قبله وبعده وان وقاية الأطفال من الامراض وتقديم المساعدة الفورية لهم مرتبطة بوعيها وادراكها(١٦١).

(١٥٩) الدراسة الميدانية، ٢٠١٥.

(١٦٠) وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، الجهاز المركزي لإحصاء، اتجاهات الانجاب و تنظيم الاسرة في العراق التحديات و التدخلات، جمهورية العراق، ٢٠١٢، ص ٢٤ .

(١٦١) صبري مصطفى البياتي ، التحليل الكمي في الجغرافية العربية المعاصرة ، مجلة الجغرافي العربي، تصدرها الامانة العامة لاتحاد الجغرافيين العرب ، الاعداد، ٣، ٢، بغداد، ١٩٩٥، ص٢٣٢.

((المصادر))

المصادر العربية :

أولاً : القرآن الكريم.

ثانياً : الكتب العربية.

١. ابراهيم طه، الصحة الانجابية وتنظيم الاسرة في السودان، اكااديمية السودان لعلوم الاتصال، الخرطوم، ١٩٨٨.
٢. ابو الاعلى الموعودي، حركة تحديد النسل، مؤسسة الرسالة، ١٩٧٥.
٣. أحمد الخشاب، سكان المجتمع العربي، مكتبة القاهرة الحديثة ١٩٦٤.
٤. أحمد خالد علام وآخرون، التخطيط الإقليمي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٧.
٥. أحمد رجاء عبد الحميد رجب، الصحة الانجابية، جامعه الازهر، ط ١، ٢٠١٣.
٦. ام كلثوم كمي، مصطفى الطيب، قضية تحديد النسل عن الشريعة الاسلامية، ط ٢، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، ١٩٨٢.
٧. رياض راشد البناء، تحليل البيانات السكانية لأغراض التخطيط التربوي، مكتبة التربية لدول الخليج العربي، ادارة البرامج التربوية و العلوم، ١٩٨١.
٨. السيد عبد العاطي، علم الاجتماع والسكان، دار المعرفة الجامعية، كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، ١٩٩٩.
٩. صالح وهبي، قضايا عالمية معاصرة، عرض وتحليل لاهم المشكلات العالمية المعاصرة، المطبعة العالمية، دمشق، ٢٠٠٤.
١٠. طه حمادي الحديثي، جغرافية السكان، دار الكتب للطباعة والنشر، جامعة الموصل، ٢٠٠٠.
١١. عباس فاضل السعدي، دراسة في جغرافية السكان، منشأة المعارف، الاسكندرية، ١٩٨٠.
١٢. عبد الحميد الغزالي، مذكرات في اقتصاديات السكان، مكتبة القاهرة، ط ١، القاهرة، ١٩٧٠.
١٣. عبد الرحمن مصيغر وسمير الميلادي، الوضع الغذائي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون الخليجي، منظمة الاغذية والزراعة، المكتب الإقليمي للشرق الأدنى، القاهرة مركز البحرين للدراسات والبحوث، دولة البحرين، ط ١، ١٩٩٨.
١٤. عبد الرزاق عياش حسين، نشأة مدن العراق وتطورها، معهد البحوث الدراسية، القاهرة، ١٩٩٧.
١٥. عبد الفتاح وهيب، جغرافية السكان، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٧٩.
١٦. عبد المنعم عبد الحي، علم السكان، المكتبة الجامعي الحديث، الاسكندرية، ١٩٩٦.
١٧. عبد علي الخفاف، جغرافية السكان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، ١٩٩٩.
١٨. عبدالله عبد الدايم، التخطيط التربوي، اصولية واساليب الفتية وتطبيقاته في البلاد العربية، ط ١، دار علم الملايين، ١٩٦٦.
١٩. علاء الدين العلوان، الصحة في العراق، الوضع الراهن والرؤى الجديدة في وزارة الصحة، ٢٠٠٤.
٢٠. علياء شكري، المرأة بين الحضر والريف، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ١٩٩٨.
٢١. عمر رضا كماله، النسل والعناية به، ج ١، سلسلة البحوث الاجتماعية رقم ١١ ط ٢، مؤسسة الرسالة، بيروت، ١٩٧٩.
٢٢. فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان اسس و تطبيقات، دار المعرفة الجامعية، جامعة بيروت العربية، ١٩٩٩.
٢٣. فتحي محمد ابو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٩٥.
٢٤. فتحي محمد ابو عيانة، جغرافية السكان "اسس وتطبيقات"، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، ١٩٩٣.
٢٥. فتحي محمد ابو عيانة، مشكلات السكان في الوطن العربي، دار المعرفة، الاسكندرية، ١٩٨٧.
٢٦. فتحية تركي و واشما مالهوترا، الدليل الطبي لتقييم خدمات الصحة الانجابية والجنسية، ط ٣، لندن.
٢٧. فوزي علي جارالله، الصحة العامة والرعاية الصحية، ط ٣، دار المعارف، مصر الجامعية، ١٩٨٢.
٢٨. محمد أحمد بيومي، علم الاجتماع، الدار الجامعية، القاهرة، ١٩٨٨.
٢٩. محمد عبد الرحمن الشرنوبى، التركيب السكاني لدولة الكويت، مطابع سجل العرب، ١٩٧١.

٣٠. محمد عوض جلال الدين، بعض قضايا السكان والتنمية في السودان ودول العالم الثالث، دار الطباعة جامعة الخرطوم، الخرطوم، ١٩٨٠.
٣١. محمود حسين، الاسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨١.
٣٢. موسى سمحة، جغرافية السكان، الشركة العربية المتحدة للتسويق و التوريدات بالتعاون مع جامعة القدس، القاهرة، ٢٠٠٨ .
٣٣. ناهدة عبد الكريم حافظ وزيد عبد الكريم جابر، الخدمة الاجتماعية الطبية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، كلية الآداب، جامعة بغداد، ١٩٩٥.
٣٤. نبيل السمالوطي، علم الاجتماع والتنمية، دراسة في اجتماعيات العالم الثالث، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت، ١٩٨١.
٣٥. نبيل يونس ومجموعته، صحة المرأة – أمراض النساء في منظور طبي واجتماعي، سلسلة السياسات السكانية في مجال الصحة الانجابية، ١٩٩٤.

ثالثاً: الرسائل والاطاريح الجامعية.

١. أحمد عبد المجيد العريان، العلاقة بين الرعاية الصحية للام ووفيات الاطفال الرضع في الأردن، رسالة ماجستير في الجامعة الأردنية، الاردن، ١٩٩٥.
٢. اسيل ابراهيم طالب، القوة العاملة الانثوية في قضاء الرصافة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية للبنات، جامعة بغداد، ٢٠١٠.
٣. حشمة محمود امين، الصحة الانجابية للمرأة اللاجئة في المجتمعات وتأثير المتغيرات الاجتماعية عليها، دراسة قيم الوحدات، رسالة ماجستير، مقدمة الى كلية الدراسات العليا، الجامعة الاردنية، ٢٠٠٤.
٤. خيرية يحيى، انعكاس الحالة المادية والاجتماعية على الاحياء السكنية في مدينة نابلس (دراسة مقارنة)، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، ٢٠١٢.
٥. راتب ابو زهرة، مستويات و اتجاهات الخصوبة و الوفيات السكان مخيم البقعة لعام ١٩٨٦، رسالة ماجستير، الجامعة الاردنية، ١٩٨٢.
٦. زين العابدين محمد صالح ومحمد المهدي، اثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على وفيات الامهات الرضع بولاية نهر النيل، اطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، ٢٠١٠.
٧. صالح محمد و حسين العميري، محددات وفيات الاطفال دون سن الخامسة في الاردن ١٩٩٧، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الاردنية، الاردن، ٢٠٠٠.
٨. عبد الامير كاسب مزعل، المعوقات الجغرافية للنشاط الاقتصادي الانثوي في محافظات الفرات الاوسط (١٩٨٧-١٩٩٧) اطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة البصرة، ١٩٩٨.
٩. عبدالله شاكر، الرغبة في انجاب الذكور واثرها على الخصوبة في الاردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، ١٩٩٥.
١٠. عدنان كاظم الزبيدي، تركيب السكان وعلاقته بالقوى العاملة، اطروحة دكتوراه (غير منشورة) جامعة بغداد، كلية الآداب، ١٩٩٨.
١١. فؤاد اسماعيل، اثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في الخصوبة السكانية في سوريا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حلب، ١٩٩٥.
١٢. مروة عاصي نعيمة خضير، التركيب الاقتصادي في محافظة المثنى للمدة (١٩٩٧-٢٠١٣) باستخدام GIS، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة ذي قار، ٢٠١٥.
١٣. ميسون عبد المؤمن عبد القادر سمارة، اثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الاطفال بالأردن من واقع بيانات مسح السكان والصحة الاسرية ١٩٩٠، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاردنية، ١٩٩٥ .
١٤. يحيى عبد الحسن فليح الجياشي، النمو الحضري، دائرة في اتجاهات التوسيع العمراني في مدينة السماوة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القادسية، ٢٠٠٨.

رابعاً: المراجع و الدوريات

١. الاتحاد النسائي العام في سوريا ، المرأة والصحة الانجابية، مسح اجتماعي ثقافي حول العوامل المؤثرة على السلوك الانجابي، دراسة المجتمع السوري، دمشق، ١٩٩٥.
٢. الامم المتحدة، ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، السكان والحقوق الانجابية والصحة الانجابية مع تركيز وجه الخصوص على فايروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الايدز)، نيويورك، ٢٠٠٢.
٢. منظمة الصحة العالمية، اعلان مشترك لمنظمة الصحة العالمية ومنظمة الامم المتحدة للسكان ومنظمة الامم المتحدة للأطفال والبنك الدولي، خفض وفيات الامهات المكتب الاقليمي لشرق الاوسط، القاهرة، ٢٠٠١.
٣. منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، تأجيل الحمل والولادة، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧/نيسان، ابريل، ١٩٩٨.
٤. منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق الاوسط في الامومة المأمونة، الاسكندرية، ١٩٩٤.
٥. منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط لتحسين الاستفادة من خدمات صحة الامومة، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧/نيسان، ابريل، ١٩٩٨.
٦. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، منع الحمل غير مخطط له، الإسكندرية، جمهورية مصر، ٧/نيسان، ابريل، ١٩٩٨، ب.
٧. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط في اشراف مهني ماهر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٧/نيسان، ١٩٩٨.
٨. منظمة الصحة العالمية واليونسكو ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم الثقافية، حقائق للحياة، ٢٠٠١.
٩. منظمة الصحة العالمية، صحيفة الصحة العالمية السابعة والخمسون البند (٢-١٠) من جدول الابحاث المؤقتة، ٥ نيسان، ٢٠٠٤.
١٠. ١٢. منظمة اليونسكو، منظمة الامم المتحدة للتربية والعلوم الثقافية، مشكلة الغذاء العالمية، ١٩٥٨.
١١. ١٣. منظمة اليونسف، منظمة الصحة العالمية اليونسكو، منظمة الامم المتحدة، التربية والعلوم الثقافية، حقائق الحياة، ٢٠٠٠.
١٥. وزارة الصحة الاتحادية السودانية، الجهاز المركزي للإحصاء، صندوق الامم المتحدة للسكان، مسح الامومة الامنة، التقرير القومي، ١٩٩٩.
١٦. وكالة الولايات المتحدة لمنظمة الصحة العالمية، التنمية الدولية وتنظيم الاسرة، مكتب السكان بوحدة السكان، المجلد ٢٧، العدد ٢، تموز ١٩٩٩، سلسلة في العدد ٢٥/٥/٢٠٠٨.

خامساً : البحوث المنشورة

١. أحمد الاشقر، نمو استراتيجيات وطنية للتعليم والتدريب المهني لخدمة احتياجات التنمية المستقبلية، الحلقة التدريبية حول السكان والمساكن والموارد البشرية في اطار التخطيط الانمائي، جامعة حلب، حلب، ٢٧-٢٩/كانون الثاني.
١. ٢. حافظ شقيب : التحول الديموغرافي واثره في الدول الفرنسية ٢٢/٣/٢٠٠٥ - www.aff/hi/paper-10htm101
٢. حسين جعار وصباح حسن علي، واقع الخدمات الصحية في مدينة السماوة وكفاءة توزيع مؤسساتها لعام ٢٠١٠، بحث غير منشور في مجلة البحوث العراقية، كلية التربية للبنات، جامعة الكوفة، العدد ١٤، ٢٠١١.
٣. حسين علي عبد الراوي وقيصير عبدالله أحمد، التحليل الجغرافي لتباين التركيب التعليمي لسكان محافظة واسط، بحث منشور، كلية جامعة الانبار للعلوم الانسانية، العدد (٣) لسنة ٢٠١١.
٤. صبري مصطفى البياتي، التحليل الكمي في الجغرافية العربية المعاصرة، مجلة الجغرافي العربي، تصدرها الامانة العامة لاتحاد الجغرافيين العرب، الاعداد، ٢، ٣، بغداد، ١٩٩٥.
٥. عباس فاضل السعدي، التوزيع الجغرافي البيئي للسكان ومدى تركزها في العراق، بحث منشور في مجلة الجمعية الجغرافية العراقية، العدد (٤٧)، ٢٠٠١.

٦. عباس فاضل السعدي، مقاييس الخصوبة الإقليمية في الفرات، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد ١١٧، العدد ٣، الكويت، ١٩٨٩.
٧. عبد الرحمن مصيغر وسمير الميلادي، الوضع الغذائي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون الخليجي، منظمة الاغذية والزراعة، المكتب الإقليمي للشرق الأدنى، القاهرة مركز البحرين للدراسات والبحوث، دولة البحرين، ط١، ١٩٩٥.
٨. عبد الكريم فايز، اثر تباينات عمر الاناث في الزواج الاول على الخصوبة البشرية في الاردن، مجلة الجامعة الاردنية للأبحاث، مج ٢٨، ع (١)، ٢٠٠١.
٩. ماجد عبدالله جابر وآخرون، تحليل جغرافي لكفاءة الخدمات الصحية في محافظة ذي قار وافاقها المستقبلية، مجلة كلية التربية، عدد خاص بأبحاث المؤتمر العلمي الدوالي السابع، جامعة واسط، كلية التربية، ٢٠١٤.
١٠. نجية عبد الغني، نجية باحيش وعبد الجبار علي عبدالله، الصحة الانجابية والحقوق الانجابية المجلس الوطني للسكان، الجمهورية اليمنية، ١٩ /مارس/ ٢٠٠٧.

سادساً: الاصدارات الحكومية

١. جمهورية العراق، وزارة الصحة، التقرير السنوي، لعام ٢٠١٤.
٢. وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، الجهاز المركزي للإحصاء و تكنولوجيا المعلومات، مديرية احصاء السكان و القوى العاملة، ١٩٩٦.
٣. وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، الجهاز المركزي للإحصاء و تكنولوجيا المعلومات، مسح الاحوال المعيشية في العراق، ٢٠٠٥، الجزء الثاني، التقرير التحليلي، الطبعة الاولى، بغداد، العراق.
٤. وزارة التخطيط والتعاون الانمائي، الجهاز المركزي للإحصاء و تكنولوجيا المعلومات، المجموعة الاحصائية السنوية لعام ٢٠١٤ - ٢٠١٥.
٥. وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، نتائج التعداد العام للسكان لعام ١٩٩٧.
٦. وزارة التخطيط و التعاون الانمائي، الجهاز المركزي لإحصاء، اتجاهات الانجاب و تنظيم الاسرة في العراق التحديت و التدخلات، جمهورية العراق، ٢٠١٢.

سابعاً : الدوائر الرسمية

١. دائرة صحة محافظة المثنى، قسم الرعاية الصحية الاولى، شعبة رعاية الام و الطفل، بيانات غير منشورة، ٢٠١٥.
٢. دائرة صحة محافظة المثنى، قسم الاحصاء الصحي والحياتي، بيانات غير منشورة، ٢٠١٥.
٣. دائرة الزراعة في محافظة المثنى، قسم التخطيط والمتابعة، بيانات غير منشورة، ٢٠١٤م.
٤. دائرة احصاء المثنى، شعبة التخطيط، بيانات غير منشورة ٢٠١٥.

ثامناً: مواقع شبكة المعلومات الدولية (الانترنت)

1. <http://wfrrt.org/dtts.php>.
2. <http://www.moh.gov.sy/Default>.
3. <http://www.effortheath.org/pr/ingedsu.shamt>.
4. <https://baby.wabted.com/women-health/diseases>.
5. <http://www.nour.com/item/8091>.
6. <http://www.ammanjordan/opicite>.

7. [http://www.acnut.com/v/images/sbries/pdf/publications/nutritional/status-and-food-i2013-3-29h-the-cooperation-council-for-the-gulf-states ,pdf](http://www.acnut.com/v/images/sbries/pdf/publications/nutritional/status-and-food-i2013-3-29h-the-cooperation-council-for-the-gulf-states.pdf)
8. <http://www.who.int/topics/millennium>.
9. <http://hayatouk.com./pregnancy/content/190872>.
10. <http://www.palnrse.com/vb/showthread.php?t=16897.22-11-2012> .

المصادر الاجنبية :

1. Bonuie-wand William-R Nutrition in pregnancy and lactation ,4th,times Minor Mosby collage , Toranto ,Lowes , 1989.
2. dodo f .nill –amool .panayyotovae: do male reproductive preferences really point to aneed to refocus fertility poucy ? population rese arch and poucy review 455-447 : (5)16;1997.

hhhhhh

21. .22.who,parental mortality, alisting of available in formatting, geneva, 1996.
22. who, safe, motherhood ,reproductive health is for men too, 1996a.

م/ استثمارة استبيان

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ذي قار- كلية الآداب

الدراسات العليا- قسم الجغرافية

استمارة استبيان

هدف استثمارة الاستبيان في كافة الدراسات والبحوث الجغرافية بشكل عام والسكانية بشكل خاص وتحديداً وعلى وجه الخصوص في موضوع دراستي الموسومة بعنوان (الصحة الانجابية في محافظة المثنى) هو الوقوف على واقع الصحة الانجابية في محافظة المثنى وكافة الاقضية التابعة لها لمعرفة ودراسة كافة المشاكل والمعوقات التي تواجه الصحة الانجابية في المحافظة وايجاد انسب الحلول والسبل التي تؤدي الى الارتقاء بواقع افضل للصحة الانجابية لذا ومما تقدم أوصي بالاهتمام بهذه الاستثمارة والاجابة عليها بكل دقة علماً انها نظمت لغرض الدراسة فقط .

شاكرين تعاونكم معنا ولكم منا فائق الشكر والتقدير والاحترام.

المشرف

الباحثة

أ.م. د حسين عليوي ناصر الزيايدي

هبة الله نجاح جاسم

الوسمی

- أولاً: معلومات تخص الاسرة:-

١. القضاء الناحية الحي السكني
٢. البيئة (حضر / ريف)

[illegible]

٣. اذا كان السكن في المدينة ما نوعه:

ملك ☐ ايجار ☐ سكن عشوائي ☐

٤. مهنة الزوج

٥. مقدار الدخل الشهري للزوج :

☐ اقل من (٢٥٠ الف) ☐ (٢٥٠ الف-٥٠٠ الف) ☐ (٥٠٠ الف-١٠٠٠٠٠٠ دينار)

☐ (اكثر من ١٠٠٠٠٠٠ دينار)

٦. مهنة الزوجة

٧. مقدار الدخل الشهري للزوجة :

☐ اقل من (٢٥٠ الف) ☐ (٢٥٠ الف-٥٠٠ الف) ☐ (٥٠٠ الف-١٠٠٠٠٠٠ دينار)

☐ (اكثر من ١٠٠٠٠٠٠ دينار)

٨. هل تسكنين في بيت مستقل:

نعم ☐ لا ☐

٩. عدد الاسر داخل المنزل

١٠. العدد الكلي لأفراد الاسرة عدد الذكور عدد الاناث

١١. المستوى التعليمي للزوج :

☐ غير متعلم ☐ يقرأ ويكتب ☐ ابتدائية ☐ متوسطة ☐
☐ اعدادية ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ شهادات عليا

١٢. المستوى التعليمي للزوجة :

☐ غير متعلمة ☐ تقرأ وتكتب ☐ ابتدائية ☐ متوسطة ☐
☐ اعدادية ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐ شهادات عليا

١٣. عمرك عند الزواج

لللللل

٤. اثناء فترة الحمل هل تراجعين المركز الصحي :

☐ بشكل منتظم ☐ فقط عند شعوركِ بأعراض معينة ☐ وفقاً لإرشادات الطبيب
☐ لا تراجعين

٥. ماهي الاسباب التي تمنعكِ من زيارة المركز الصحي :

☐ بعد المسافة ☐ سوء معاملة الكوادر الصحية ☐ تفضلين زيارة طبيبكِ
المختص ☐ لا توجد

٦. هل تحصلين على فحص كامل لكِ و لجنينكِ في المركز الصحي :

☐ نعم ☐ لا

٧. هل اخذتِ اللقاحات الخاصة بفترة الحمل:

☐ جميعها ☐ بعضها ☐ لم تأخذها

٨. ماهي المضاعفات التي تعرضتِ لها خلال فترة حملكِ الأخير:

☐ فقر دم ☐ سكر حمل ☐ ارتفاع ضغط الدم

٩. هل حصلتي على تغذية جيدة خلال فترة حملكِ الاخير:

☐ نعم ☐ كلا

١٠. أذكرني العناصر الغذائية التي يفتقر اليها غذائكِ اليومي لها:

☐ اللحوم البيضاء ☐ اللحوم الحمراء ☐ البيض ☐ الحليب ومشتقاته

١١. اين تمت الولادة:

☐ المستشفى ☐ قابلة مأذونة

☐ تعسر الولادة ☐ النزف الشديد ☐ ارتفاع ضغط الدم ☐ جروح مهمة
☐ مضاعفات اخرى اذكرها

☐ نزع ما بعد الولادة ☐ النفاس ☐ ارتفاع ضغط الدم ☐ فقر الدم الشديد ☐

مضاعفات اخرى اذكرها

لا ☐ نعم ☐

لا ☐ نعم ☐

لا ☐ نعم ☐

لا ☐ نعم ☐

لا ☐ نعم ☐

مس مس مس (مس) مس مس مس

☐ النظافة العامة ☐ توفر المستلزمات الصحية ☐ الارشادات المقدمة ☐ لا يوجد قصور

■ ثالثاً : الاسئلة المدرجة ادناه تتعلق باستخدام موانع الحمل:

١. هل للعادات والتقاليد الاجتماعية اثر على استخدام منع الحمل:

☐ نعم ☐ لا

٢. هل للدين و المعتقد دور في استخدام وسائل منع الحمل :

☐ نعم ☐ لا

٣. هل للأعلام و البرامج الثقافية دور في استخدام وسائل منع الحمل :

☐ نعم ☐ لا

٤. هل يتدخل اهل زوجك في شؤونك الانجابية :

☐ نعم ☐ لا

٥. هل تحددن مع زوجك عدد الاطفال المرغوب انجابهم :

☐ نعم ☐ لا

٦. هل تتفقين مع زوجك في تحديد فترة بين حمل واخر:

☐ نعم ☐ لا

٧. في حال عدم انجابك للذكور هل تتوقفين عن الانجاب:

☐ نعم ☐ لا

٨. ما هو موقف الزوج من ذلك:

☐ يتقبل الامر ☐ يرغمك على الانجاب

٩. هل تعتقد ان كثرة عدد الابناء يزيد من ارتباط زوجك بك:

☐ نعم ☐ لا

١٠. هل تعتقد ان كثرة عدد الابناء هو مصدر تباهي:

☐ نعم ☐ لا ☐ مصدر قوة

١١. هل سبق وان استخدمت موانع الحمل ثم انقطعت عنها بسبب اثارها الجانبية:

☐ نعم ☐ لا

١٢. ما الطرق التي تستخدمينها لمنع الحمل:

☐ حبوب ☐ حقن ☐ لولب ☐ طريقة العزل ☐ حساب الدورة
☐ الرضاعة الطبيعية

١٣. ماهي اسباب عدم استعمالك لموانع الحمل:

☐ الرغبة بالمزيد من الاطفال ☐ رفض الزوج ☐ لأسباب دينية ☐ انها
لا تجدي نفعاً ☐ الخوف من التأثيرات الجانبية ☐ غلاء اسعارها
☐ مطلقة ☐ عدم توفرها
☐ ارملة ☐ استعمالها

١٤. هل تعتقد ان مستوى اسرتك الاقتصادي قادر على مواجهة تكاليف مهمة كخدمات

صحية طارئة شهرياً:

☐ نعم ☐ لا

فففففففف

ص ص ص (ص) ص ص ص