استمارة المشاركة:

الطالب الأول:

الاسمفاتح **اللقب:** دوس

الجنسية: جزائرية. **البلد:**الجزائر

الرتبة العلمية: طالب دكتوراه، السنة الثالثة. **الوظيفة:**أستاذ متعاقد.

القسم: علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا.

جامعة الانتماء:جامعة باتنة 1، مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، باتنة، الجزائر.

الهاتف الشخصي: 0669538727

هاتف العمل: /

البريد الإلكتروني:fateh.dous@univ-batna.dz

الطالب الثاني:

الاسم الرزقي **اللقب:** كتاف

الجنسية: جزائرية. **البلد:**الجزائر

الرتبة العلمية:دكتوراه في علم الاجتماع **الوظيفة:**أستاذ محاضر – أ –

القسم: علم الاجتماع

جامعة الانتماء: جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2، الجزائر.

الهاتف: 0662012726

هاتف العمل: /

البريد الإلكتروني:rezkikettaf19@gmail.com

المؤتمر الدولـي: "المدينة والتحديات الديمغرافية"

محور المداخلة: المحور الرابع: "الواقع الصحي– الرعاية الصحية– الوعي الصحي– الأمراض والأوبئة– الأمن الصحي والبيئة".

عنوان المداخلة: "الصحة الإنجابية وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية
قراءة سوسيو ديمغرافية لقوانين الرعاية الصحية".

"Reproductive Health and the Quality of Family Life A Socio- Demographic Reading of Health Care Rules".

الملخص:

يعتبر الفرد سنام عجلة التنمية الاقتصادية المستدامة، وفي هذا السياق تتجلى الأهمية البالغة للحفاظ على العنصر البشري بصفته موردا لا مناص من الاستغناء عنه، حيث سعت الهيئات والمنظمات والحكومات الدولية على غرار الجزائر لكسب هذا الرهان والاعتناء به. إذ سارعت إلى وضع خطة إستراتيجية تحتوي على جملة من القوانين واللوائح التنظيمية تعنى بالصحة الإنجابية بصفة عامة وبالمرأة بصفة خاصة، وذلك لأجل توفير رعاية صحية متكاملة وشاملة لمناحي الحماية الاجتماعية.

وعليه فإن هذه الورقة البحثية تروم إلى إبراز علاقة الصحة الإنجابية بجودة الحياة الأسرية من خلال قراءة سوسيوقانونية للسياسة الوطنية في مجال الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: الصحة الإنجابية، الأسرة، السياسية الصحية القانونية، الحماية الاجتماعية، جودة الحياة.

Summary:

The human element is the pillar of sustainable economic development. Thus, it is very important to preserve him as an indispensable resource that international organizations and governments seek to take care of. Algeria, also, took part and hastened to develop a strategic plan containing a set of laws and regulations concerned with reproductive health in general and with the woman in particular to provide an integrated and comprehensive health care.

This research paper highlights the relationship of reproductive health with the quality of family life through a socio- legal reading of the national policy of health care.

Keywords: Reproductive Health, Family, Legal Health Policy, Social Protection, Quality of Life.

1- مقدمة:

زاد الاهتمام الدولي والعالمي بالصحة من خلال البرامج والسياسات المسطرة من قبل الهيئات والمنظمات الدولية لتحقيق وتلبية كل المتطلبات الحياتية وجودتها في جميع الميادين الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. فأصبح من الضروري الاعتناء بالفرد وكسب رهان الأمن الصحي وجودة الحياة وتحقيق التنمية المستدامة بمفهومها الشامل للأفراد والمجتمعات.

وكان لمؤتمر الألفية دور مهم من خلال أهدافه الإنمائية التي تعد أكبر المبادرات الدولية التي لاقت قبولا عالميا من قبل جميع الدول بالنظر إلى الغايات التي تضمنها والتي تلخص بصدق الحقوق الأساسية للإنسان. كما اعتبرت أهدافه بمثابة تحد للدول والحكومات خاصة ما تعلق منها بالصحة، وكان الهدف الخامس الذي يخص المرأة والذي ركز على صحتها قد لاقى اهتماما أكبر.

وسعت الجزائر كغيرها من الدول لتحقيق جودة الحياة الأسرية من خلال انتهاج سياسات وتسطير برامج صحية تعنى بتحقيق الرفاهية الصحية لجميع أفراد المجتمع وخاصة ما تعلق بسياسة الصحة الإنجابية كونها تحتل جزءا مهما من الصحة العامة.

فالصحة الإنجابية وجودة الحياة الأسرية مفهومان متكاملان ومتلازمان، فلا تتحقق جودة حياة أسرية دون وجود رعاية صحية إنجابية في المستوى. وهنا يجب توفير مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تحقق جودة الحياة الأسرية.

وانطلاقا من هذا الطرح، يمكننا إثارة التساؤل الإشكالي التالي:

- ما هي السياسة الصحية التي كفلتها الجزائر لتحقيق جودة الحياة للنساء في سن الإنجاب؟

وللإجابة على التساؤل الإشكالي، نعتمد التساؤلات الفرعية التالية:

- هل ساهم تعميم المراكز الصحية وبخاصة مراكز الأمومة والطفولة عبر كافة الأقاليم الجغرافية في تحقيق رعاية صحية إنجابية جيدة في الجزائر؟

- ما مدى تلقي الرعاية الصحية للنساء في سن الإنجاب قبل وبعد الولادة؟

- هل يؤثر المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للأسرة على تلقي الرعاية الصحية الإنجابية؟

- ما مدى نجاح السياسة الصحية في تحقيق جودة الحياة للأسرة في الجزائر؟

2- المفاهيم:

2-1- الصحة:

عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1946 الصحة على أنها: «حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز». [1]

2-2- الصحة الإنجابية:

عرفت الصحة الإنجابية حسب المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994، على أنها: «الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية و النفسية و العقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بالجهاز التناسلي وعملياته، وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة، وهي تعد جزءا أساسيا من الصحة العامة، تعكس المستوى الصحي للمرأة في سن الإنجاب».[2]

ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية: «هي الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، وتشمل الصحة الإنجابية أو الصحة الجنسية، العادات الشخصية الصحية بما في ذلك عملية الإنجاب والوظيفة الإنجابية وطريقتها في جميع مراحل الحياة، كما هي قدرة الإنسان على التمتع بحياة إنجابية مرضية وآمنة، والقدرة على إنجاب الأطفال، والحفاظ على صحة الأم والطفل».[3]

2-3- جودة الحياة(Quality of Life):

يعرفها "جود" جودة الحياة بأنها: «امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى».[4]

ويعرفها "دودسون" بأنها: «الشعور الشخصي بالكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات».[5]

---

[1]Documents Fondamentaux, Supplément à la Quarante- Cinquième Edition, Octobre 2006, p. 17. Valable sur le lien: www.who.int/goverance/cb/who-constitution.fr.pdf. Consulté le: 24/06/2022 à 10:40.

[2]الأمم المتحدة: تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (القاهرة 5- 13 سبتمبر 1994)، نيويورك، 1995، ص 3.

[3]سواكري خديجة: تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15- 49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه، تخصص ديمغرافيا، 2019- 2020، ص 22.

[4]نادية عايدي: مستوى جودة الحياة الصحية لدى طلبة الجامعة، مقال منشور بمجلة العلوم الإنسانية، جامعة أم البواقي، المجلد 6، العدد 2، ديسمبر 2019، ص 416.

[5]الدهني غفران غالب أحمد: جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك والحائل (دراسة مقارنة)، مجلة العلوم التربوية، ع 1، ج 1، 2018، ص 276- 302.

ويعرفها "محمود عبد الحليم منسﷺ" و "علي مهدي كاظم" بأنها: شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة علﷺ إشباع حاجاته من خلال إثراء البيئة ورقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية و النفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه».[1]

وتعرف الجمعية الأمريكية "الجودة" علﷺ أنها: «هيئة وخصائص الخدمة والمنتج التي تعكس قدرة هذا المنتج علﷺ إشباع حاجات صريحة وأخرى ضمنية».

أما تعريف ISO فالجودة هي: «درجة تلبية مجموعة الخصائص الموروثة في المنتج المتطلبات العميل».[2]

وفي المجال الاقتصادي، تعرف الجودة بأنها: «عيار درجة تثمين المستهلك (أو من ينوب عنه) لموضوع الاستهلاك، إنها حكم تقويمي لموضوع الوصف، ماديا كان أم رمزيا (المكون، النظام، القانون، السلعة، أو الخدمة أو أي منتج)يحدده مدى تحقيقه لمعيار أو أكثر من المعايير التي وضعت أصلا لتبيين فضائله أو نقائصه، و يمكن تقرير الجودة باستخدام معيار واحد أو أكثر بحسب الموقف وطبيعة التوقعات».[3]

يعرفها "الدسوقي" بأنها: «تقييم الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته.[4]

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية هي: «إدراك الأشخاص إلﷺ مكانهم في الواقع ووصفهم في الحياة، وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام، التي من خلاله ولها علاقة بأهدافهم وتطلعاتهم واهتماماتهم في ضوء تقييمهم لجوانب حياتهم التي تشمل الرضا عن الحياة، الأنشطة المهنية، وأنشطة الحياة اليومية».[5]

---

[1] حمزة فاطمة وبودواو حسين: تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية علﷺ عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 7، العدد 31، 2018، ص 139–157.

[2] النجدي سمير: تقويم جودة التعليم الإلكتروني في جامعة القدس المفتوحة في ضوء المعايير العالمية للجودة، المجلة الفلسطينية للتعليم المفتوح، المجلد الثالث، 6 كانون الثاني، ص ص 1– 48.

[3] نخلة وهبه: جودة التربية من التأطير الفكري إلﷺ التطبيق العملي، محاضرة ملقاة في المؤتمر التربوي العشرين "التعليم الابتدائي جودة شاملة ورؤية جديدة"، بيروت، ص 5.

[4] سهام كاظم نمر: الرضا عن الحياة وعلاقته بعوامل الشخصية الكبرى لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 29، ص ص 204– 244.

[5] ماضي عبد الباري مايح: مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعة ذي قار، جامعة ذي قار، المجلد 11، العدد 1، 2016، ص 95–107.

- التعريف الإجرائي لجودة الحياة:

هي: «درجة الشعور بالرضا من طرف أفراد المجتمع وقدرتهم عل إشباع حاجياتهم الصحية من خلال ما يتوفر لديهم من إمكانيات وما يتم تقديمه إليهم من خدمات صحية واجتماعية وتعليمية ونفسية».

2-4- الأسرة:

عرفها "بيرجس و لوك" بأنها: «مجموعة من الأشخاص ارتبطوا برباط الزواج والدم ويؤلفون عائلة متميزة، ويتفاعلون ويتقبلون بعضهم البعض من خلال الأدوار الاجتماعية المقررة لهم، وتشمل أدوار الزوج والزوجة، الأم، الأب، الابن، البنت، الأخ والأخت، ولهم ثقافتهم المشتركة».

ويعرف "عبد المنعم شوقي" الأسرة بأنها: « نسق اجتماعي تقوم عل:

1- معيشة رجل وامرأة أو أكثر معا في مكان مشترك.

2- قيام علاقات جنسية يقرها الدين والمجتمع.

3- إنجاب الأطفال ورعايتهم.

4- علاقات متينة تتسم بالخصوصية والاستمرارية لفترة طويلة.

5- سلسلة من الحقوق والواجبات (حقوق الزوجة والزوج والأولاد وواجباتهم اتجاه بعضهم البعض واتجاه الغير)».

3- الصحة الإنجابية قراءة إبستيمولوجية:

وردت الصحة الإنجابية كمصطلح في المؤتمر الدولي للسكان و التنمية بالقاهرة سنة 1994 أكثر من 29 مرة، و هي المرة الأول التي تعرف فيها الصحة الإنجابية في وثيقة سياسية دولية لتشمل كافة جوانب الصحة الإنجابية بمفهومها الحديث.[1]

حيث خلص المؤتمر إل التعريف التالي:

[1] حلمي محمد كاميليا: أهم المصطلحات الواردة في أبرز الاتفاقيات والمواثيق الدولية للمرأة والطفل وخطورتها عل الأسرة، مؤتمر الأسرة المسلمة في ظل التغيرات المعاصرة، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، الجامعة الأردنية، وزارة التنمية الاجتماعية، عمان، الأردن، أفريل 2019، ص 16.

«الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه عملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس عل التمتع بصحة إنجابية مرضية و مضمونة، وقدرتهم عل الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتوافره، ويشمل هذا الشرط الأخير ضمنا عل حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون، وعل الحق في الحصول عل الرعاية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل و الولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة».[1]

3-1- عناصر الصحة الإنجابية:

لكي تكون الخدمات متكاملة في مجال الصحة الإنجابية يجب توفر 9 عناصر رئيسية هي:[2]

- الوقاية من العقم وعلاجه.

- المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات في مجال تنظيم الأسرة.

- تقديم الخدمات والتوعية خاصة فيما تعلق بالأمومة الآمنة التي تضمن الرعاية قبل الولادة ورعاية حديثي الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية وتوفير الاحتياجات الغذائية للأم.

- الوقاية من الإجهاض غير الآمن ومعالجة عواقبه والحد من مضاعفاته.

- الوقاية من إصابات الجهاز التناسلي وعلاجها وكذا الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس الإيدز.

- الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الإنجابية والجنسية.

- الوقاية من الأمراض المتصلة بالإنجاب ومكافحتها.

- محاربة العادات الضارة التي قد تؤثر عل الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث.

- الوقاية وعلاج أمراض ما بعد الإنجاب (مثل هشاشة العظام وأعراض القلب).

---

[1] منظمة الصحة العالمية: تقرير من الأمانة حول الصحة الإنجابية، البند 12- 10 من جدول الأعمال المؤقت، 15 أفريل 2004، ص 4.

[2] الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، المرجان للدعاية والإعلان، صنعاء، 2001، ص 39.

كل هذه العناصر تؤثر علﷺ صحة وجودة الحياة للسكان وخاصة إذا تعلق الأمر بالنسوة في سن الإنجاب والأطفال الأقل من 5 سنوات، حيث بينت دراسات اجتماعية وصحية عديدة أهمية السلوك الإنجابي الصحيح.

3-2- العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية:

تتأثر الصحة الإنجابية بمجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية وحتﷺ البيئية، وما تتخلله من متغيرات متنوعة علﷺ المستوى التعليمي للأزواج وظروف معيشة الأسر، ومن هذا المنطلق، يمكننا تحديد العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية كالآتي:[1]

- إتاحة فرص التعليم للفتيات خاصة في الأرياف يرسخ معارفها وقدراتها اتجاه اتخاذ قرارات خاصة بصحتها الإنجابية.

- وجود بعض العادات والتقاليد وكذا المحرمات الخاصة بالحياة الجنسية تعيق تقديم معلومات وخدمات تدخل في مجال الصحة الإنجابية.

- العنف الجسدي أو المعنوي أو الحسي يؤثر علﷺ الصحة الإنجابية لما يشمله من سوء المعاملة.

- غياب أو نقص الوعي بين عامة الناس، ونقص الموارد البشرية والمالية والأنظمة الصحية يقف عائقا أمام تفعيل برامج الصحة الإنجابية.

- تلعب الخدمات الصحية دورا مهما للرقي بمستوى الصحة الإنجابية، فلا يمكن الوقاية من أضرار ومشاكل الصحة الإنجابية أو علاجها دون توفر خدمات صحية ذات نوعية وضمان سهولة وسرعة الوصول إليها.

- التمييز الذي تتعرض له المرأة عند توزيع الموارد العائلة، وكذا الحصول علﷺ الرعاية الصحية وبخاصة في المناطق التي تحتل فيها احتياجات المرأة التعليمية والصحية الدرجة الثانية بعد الرجل، وهذا ما يؤثر علﷺ جودة الحياة الصحية الإنجابية لديها.

3-3- أهداف الصحة الإنجابية:

[1] ونوس إيمان: جريدة النور، العدد 709، 2 ديسمبر 2015، تم الاسترجاع من موقع الجريدة: www.an-nour.com

رسم مؤتمر الألفية مجموعة من الأهداف للوصول بالصحة الإنجابية إلى تحقيق جودة الحياة الأسرية، ومن بين الأهداف المسطرة نذكر:

3-3-1- تقليل وفيات الأطفال:

حسب الهدف الرابع من أهداف الألفية الإنمائية والذي ينص على خفض معدلات وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات بمقدار الثلثين خلال الفترة 1990 و 2015.

ومن بين المؤشرات المعتمدة في هذا المجال نجد:

- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- معدل وفيات الأطفال الرضع.
- سنة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة.[1]

3-3-2- تحسين الصحة الإنجابية:

فحسب الهدف الخامس من أهداف الألفية والذي ينص على ضرورة العمل على تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين سنتي 1990 و 2015، وأعيد إدماج هذا الهدف كإحدى الغايات للهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة لعام 2030، والذي نص على ضرورة خفض معدلات وفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة لكل 100.000 مولود حتى بآفاق 2030.

ومن بين المؤشرات المعتمدة:

- معدل وفيات الأمهات.
- نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مؤهلين طبيا.
- معدل استخدام وسائل منع الحمل.

[1] دارج كيتيما وولد (Dereje Ketema Wolde): الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية: تراجع كبير في وفيات الأطفال على مدى العشرين عاما الماضية، مقال منشور في سلسلة من المقالات عن الأهداف الإنمائية المستندة إلى طبعة 2015 من مؤشرات التنمية العالمية، 2015/06/07، متوفر على الرابط: https://bogs.worldbank.org/ar/opendata/mdg4-dramatic-decline-child-mortality-over-last20-years. تاريخ الاطلاع: 2023/10/10 على الساعة: 09:05.

– معدل الولادات لدى المراهقات.

– الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة.

– الحاجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

4– الرعاية الصحية الإنجابية:

حسب مؤتمر القاهرة لسنة 1994 تعرف الرعاية الصحية الإنجابية على أنها: «مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية عن طريق منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها».[1]

وأهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة، والرعاية بعد الولادة. كما أن المنظمة الدولية لرعاية الأسرة ذكرت في تقريرها لعام 1996 أن الرعاية الصحية الإنجابية تشمل:

«خدمات عالية النوعية في تقديم المشورة الخاصة بتنظيم الأسرة، الإعلام والتوعية والتواصل والرعاية قبل الولادة، والولادة السليمة، والرعاية بعد الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، الوقاية من العقم وعلاجه، الوقاية من مضاعفات الإجهاض المأمون، حيثما لا يكون ذلك متعارضا مع القانون، معالجة التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحالات الأخرى التي تصيب الجهاز التناسلي».[2]

4–1– جودة الحياة الصحية للمرأة في سن الإنجاب:

تعتبر الصحة من أولويات خطط التنمية في العالم وهذا راجع للدور الذي تلعبه الصحة في خارطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، جاعلة الدول تعمل على توفير جميع الخدمات الصحية اللازمة للعناية بصحة مواطنيها، وبالتالي تحقيق جودة الحياة الصحية. ولعل من أبرز الاهتمامات بالصحة هي الصحة الإنجابية والتي تهتم بفئة حساسة هي الأم والطفل للوصول إلى جودة الحياة الأسرية.

[1] فهد محمود الصبري: مفهوم الصحة الإنجابية.. قراءة كلية، مقال منشور بتاريخ 2006/09/24، متوفر على الرابط: https://www.npc-ts.org/article69.html، تاريخ الاطلاع: 2023/10/10، على الساعة: 09:20.

[2] المنظمة الدولية لرعاية الأسرة: العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة، الصحة والحقوق الإنجابية للجميع، نيويورك، 1996، ص 30.

ومن بين الأهداف التي سطرها مؤتمر الألفية هي العمل على تخفيض وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين سنتي 1990 و 2015 وثم إدراج نفس الهدف في خطة التنمية المستدامة لعام 2030 والذي ينص على خفض معدلات وفيات الأمهات على الأقل 70 حالة لكل 100 ألف ولادة حية بآفاق 2030.[1]

ومن أجل تحقيق جودة حياة صحية للمرأة في سن الإنجاب لابد من وجود رعاية صحية إنجابية متكاملة للأم والوليد خلال فترة الحمل وبعدها.

4-2- الرعاية الصحية أثناء الحمل:

تعتبر فترة الحمل مرحلة جد حساسة نظرا لما يحيط بالأم وجنينها من مخاطر، لذا إن الرعاية الصحية خلال هذه الفترة هي وسيلة فعالة لحماية الأم من المضاعفات التي يمكن أن تحدث لها بسبب الحمل أو الولادة.

وهنا تقتضي الرعاية الصحية أثناء الحمل أن تتلقى المرأة الحامل فحصا طبيا أو أكثر على يد كادر طبي مؤهل بهدف الحفاظ على صحتها وصحة جنينها والوقاية من بعض المضاعفات التي تحدث خلال فترة الحمل كالإجهاض، الولادة المبكرة، التشوهات والعيوب الخلقية، سكر الدم، فقر الدم... إلخ، ومعالجتها في حينها، وتهدف الرعاية الصحية أثناء الحمل إلى:

- الكشف عن المرض في مراحله الأولى وتقديم العلاج المناسب له.
- المحافظة على صحة الأم وحمايتها أثناء الحمل.
- تعرف النساء الحوامل على المخاطر المحيطة بهن كالنزيف وفقر الدم والحمل المصحوب بمرض السكر وضغط الدم.
- محاولة تخفيض معدلات وفيات الأجنة عند النساء صغيرات السن اللواتي يحملن في سن مبكرة (أقل من 20 سنة)، وكذا النساء اللواتي يحملن في أعمار متأخرة (35 سنة وأكثر).

ومن بين الخدمات الواجب تقديمها خلال هذه الفترة نجد:

[1] معاش فيصل: وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، مقال منشور بمجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 10، العدد 2، ديسمبر 2020، ص 15.

– إجراء الفحوصات الطبية خاصة المتخصصة منها وتشمل الكشف الطبي والمتابعة الصحية الدورية والتحاليل المخبرية للدم.

– إعطاء الأدوية التي تخفف من الأمراض المصاحبة للحمل كفقر الدم، السكري وارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل.

– تطعيم الحامل ضد الكزار، بحيث تتلقى الجرعة الأولى من الأسبوع 16 و 20، والجرعة الثانية بين الأسبوع 28 و 30 من فترة الحمل.

– تقديم المشورة والتثقيف الصحي للحامل.

4-3- الرعاية الصحية أثناء الولادة:

إن من بين أهم مؤشرات الصحة الإنجابية هي الرعاية الصحية للأم ووليدها أثناء الولادة، حيث أن الظروف المحيطة بالولادة هي من تعلل أو تزيد من خطر الإصابة بمضاعفات أو أمراض قد تصيب الأم أو الطفل وتؤدي إلى وفاة أحدهما أو كليهما.فالرعاية الصحية أثناء الولادة تحددها الرعاية أثناء الحمل والحالة الصحية للأم، إلا أن يجب أن تتم الولادة على أيدي مدربة ومؤهلة (طبيب مختص، قابلة ممرض مؤهل... إلخ)، سواء في عيادات التوليد أو المستشفيات.

قد تعاني المرأة عند الولادة من عدة مشاكل طارئة كحاجتها للتدخل الجراحي أو الولادة بالعملية القيصرية، النزيف الذي يحدث فجأة أثناء الولادة، وهي إحدى العقبات التي تتطلب كادرا طبيا ذا خبرة ومهارة في مساعدة الأم لوضع طفلها.

ومن بين الخدمات والنصائح التي يجب أن تقدم للأم في هذه المرحلة:

– حث الأم على إرضاع طفلها من ثدييها وبطريقة صحية، وإبراز فوائد الرضاعة الطبيعية.

– إرشاد الأم بأهمية التغذية المتوازنة خلال فترة الإرضاع.

– توضيح العلامات المرضية التي قد تحدث للأم خلال فترة النعاس والتي يجب مراجعة الطبيب فورا عند حدوثها.

– توعية الأم بضرورة تحصين طفلها ضد الأمراض، وضرورة الالتزام بالمواعيد المحددة لأخذ اللقاحات واستكمالها.

– توعية الأم بضرورة وفوائد تنظيم الولادات بالنسبة لصحتها وصحة طفلها.

4-4- الرعاية الصحية بعد الولادة:

حسب منظمة الصحة العالمية فإن الرعاية الصحية بعد الولادة تبدأ بعد انقضاء ساعة على الولادة، وتدوم 4 أسابيع بغرض متابعة تطور المضاعفات التي قد تلاحظ أثناء الحمل والولادة، وتقديم النصائح اللازمة بخصوص الراضعة الطبيعية، التغذية الجيدة، النظافة الشخصية، وتقديم المشورة اللازمة بخصوص المباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة.[1]

ويمكن أن تمدد فترة النفاس أكثر لتغطي فترة ستة أسابيع (42 يوما)، كما توحي الأعراف والتقاليد، تعود خلال هذه الفترة وظائف الأعضاء إلى حالتها الطبيعية.[2]

5- تنظيم الأسرة:

يعد تنظيم الأسرة من بين أهم الأسباب المؤدية إلى تحسين جودة الحياة الصحية للمرأة، وقد مثل الهدف الخامس للألفية على أنه استخدام وسائل تنظيم الأسرة (منع الحمل لغرض المباعدة أو التوقف)، يساعد النساء على الإنجاب في الوقت الأكثر ملاءمة للأمهات والأطفال، وتتعرض صحة المرأة والطفل للمخاطر كلما كان الحمل متقاربا أي الحمل في أعمار مبكرة أو متأخرة.

وأجمع المشاركون في مؤتمر الإسلام و تنظيم الأسرة بالرباط سنة 1971 على أن مفهوم تنظيم الأسرة هو: «قيام الزوجين بالتراضي ودون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأخير الحمل بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية، وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما».[3]

---

[1] الآنسي عبد الكريم علي: دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإنجابية والسكان، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، اليمن، الطبعة الثانية، أفريل 2021، ص ص 3- 20.

[2] عبد السلام أسماء: النفاس: الفترة المهملة في دورة الحمل والولادة- دراسة في دمشق وريفها، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد 24، العدد 1، 2008، ص 64.

[3] عباسي محدوب و محمد عزوز: أحكام وسائل منع الحمل- دراسة طبية فقهية، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية، تخصص فقه مقارن، جامعة الجزائر، 2008- 2009، ص 121.

وتتمثل أهم المؤشرات التي يعتمد عليها في تنظيم الأسرة فيما يلي:[1]

- نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة كوسيلة لمنع الحمل.

- متوسط عدد الأطفال عند أول استخدام لوسائل تنظيم الأسرة.

- متوسط عدد الأطفال عند الاستعمال الحالي.

- متوسط عمر الأمهات عند أول ولادة.

- نوع الوسيلة المستخدمة أولا والمستخدمة حاليا.

5-1- وسائل تنظيم الأسرة:

هناك عدة وسائل لتنظيم تباعد الولادات أو تفادي الحمل غير المرغوب فيه. وتنقسم وسائل تنظيم الأسرة إلى نوعين: وسائل حديثة ووسائل تقليدية.[2]

- **الوسائل التقليدية:** تعتمد على سلوك الزوجين وتشمل:

- القذف خارج المهبل.

- فترة الأمان (الإشباع الجنسي المؤقت)، الإشباع الجنسي في فترة الأربعين يوما بعد الولادة (فترة النفاس).

- الرضاعة الطبيعية.

- **الوسائل الحديثة:** تعتمد على منتجات وخدمات طبية وتشمل:

- حبوب منع الحمل والتي تؤخذ يوميا خلال الدورة الشهرية.

- النمائط الرحمية (اللولب) يستخدم من 3 إلى 10 سنوات حسب النوع.

- حقن منع الحمل تعطى كل شهرين أو ثلاثة أشهر طبقا لنوعها.

---

[1] ملك عادل: دليل تقديم خدمات للسيدات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية، وزارة الصحة والسكان، مصر، سبتمبر 2014، ص 11.

[2] فهيمي رودي فرزانة و أشفورد لوري: الصحة الإنجابية في الشرق الأوسط و شمال إفريقيا، دليل الإعلاميين، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، 2008، ص ص 16-24.

بدأت الخدمات الصحية التي تهم المرأة في سن الإنجاب (وفق مبادرات المنظمات الدولية) في بداية الثمانينات تحت إطار "صحة الطفولة وتنظيم الأسرة"،حيث قامت معظم الدول بإنشاء برامج نوعية لتنظيم الأسرة وخاصة في الدول ذات النمو السكاني المرتفع، بالإضافة إلى تأسيس أقسام وإدارات خاصة في وزارات الصحة لصحة الطفولة والأمومة.[1]

6- دور هيئة الضمان الاجتماعي في ترقية الصحة الإنجابية:

6-1- المرسوم التنفيذي رقم 20- 60:

لعبت هيئة الضمان الاجتماعي دورا فعالا من خلال المرسوم التنفيذي 20- 60 الذي أسهم وبشكل فعال في ترقية وحماية المرأة من المخاطر التي قد تتعرض لها خلال حياتها الإنجابية، وبالتالي، ساهم في جودة الحياة الأسرية بشكل عام. ومن بين النصوص التي أقرها قانون الصحة نجد:

المادة 12 منه: «تعمل الدولة على ضمان تجسيد الحق في الصحة كحق أساسي للإنسان على كل المستويات، عبر انتشار القطاع العمومي لتغطيته كامل التراب الوطني».[2]

الهدف من إحداث نظام الضمان الاجتماعي مواجهة ما يتعرض له المؤمن اجتماعيا، وبما أن الولادة من الحالات المرضية التي تجعل المرأة تضطر للتوقف عن العمل، فإن قانون الضمان الاجتماعي مكنها من الاستفادة من الأداءات العينية والنقدية الناتجة عن وضع الحمل، وهو ما نصت عليه المادة 23 من القانون رقم 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية على: «تشمل الأداءات التأمين على الولادة:

- الأداءات العينية:

كفالة المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته[3]. كما أنه للمرأة الحق في الاستفادة من عطلة الأمومة المقدرة بـ 14 أسبوعا، ولها الحق في الاستفادة من المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع و تبعاته، وهذا طبقا للمادة 26 من القانون 83- 11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية والمتمثلة في المصاريف الطبية والصيدلية على أساس 100 %، وكذا مصاريف إقامة الأم والمولود في المستشفى لمدة أقصاها ثمانية أيام، وهذا كله حسب ما هو منصوص عليه في القانون 83- 11 من خلال المادة 24

[1] الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: مفهوم الصحة الإنجابية.. وسلامة المرأة والطفل، مقال منشور بتاريخ 17 أغسطس 2013، متوفر على الرابط: https://www.npc-ts.org/article561.html، تاريخ الاطلاع: 2023/10/10، على الساعة: 09:30.

[2] أسماني الطيب: المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي وفق القانون الجديد، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2010، ص 146.

[3] القانون رقم 83- 11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 28.

منه: «لا يجوز منح أداءات التأمين على الولادة ما لم يتم الوضع على يد طبيب أو مساعدين مؤهلين، ما عدا ما خالف ذلك لأسباب قاهرة».[1]

وطبقا للمرسوم التنفيذي رقم 20- 60، فإن المرأة العاملة أو زوج المؤمن له اجتماعيا تستفيد من باب التأمين على الولادة من تغذية وتعويض المصاريف المتعلقة بإقامتها في المستشفى على أساس نسبة مئوية كاملة 100 % شرط أن لا تتعدى مدة الإقامة (08) أيام، حيث تتكفل هيئة الضمان الاجتماعي بتغطية النفقات الناجمة عن مصاريف الإقامة والعلاج في الهياكل الصحية العمومية أو الخاصة على أساس اتفاقيات مبرمة بينها وبين المؤسسات الصحية المعنية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 60- 20.[2]

6-2- مضمون الغاية (3-1) ومؤشراتها:

من بين أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر (17) هدف واحد يركز على تحسين الصحة، وهو الهدف الثالث، والذي مفاده: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية بالرفاهية في جميع الأعمار، ويتكون هذا الهدف من 13 غاية و 27 مؤشرا، من بينها الغاية (3-1) المتعلقة بوفيات الأمهات، وهي غاية تم ترحيلها من الأهداف الإنمائية للألفية، حيث تنص على خفض النسب العالمية للوفيات النفاسية (معدل وفيات الأمهات) إلى أقل من 70 حالة لكل 100.000 مولود حي بحلول 2030.[3]

6-3- السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الأم:

أولت السياسة الصحية العمومية في الجزائر صحة الأم والطفل أهمية كبيرة، حيث خصصت القانون 58- 05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها فصلا كاملا لموضوع حماية الأمومة والطفولة، وقد نصت المادة 68 من هذا القانون على أن حماية الأمومة والطفولة تتمثل في جميع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص حماية الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلاله وبعده، وتحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي والنفسي.

---

[1] القانون 08- 09 المؤرخ في صفر عام 1429 هـ الموافق لـ 23 فبراير سنة 2008، المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11 الصادر في 22 فيفري 2008.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 20- 60 المؤرخ في 14 مارس 2020، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.

[3] الجمعية العامة للأمم المتحدة: تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون، البندان 15 و 116 من جدول الأعمال، وثيقة رقم A/RES/70/1 الصادرة بتاريخ 25 سبتمبر 2015:
https://www.org/99/search/view-doc-.asp?symbol. Consulted on: 25/11/2022 at 10:30.

وفي هذا الإطار تبنت الجزائر مجموعة من السياسات، ووضعت العديد من البرامج التي تهدف إلى رفع المستوى الصحي للأم والطفل.[1]

6-3-1- برامج تباعد الولادات وتنظيم الأسرة:

6-3-1-1- البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات سنة 1974:

بعد الاستقلال ظهر الاهتمام بموضوع تنظيم الأسرة فأنشئ أول مركز لتباعد الولادات في الجزائر وبالضبط في مستشفى مصطفى باشا الجامعي سنة 1967، ثم أنشئ بعدها مركزان آخران بكل من وهران وقسنطينة سنة 1969، إلا أن هذين المركزين توقف بهما العمل بعد مرور سنتين.

وبرز التحول الرئيسي في مجال تنظيم الأسرة بداية من سنة 1974 مع انطلاق البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات PMI/EN (Le Programme National de Protection Matérnelle et Infantile et Espacement des Naissances) وجاء هذا البرنامج من أجل تطوير وتقديم وسائل منع الحمل في المؤسسات الصحية العامة، وقد ركز هذا البرنامج على إنشاء وتوسيع شبكة مراكز حماية الأمومة و الطفولة PMI عبر كامل التراب الوطني، وتتمثل مهمتها الأساسية في حماية و تعزيز صحة الأم و الطفل، وهذا ما أكده نص القانون 73- 65 لسنة 173.[2]

6-3-1-2- البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي PNMCD 1983:

أطلق هذا البرنامج في 20 فيفري 1983، وهدف إلى خفض معدل النمو الديمغرافي، وهي السياسة التي تبنتها الجزائر في نهاية السبعينات، وبدأت تنفيذها مطلع الثمانينات.

ساهم هذا البرنامج بشكل كبير في تعزيز برنامج تباعد الولادات وتحسين الحالة الصحية للأمهات والأطفال في الجزائر، واستفاد من شبكة مراكز حماية الأمومة والطفولة PMI التي أنشئت في إطار البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات.[3]

---

[1] القانون رقم 05- 85 المؤرخ في 6 جمادى الأولى عام 1405 هـ الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 8 من الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 17 فيفري 1985.

[2] بوتفنوشان حياة: حول الوضعية الديمقراطية في الجزائر والصحة الإنجابية، مجلة دراسات اجتماعية، المجلد 5، العدد 2، الجزائر، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات التعليمية، 2013، ص 56.

[3] Lakrouf Ali: La politique Algérienne en Matière de Population, El-Bahith en Sciences Humaines et Sociales, N°17, Université Kasdi Merbah, Ouargla, Décembre 2014, p. 3- 4.

6-3-1-3- تعديل البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي سنة 1995:

في فترة الثمانينات،عرف هذا البرنامج اهتماما كبيرا من طرف السلطات سواء كان ذلك بتجنيد الطاقات البشرية أو عل صعيد التمويل، وبدأ هذا الاهتمام بشكل كبير في نهاية سنة 1989 إل بداية التسعينات كنتيجة حتمية للظروف السياسية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر في هذه الفترة، بالإضافة إل ظهور مفهوم جديد عل المستوى الدولي وهو مفهوم الصحة الإنجابية بعد انعقاد المؤتمر العالمي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994، وتحول الاهتمام بموضوع تنظيم الأسرة من كونه وسيلة من وسائل الصحة السكانية إل مكون من مكونات الصحة الإنجابية، وهذا ما أدى إل تعديل كبير في البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي.

تمالعمل في هذا البرنامج عل ما يلي:

- إنشاء الهيئة الوطنية للصحة الإنجابية والتخطيط الأسري La Comité National de la Santé Reproductive et de la Planification Familiale في نوفمبر 1995، وهي مسؤولة عن توجيه إستراتيجية العمل لتحسين الرعاية الصحية الإنجابية وتعزيز الالتزام بتنظيم الأمومة.

- اعتماد إستراتيجية جديدة تعتمد عل تحسين الجانب النوعي للخدمة أكثر من الجانب الكمي من خلال تعزيز الموارد، وتحسين القدرات التقنية للموظفين، وتنظيم المرجعية في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة.[1]

- تم إدماج نشاط تنظيم الأسرة في مصالح طب النساء والتوليد عل مستوى المستشفيات الجامعية من خلال إنشاء 363 مركزا للتخطيط العائلي CPF وهذا طبقا للقرارين الوزاريين: القرار رقم 39 الصادر في 4 سبتمبر 1992 والقرار رقم 5 الصادر في 25 فيفري 1995، وقد جاء هذا المشرع لتنصيب المراكز المرجعية التي تضم الموظفين المناسبين، الطبيين منهم والشبه طبيين، وإزالة الهوة بين التوليد وتنظيم الأسرة.[2]

[1] Lakrouf Ali: Op., Cit. p. 3.

[2] بوتفنوشان حياة: مرجع سابق، ص 57.

خاتمة:

حاولنا من خلال هذه الدراسة النظرية إبراز أهم القوانين التي تسعى جاهدة لتحسين جودة الحياة الأسرية، فلقد أصبح الفرد اليوم بحاجة ماسة إلى جودة الحياة الصحية لما لها من أهمية في حياة الفرد والمجتمع، لذا أولت السياسة الصحية الجزائرية اهتماما بالغا لجودة الخدمات الصحية وخاصة ما تعلق بالصحة الإنجابية بالرغم من البرامج الإنجابية الصحية والسياسات المنتهجة في إطار تطبيق مخرجات مؤتمر الألفية، إلا أننا نلاحظ و بالرغم من تراجع وفيات الأمومة في الجزائر خلال السنوات الأخيرة من 117.4 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1999 إلى 48 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2020 نتيجة الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية للمرأة في سن الإنجاب، إلا أن المعدلات تبقى بعيدة كل البعد عن أهداف الألفية الأخيرة.

فبالرغم من صدور عدة مراسيم أسهمت في ترقية وحماية الأمومة والطفولة من المخاطر التي تتعرض لها خلال حياتها الإنجابية، ولعل أبرزها المرسوم التنفيذي رقم 20- 60 الذي ساهم في جودة الحياة الأسرية و الإنجابية على وجه الخصوص، إلا أن العمل به ميدانيا لاقى صعوبات جمة، نذكر منها تعامل المصحات الخاصة مع القانون بإجحاف في حق المريض المؤمن له اجتماعيا بنسبة 100%، وضعف الخدمات والرعاية الصحية المقدمة له التي يكفلها له هذا المرسوم، مما ينجر عنه ضعف وإهمال التكفل الصحي لهذه الفئة، وهذا راجع إلى طبيعة العقد بين هاته المصحات وهيئة الضمان الاجتماعي.

وهنا يتأكد لنا أن الصحة الإنجابية للمرأة وما تطرحه من تحديات لا تزال رهينة قوانين غير واضحة المعالم من جوانب كثيرة، وجب على المشرع إقحام هيئة الضمان الاجتماعي كآلية لترقية الصحة الإنجابية عن طريق تحميلها المصاريف المترتبة عن المخاطر التي قد تنجر عن هذه الأخيرة، كما يجب أيضا تفعيل الدور الرقابي على المؤسسات الخاصة بالولادة وتكثيف حملات التفتيش والمراقبة كون بعض المؤسسات الاستشفائية الخاصة التي استفادت من الاتفاقية بينها وبين الضمان الاجتماعي أصبحت تجر المرأة المتقدمة للولادة فيها بإجراء عملية قيصرية بغية تحقيق الربح على حساب صحة المرأة.

لذا وجبت إعادة صياغة لمختلف القوانين التي تكفل التكفل التام بالصحة الإنجابية لتحقيق جودة الحياة الأسرية.

قائمة المراجع:

1- مراجع باللغة العربية:

أ- كتب:

1-أسماني الطيب: المنازعات الطبية والتقنية في مجال الضمان الاجتماعي وفق القانون الجديد، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، 2010.

2- الآنسي عبد الكريم علي: دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإنجابية والسكان، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، اليمن، الطبعة الثانية، أفريل 2021.

ب- الدوريات والمجلات والجرائد:

3- الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: مفهوم الصحة الإنجابية.. وسلامة المرأة والطفل، مقال منشور بتاريخ 17 أغسطس 2013

4- النجدي سمير: تقويم جودة التعليم الإلكتروني في جامعة القدس المفتوحة في ضوء المعايير العالمية للجودة، المجلة الفلسطينية للتعليم المفتوح، المجلد الثالث، 6 كانون الثاني، ص 1- 48.

5- بوتفنوشان حياة: حول الوضعية الديمقراطية في الجزائر والصحة الإنجابية، مجلة دراسات اجتماعية، المجلد 5، العدد 2، الجزائر، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات التعليمية، 2013.

6- حمزة فاطمة و بودواو حسين: تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية عل عينات من البيئة الجزائرية، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 7، العدد 31، 2018، ص 139-157.

7- دارج كيتيما وولد (Dereje Ketema Wolde): الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية: تراجع كبير في وفيات الأطفال عل مدى العشرين عاما الماضية، مقال منشور في سلسلة من المقالات عن الأهداف الإنمائية المستندة إل طبعة 2015 من مؤشرات التنمية العالمية، 2015/06/07

8- الدهني غفران غالب أحمد: جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك والحائل (دراسة مقارنة)، مجلة العلوم التربوية، ع 1، ج 1، 2018، ص 276- 302.

9- سهام كاظم نمر: الرضا عن الحياة وعلاقته بعوامل الشخصية الكبرى لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 29، ص 204- 244.

10- عبد السلام أسماء: النفاس: الفترة المهملة في دورة الحمل والولادة- دراسة في دمشق وريفها، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية، المجلد 24، العدد 1، 2008.

11- فهد محمود الصبري: مفهوم الصحة الإنجابية.. قراءة كلية، مقال منشور بتاريخ 2006/09/24.

12- ماضي عبد الباري مايح: مستوى جودة الحياة لدى طلبة جامعة ذي قار، جامعة ذي قار، المجلد 11، العدد 1، 2016، ص 95-107.

13- معاش فيصل: وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، مقال منشور بمجلة آفاق لعلم الاجتماع، المجلد 10، العدد 2، ديسمبر 2020.

14- نادية عايدي: مستوى جودة الحياة الصحية لدى طلبة الجامعة، مقال منشور بمجلة العلوم الإنسانية، جامعة أم البواقي، المجلد 6، العدد 2، ديسمبر 2019.

15- ونوس إيمان: جريدة النور، العدد 709، 2 ديسمبر 2015.

ج- التقارير والنشرات والوثائق الرسمية:

16- الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، المرجان للدعاية والإعلان، صنعاء، 2001.

17- الأمم المتحدة: تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (القاهرة 5- 13 سبتمبر 1994)، نيويورك، 1995.

18- الجمعية العامة للأمم المتحدة: تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة لعام 2030، الدورة السبعون، البندان 15 و 116 من جدول الأعمال، وثيقة رقم A/RES/70/1 الصادرة بتاريخ 25 سبتمبر 2015.

19- القانون 08- 09 المؤرخ في صفر عام 1429 هـ الموافق لـ 23 فبراير سنة 2008، المتعلق بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 11 الصادر في 22 فيفري 2008.

20- القانون رقم 05- 85 المؤرخ في 6 جمادى الأول عام 1405 هـ الموافق لـ 16 فبراير سنة 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، العدد 8 من الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 17 فيفري 1985.

21- القانون رقم 83- 11 المؤرخ في 2 جويلية 1983 يتعلق بالتأمينات الاجتماعية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 28.

22- المرسوم التنفيذي رقم 20- 60 المؤرخ في 14 مارس 2020، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.

23- المنظمة الدولية لرعاية الأسرة: العمل من أجل القرن الحادي والعشرين، الصحة، الصحة والحقوق الإنجابية للجميع، نيويورك، 1996.

24- فهيمي رودي فرزانة و أشفورد لوري: الصحة الإنجابية في الشرق الأوسط و شمال إفريقيا، دليل الإعلاميين، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، 2008، ص 16-24.

25- منظمة الصحة العالمية: تقرير من الأمانة حول الصحة الإنجابية، البند 12- 10 من جدول الأعمال المؤقت، 15 أفريل.

26- ملك عادل: دليل تقديم خدمات للسيدات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية، وزارة الصحة والسكان، مصر، سبتمبر 2014.

د- الندوات و الملتقيات:

27- حلمي محمد كاميليا: أهم المصطلحات الواردة في أبرز الاتفاقيات والمواثيق الدولية للمرأة والطفل وخطورتها على الأسرة، مؤتمر الأسرة المسلمة في ظل التغيرات المعاصرة، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، الجامعة الأردنية، وزارة التنمية الاجتماعية، عمان، الأردن، أفريل 2019.

28- نخلة وهبه: جودة التربية من التأطير الفكري إلى التطبيق العملي، محاضرة ملقاة في المؤتمر التربوي العشرين "التعليم الابتدائي جودة شاملة ورؤية جديدة"، بيروت.

هـ- الأطروحات والرسائل الجامعية:

29- سواكري خديجة: تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15- 49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه، تخصص ديمغرافيا، 2019- 2020.

30- عباسي محدوب و محمد عزوز: أحكام وسائل منع الحمل- دراسة طبية فقهية، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية، تخصص فقه مقارن، جامعة الجزائر، 2008- 2009.

2- مراجع باللغة الأجنبية:

31-Documents Fondamentaux, Supplément à la Quarante- Cinquième Edition, Octobre 2006.

32- Lakrouf Ali: La politique Algérienne en Matière de Population, El-Bahith en Sciences Humaines et Sociales, N°17, Université Kasdi Merbah, Ouargla, Décembre 2014.

3- مواقع إلكترونية على شبكة الإنترنت:

33- www.an-nour.com

34- https://bogs.worldbank.org

35- https://www.npc-ts.org

36- https://www.org/99

37- www.who.int