



(٥٧٥) (٦٠٤)

العدد التاسع
والأربعون

السياسة السكانية في العراق والصحة الإنجابية

ليديا حسين رحيمة

Lydia903@uowasit.edu

وزارة التربية / مديرية تربية واسط

المستخلص:

تعد الصحة الإنجابية من الموضوعات المهمة في الدراسات السكانية وتلك التي تتناولها الجغرافية الطبية ، ذلك لأنها تهتم بالصحة العامة وما يرتبط بها من العناية بالإنجاب وارتباطه بصحة الأم وأثرها على الأسرة والأم والطفل .

من هنا جاءت البرامج السكانية بصورة عامة وفي العراق بصورة خاصة ممثلة بالسياسة السكانية للاهتمام بالجانب الإنجابي وما يترتب على ذلك من ارتفاع أو انخفاض في الولادات ووفياتها وما ينعكس من زيادة طبيعية لها دورا فاعلا ومباشرا في زيادة الحجم السكاني سواء كان ذلك على مستوى العراق أو مستوى محافظات ووحداته الإدارية .

لذا فان هدف البحث يسعى لبيان طبيعة العلاقة بين السياسة السكانية في العراق ودورها وفعاليتها ببرامج الصحة الإنجابية بما يحقق الأمن والأمان للام والطفل .

توصل البحث إلى ضرورة الاهتمام بصحة المرأة وتمكين دورها في المجتمع وتفعيل السياسة السكانية بما يحقق الأمومة الآمنة بكل مكوناتها من ولادة سليمة ورعاية الحمل ورعاية المولود والإرضاع الطبيعي.

الكلمات الافتتاحية :- السياسة السكانية ، تنظيم الأسرة ، الصحة الإنجابية ، الأمومة الآمنة

Population Policy in Iraq and Reproductive Health

Lydia Hussein Rahima

Ministry of Education

Wasit Education Directorate

Abstract:



Reproductive health is a crucial topic in population studies and medical geography, as it addresses public health and its connection to reproductive care, maternal health, and the impact on the family, mother, and child.

Hence, population programs in general, and in Iraq in particular, represented by population policy, focus on the reproductive aspect and its implications, such as increases or decreases in birth and death rates. Natural increase plays a direct and active role in population growth, whether at the national level or at the level of its governorates and administrative units.

Therefore, this research aims to clarify the nature of the relationship between population policy in Iraq and its role and effectiveness in reproductive health programs, thereby achieving security and safety for mothers and children.

The research concludes that it is essential to prioritize women's health, empower their role in society, and activate population policy to ensure safe motherhood in all its aspects: safe delivery, prenatal care, newborn care, and breastfeeding.

Keywords: Population policy, family planning, reproductive health, safe motherhood

المقدمة :-

إن برامج تنظيم الأسرة والسياسات الوطنية المتعلقة بالمسائل السكانية هما ظاهرة جديدة ظهرت في بداية عقد الستينيات ، وانتشار ممارسات تنظيم الأسرة في العالم جاء نتيجة الجهود التي بذلت من قبل المنظمات الرسمية والخاصة .

على أساس ذلك فإن كل دولة من دول العالم ومنها العراق، بصرف النظر عن وضعها الاقتصادي، تحتاج إلى تبني سياسة سكانية حسب متطلباتها وأهدافها لتجنب عشوائية السلوك الديمغرافي وخاصة ما يتعلق بالجانب الصحي لما له من علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية للمرأة وسلامة مولودها ، فالاهتمام بصحة المرأة يعني تمكين دورها في المجتمع ، وإن المقدرة على الاختيار الإنجابي للمرأة يحقق سلامتها وسلامة جينها .

هذا يعني حالة من الرفاهة البدنية والعقلية والاجتماعية للمرأة ، وهذا يتطلب مساهمة الدولة في استمرارية تلك الخصوصية باعتماد محاور محدده وواضحة في سياساتها السكانية ومشاركة الرجل في تحقيق تلك الرفاه .

١- مشكلة البحث:



في ضوء ذلك فان مشكلة البحث تتجسد بالسؤال الآتي :

ما هي طبيعة العلاقة بين السياسة السكانية في العراق والصحة الإنجابية ؟

٢- فرضية البحث:

وبالتالي فان فرضية البحث يمكن صياغتها بالإجابة الآتية :

إن طبيعة العلاقة بين السياسة السكانية في العراق والصحة الإنجابية تتجسد في الدور الذي تلعبه تلك السياسة وفقا لبرامج وخطط الدولة المستقبلية والتي تؤكد بالدرجة الأساس على الحفاظ على صحة الأم والجنين لاستمرارية معدلات النمو وفقا للمعطيات التي تراها الدولة أو الجهات المعنية مناسبة وضروري .

٣- أهمية البحث:

من هنا جاءت أهمية البحث لبيان مدى إمكانية تأثير السياسة السكانية في الجانب السلوكي للإنجاب في العراق وعلى مستوى الأسرة العراقية ، سيما و أن السياسات السكانية المعدة للتأثير على المتغيرات الديمغرافي في أي دولة من دول العالم ومنها العراق، عادة ما تكون ذات حساسية معينة من النواحي السياسية والعاطفية ، فهي غالبا ما تشتمل على تغيرات جذية في القوانين الموجودة ، وخصوصا تلك القوانين التي سيطرت على نشر المعرفة المتعلقة بموانع الحمل وتنظيم الأسرة وبما يحقق الأمومة الآمنة بكل مكوناتها من ولادة سليمة ورعاية الحمل ورعاية المولود والإرضاع الطبيعي.

٤- هدف البحث:

يهدف البحث إلى صياغة بعض من المفاهيم والأطر العامة التي تجسد ماهية السياسة السكانية في جانبها الفعلي والتطبيقي الذي يتجسد في إمكانية تنظيم الأسرة وبما يحقق الرفاهية الصحية للام ومولودها والمقدرة على الاختيار الإنجابي للمرأة بما يحقق سلامتها وسلامة جنينها.

٥- منهجية البحث:

اعتمد البحث منهجية جغرافية معتمدا الوصف والتحليل بقدر تعلق الأمر بموضوع البحث بما يحقق التكامل المنهجي في البحث الجغرافي معتمدا على بعض المصادر التي أشارت إلى محاور السياسة السكانية وخاصة تلك التي تتعلق بالجانب الصحي .

وبحسب علم الباحثة أن لا بحث أو دراسة سابقة تطرقت لموضوع أو محتوى هذا البحث والذي اخذ بنظر الاعتبار أن لا سياسة سكانية ثابتة بثبات الوقت والزمن مثلما هي في قراراتها شاملة

للمكان بحدود الدولة وبمحافظاته ووحداتها الإدارية على مستوى القضاء أو الناحية ، والسياسة السكانية هي ليست أداة ضغط بقدر ما هي تسعى لتصحيح بعض من السلوكيات الديمغرافية للسكان .

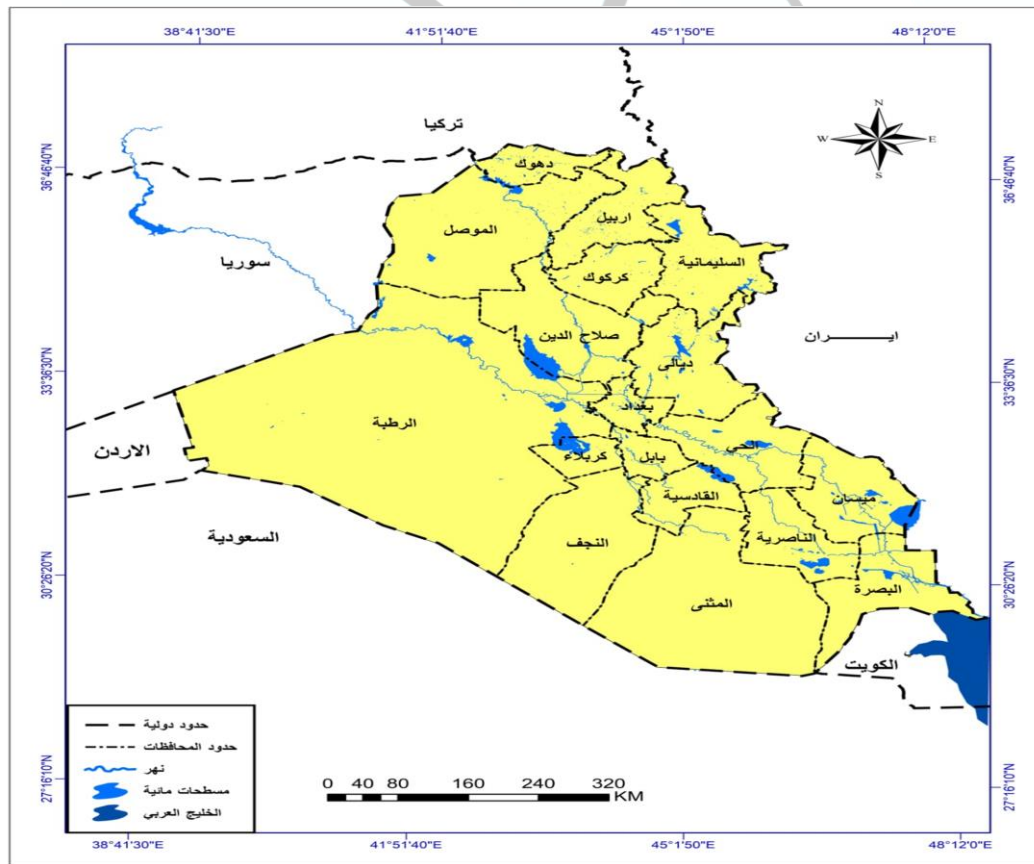
٦. حدود الدراسة :

أ- الحدود المكانية : تتمثل الحدود المكانية للدراسة بمحافظات العراق الثمانية عشر الممتدة بين خطي طول (39° 38' - 36° 48') شرقاً ، وبين دائرتي عرض (6° 29' - 27° 37') شمالاً وكما مبين في الخريطة (١) .

ب- الحدود الزمانية : وتتمثل الحدود الزمانية لمنطقة الدراسة لعام (٢٠٢٦) لمدة سنة .

خريطة (١)

العراق الإدارية





المصدر : وزارة النقل ، الهيئة العامة للمساحة ، شعبة نظم المعلومات الجغرافية ، قسم إنتاج

الخرائط ، خريطة

العراق الإدارية ، مقياس (1:1000000) ، لعام ٢٠٢٥ .

أولا : مفاهيم ومصطلحات:

أ : السياسة السكانية :

تعرف السياسة السكانية بأنها سياسة الدولة بالنسبة لسلوك سكانها من الناحية الديمغرافية في الحاضر والمستقبل ، أي أنها تشمل مجموعة الإجراءات والمخططات والبرامج التي تستهدف التأثير كما وكيفا في المتغيرات الهيكلية للسكان بما يلاءم حاجات المجتمع ومتطلبات نموه ورفاهية الجماهير ، وتشمل المتغيرات الديمغرافية ما يتعلق بحجم السكان ، نموهم ، توزيعهم ، تركيبهم ، خصائصهم . (عمران ، ٢٠١٨ ، ص ٢٤٢) وكانت الهند في عام ١٩٥٢ هي الدولة الوحيدة التي كان لها برنامج تنظيم الأسرة ، واليوم فإن ٧٦% من سكان دول العالم يعيشون في دول فيها سياسات سكانية رسمية وبرامج تنظيم الأسرة التي تهدف إلى تخفيض معدل النمو السكاني .

وقد تعرف على أنها جهد تقوم به الحكومة الوطنية للتأثير في ثلاثة متغيرات : الخصوبة والوفيات والهجرة (داخلية كانت أم خارجية) . كم ويعرفها البعض على أنها جملة من القوانين المتناسقة الساعية إلى بلوغ هدف ديمغرافي محدد . وتعرف أيضا بأنها عبارة عن إجراءات مباشرة وغير مباشرة تصوغها المؤسسات الاجتماعية المتعددة ، بما في ذلك الحكومة ، والتي من شأنها أن تؤثر في حجم السكان أو في توزيعهم أو في تركيبهم . (ليبب ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٢١)

وعرف بيريلسون Berelson السياسة السكانية بأنها تلك السياسات الواضحة التي تتبناها الحكومات لأجل افتراضاتها النتائج الأولية ، ومع أن الهدف الجوهري للعلاج الديمغرافي هو تنفيذ الأهداف الأولية كالتعجيل بالأمن القومي والرفاهية الاقتصادية والاجتماعية ، فتوجد فرصة قليلة لأي علاج في معدل الوفيات لتنفيذ النهايات الديمغرافية . (الحديثي ، ٢٠٠٠ ، ص ٤١٦)

بهذا المعنى فإن السياسة السكانية لا تقتصر على مشكلة الزيادة السكانية فقط (وهو المفهوم التقليدي) ولكنها تشمل كذلك برامج لتنشيط نمو السكان في بعض الدول وتنظيم الهجرة وحركة السكان وتنسيق القوى العاملة وتنظيم تدفق العمالة من الخارج وهجرة الكفاءات ومساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي والاجتماعي وتخفيض الآثار الصحية للخصوبة غير المنظمة وتحسين سمات السكان وتضييق الفجوة بين سكان الريف والحضر وكل ما يتعلق بالسلوك الديمغرافي .



ب- الصحة الإنجابية:

تعرف الصحة الإنجابية للمرأة وفقاً لمنظمة الصحة العالمية بأنها " الوصول إلى حالة من الاكتمال في السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته وليس فقط الخلو من الأمراض والإعاقة وهي تعد جزءاً أساسياً من الصحة العامة التي تعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب . (الحساوي ، ٢٠١٤ ، ص ١٨) .

كما وتعرف الصحة الإنجابية للمرأة بأنها المقدرة على الاختيار الإنجابي مع الاحتفاظ بكرامتها وقدرتها على إنجاب الأصحاء من الأطفال ، كما هي السلامة من أمراض النساء والولادة ومخاطرها ، فالصحة الإنجابية تعني حالة رفاه كامل بدنياً ، عقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته ، وليس مجرد السلامة والخلو من المرض أو الإعاقة ، ولذلك فهي تعني قدرة الأفراد وبالأخص الزوج والزوجة على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة ، وقدرتهم وحريتهم على الإنجاب وموعده وتواتره ، فضلاً عن الحصول على الصحة العامة المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان مدة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص للإنجاب . (راضي ، ٢٠١٤ ، ص ٢١)

في ضوء ذلك يمكن أن يشار إلى الصحة الإنجابية من وجهة نظر الباحثة بأنها جزء من الصحة العامة بمعناها الشامل كحالة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية ، وتعني بعملية الإنجاب في مرحلة الخصوبة كما تعني العلاقة الزوجية المسؤولة بين الزوجين والقدرة على التواصل في اتخاذ قرار الإنجاب ، وهي بالتالي - أي الصحة الإنجابية - حالة اجتماعية عقلية متكاملة تتطلب التعاون والإدراك لمفهوم تنظيم الأسرة والحفاظ على ديمومتها .

ج- الخدمات الصحية :

تشمل الخدمات الصحية مجالات متعددة ومنها ما يهتم بالصحة الإنجابية سواء تلك التي تتعلق بالطفل أو تلك التي تتعلق بالأُم أو ما يسمى بالأمومة المأمونة . وتشمل صحة الطفل تلك التحصينات التي تعطي له في العام الأول مثل طعم (الجدري ، الدفتريا ، السعال الديكي ، السل (الترن) وشلل الأطفال ، وهذا يعتبر إلزامياً في معظم الدول العربية ومنها العراق (الدليمي ، ٢٠٠٩ ، ص ٤٣) .

أما بالنسبة للأمومة المأمونة وهي من أهم مجالات الوقاية لحماية الأم من العدوى أو الإصابات بمرض أثناء الحمل ومن ثم كانت المتابعة الطبية للأمهات من أهم الضمانات لان يبدأ الوليد حياته



سليماً ، وكذلك التثقيف الصحي والنوعية التنظيمية الجيدة التي يتم فيها تنظيم الخدمات الصحية من حيث توفر الكوادر الطبية ، فضلاً عن ذلك توافر الكوادر المدربة والمؤهلة تعتبر من الركائز الأهم في توفير الخدمات الصحية بالكفاية المنشودة حيث تشمل المخططين والمديرين والباحثين (ويليس ، ٢٠١٢ م ، ص ٥٧)

د- تنظيم الأسرة (التخطيط الأسري)

يتحدد مفهوم تنظيم الأسرة بالإجراءات والوسائل المستخدمة من قبل الزوجين بشأن عدد الأطفال ومدى الرغبة في استعمال أو عدم استعمال وسائل منع الحمل ، فضلاً عن الإجراءات المتبعة من قبل الزوجين والجهات المختصة في توفير أفضل الظروف الملائمة لإنجاب الأطفال والعدد المرغوب فيهم (الهتاش ، ٢٠١٩ ، ص ٢٧).

ثانياً :الاتجاهات النظرية للسياسة السكانية في العراق :

إن الاتجاهات الحديثة في مجال الصحة العامة والصحة الإنجابية تدعو إلى تحقيق العدالة الصحية كجزء من حقوق الإنسان وكمعيار للعدالة الاجتماعية ، وتدعو إلى المسؤولية المشتركة للسياسات الاجتماعية المختلفة لتحقيق تلك العدالة الصحية واعتبارها نجاح اجتماعي ، وهذا التوجه ينبثق تماماً مع توجيه الصحة والحقوق الإنجابية ويفتح المجال للتأكيد على المسؤولية المشتركة للسياسات الاجتماعية في تحقيق أهداف السياسة السكانية وأهمية تكامل سياسات التنمية والسكان . وهنا لا بد من الإشارة إلى دور السياسة السكانية خاصة في ضوء بعض من السلوكيات الديمغرافية التي تقف عائقاً أمام أهدافها المنشودة ، فالعادات الاجتماعية والمعتقدات الدينية أو بعض من الثقافات الخاصة ذات علاقة بالسلوك الإنجابي كثيراً ما تسيطر على ذلك السلوك ولا يمكن تجاوز هذا السلوك الإنجابي إلا إذا كان متوافق مع تلك العادات والمعتقدات ، وبذلك يلاحظ أن الكثير من المسؤولين أو من هم أصحاب القرار أمام وضع حرج وصعب إذ هم تصدوا لتلك العقبات ، بخاصة ما يتعلق بالعادات والأفكار التقليدية ومنها ما يخص تنظيم الأسرة والزواج المبكر وغيرها ، ذلك يتطلب إعداد برامج تنموية وسكانية ودعمها حكومياً في ضوء برنامج ثقافي تعبوي يركز على جوانب التربية السكانية .

ولذا فإن السياسة السكانية تعد صمام الأمان للشروع ببرامج سكانية تهتم بالصحة العامة أولاً والصحة الإنجابية ثانياً وهي التي تعد جزء لا يتجزأ من الصحة العامة ، وهي الأداة الفاعلة والناجحة لديمومة الأسرة والمجتمع ، سيما وإن تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمرأة تمكنها من



المشاركة في اتخاذ القرارات التي تنظم الحياة الأسرية بما يحقق الرفاه الاقتصادي والاجتماعي للأسرة العراقية .

إن من أولويات السياسة السكانية هي : (سردار ، ٢٠١٥ ، ص ١٧٥)

- رفع المستوى الصحي الوقائي للأسرة وبما يحقق السلامة والأمن والأمان لتكتمل شروط الصحة الإنجابية .

- خفض عدد الوفيات الرضع للأطفال .

- رفع المستوى الغذائي للأسرة وللم ولليدها .

- تحسين مستوى المشاركة الاجتماعية الأسرية ، لرفع قدرة الأسرة على زيادة دخلها ورفع مستوى معيشتها وتطويرها معرفياً وفنياً وصحياً . (حيدر ، ١٩٩٠ م ، ص ٤٩)

ومن وجهة نظر الباحثة يمكن صياغة أهم الاتجاهات الحديثة للسياسة السكانية بما يأتي:-

أ- الاهتمام بالسكان وخصائصهم الديمغرافية وتوزيعهم وتركيبهم النوعي والعمرى والمهني والاجتماعي والتعليمي .

ب- تحقيق المستويات الاقتصادية والاجتماعية الأفضل للأسر العراقية .

ج- تطبيق العدالة الاجتماعية من حيث الفرص ومن حيث وضع الرجل المناسب في المكان المناسب ، ومن حيث توفير مستلزمات الحياة الضرورية للمواطنين كافة .

د- توفير فرص العمل لكل القادرين عليه من اجل تقليص نسبة البطالة وتخفيض مؤشر الإعالة وإزالة الفقر وتجنباً لتعطل الطاقات البشرية .

هـ- الإنفاق على التعليم والتثقيف ومجانية التعليم ، وتشجيع البحث العلمي ، إذ أن التعليم والتدريب الوظيفي يؤدي إلى تحسين نوعية القوة العاملة وزيادة إمكانية التقدم الفني ، واستخدام وسائل حديثة في الإنتاج ، وينعكس ذلك بصورة ايجابية على زيادة مردود المشروعات الاقتصادية التي يديرها العمال والخبراء والمديرون .

و- التوسع في إلغاء محو الأمية على النطاق العام ، وتوفير التعليم اللازم بحيث يكون متاح للجميع .

ز- توجيه القوى العاملة نحو الجهود الإنتاجية المفيدة والنافعة للفرد والمجتمع .



ح-تهيئة البيئة الصحية من اجل مكافحة الأمراض ورفع المستوى الصحي ، ورسم سياسة صحية قادرة على توفير كل ما تتطلبه الأسرة من ضمان وتأمين صحي بما يحقق سلامة الأم وجنينها ووليدها .

إن تلك الاتجاهات للسياسة السكانية تكاد أن تتوافق كثيرا مع برامج الأمم المتحدة وخاصة الإنمائية منها والتي تؤكد جميعها على عملية توسيع الخيارات للسكان ، ومن حيث المبدأ ، هذه الخيارات يمكن أن تكون مطلقة ويمكن أن تتغير بمرور الوقت ، ولكن الخيارات الأساسية الثلاث على جميع مستويات السياسة السكانية هي ان يعيش السكان حياة مديدة وصحية وان يكتسبوا معرفة وان يحصلوا على الموارد اللازمة لمستوى معيشة لائق ،والسياسة السكانية لا تنتهي عند ذلك ، فالخيارات الإضافية تتراوح من الحرية السياسية والاقتصادية والاجتماعية إلى التمتع بفرص الإنتاج والتمتع بالاحترام الذاتي الشخصي وبحقوق الإنسان المكفولة وبما يؤمن الخيارات الصحية السليمة للأسرة وللأم وسلامتها والحفاظ على جنينها ووليدها . (حيدر ، ١٩٩٠ م ، ص٤٩)

يلاحظ من المخطط (١) استمرارية الاتجاهات النظرية للسياسة السكانية بأبعادها المكانية والزمانية وإمكانية تطبيقها وفقا لمقتضيات واقع الحال ، وبالأخص الجوانب الصحية ، ذلك ان الصحة تعد من المعايير المهمة للسياسة السكانية ، ومن أهم مفاهيم الصحة ما جاءت به منظمة الصحة العالمية ، حيث عرفت بأنها "حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية ، وليس مجرد الخلو من المرض " (نور الدين، ٢٠١٠، ص٣٨٣) وهذا ما يتوافق والصحة الإنجابية وعندما يشار إلى الصحة بأنها حق من حقوق الإنسان ، فان ذلك الحق كان واحد من آخر الحقوق التي أعلنت في دساتير معظم دول العالم حيث شكل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان انطلاقه في عام ١٩٤٨ م بالنص في المادة ٢٥ على انه :- (غنيم وأبو زنت ، ٢٠١٠ م ، ص ١٢٥)

أ-لكل فرد الحق في مستوى من المعيشة كاف لصحته وسلامته كشخص ولعائلته بما في ذلك الطعام والكساء والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية .

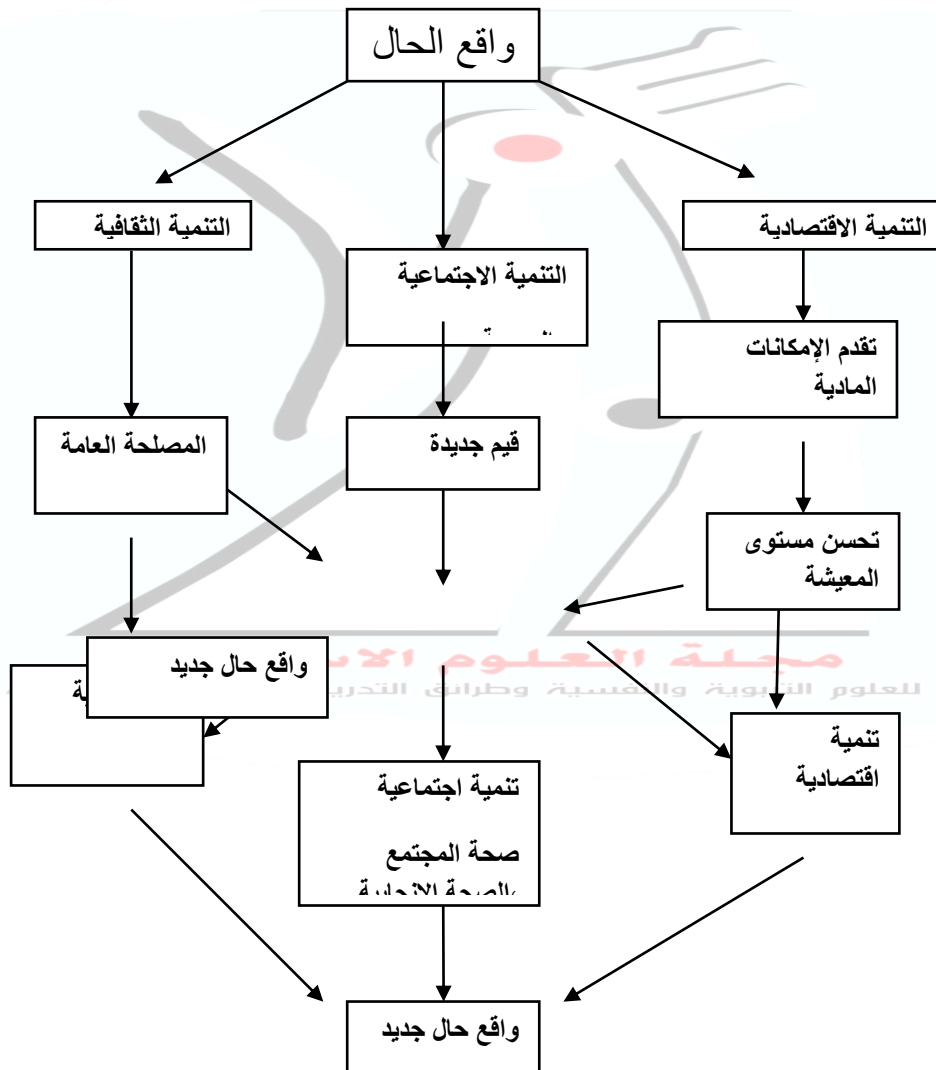
ب-الأمومة والطفولة لهما حق في رعاية ومساعدة خاصة لجميع الأطفال سواء أكانوا مولودين في نطاق حياة زوجته أو خارجها سوف ينتمون بنفس هذه الحماية الاجتماعية، بما يحقق الصحة الإنجابية التي تؤمن سلامة الأم أثناء الحمل والولادة وديمومة صحة وسلامة جنينها ووليدها ،



كما أن تحسين التغذية وتوسيع إمكانيات الحصول على الرعاية الصحية الأساسية ورفع مستوى التعليم وتحسين تنظيم الأسرة هي عوامل تؤدي إلى التخفيف من عبء الحمل والولادة ، وتحسين الحالة الصحية للمرأة .

مخطط (١)

أنموذج الشمولية والديناميكية للسياسة السكانية



المصدر: الباحثة بالاعتماد على :-



محمد دلف احمد الدليمي و فواز احمد الموسى ، ط١، دار الفرقان للغات ، حلب ، سوريا ، ٢٠١٩ ، ص ٢٨ .

ولابد من الإشارة هنا إلى أن هناك بعض من العوامل التي هي من وجهة نظرنا يمكن أن تؤدي إلى إخفاق السياسة السكانية في بعض من جوانبها أو أن تكون غير قادرة على معالجة بعض جوانب المتعلقة بالإنجاب أو الحد منه والعمل على تنظيم الأسرة بما يحقق الرفاه الاقتصادي والاجتماعي ، ومن تلك العوامل :-

١- اختلاف الآراء ووجهات النظر لبعض من الدارسين والباحثين بحسب تأثيراتهم البيئية (حضر وريف) وتباين تلك الوجهات يؤدي إلى عدم الاتفاق لصيغة بعض القرارات التي يمكن ان تنمي الأسرة والمجتمع .

٢- تعارض بعض من الاتجاهات الفكرية للسياسة السكانية مع المصالح الفردية او المصالح السكانية العامة ، لذا فعلى أصحاب إعداد البرامج السكانية أن يكونوا غير بعدين عن العادات والتقاليد السائدة في المجتمع .

٣- عدم توفر الاختصاصيين والخبراء والعاملين في مجال الأسرة والمجتمع أو من هم غير قادرين على الخوض في مجالات الخصائص الديمغرافية الكمية والنوعية وإدراك وفهم مؤشرات الكمية والإحصائية .

وبرأي الباحثة فان إي سياسة سكانية لا تأخذ بنظر الاعتبار العلاقات الاجتماعية المتداخلة وواقع حال الأسر العراقية وعدم التنبؤ بما سيحدث لاحقاً وفقاً للأطر الاقتصادية والاجتماعية الحالية فهي سياسة غير قادرة على تحقيق مسارات التنمية وتبقى مجرد حبر على ورق .

لذا فان أي سياسة سكانية أو برامج سكانية عليها أن تأخذ بنظر الاعتبار ما يأتي :-

(الكبيسي ، ٢٠١١ ، ص ١٤٥)

أ- التأكيد على دراسة البنى الارتكازية ومنها الخدمات الصحية لما لها من تأثير مباشر على السكان وأنشطتهم اليومية الحياتية .

ب- ضمان توافر قاعدة من البيانات التي تتعلق بالجوانب الصحية وعلى مستوى دوائر الدولة كافة وبالتعاون مع الكليات وبحسب مجالات التخصص فيا .



ج- رفع مستوى الواقع التنموي والصحي في العراق وعلى مستوى الوحدات الإدارية بما يعزز الصحة الإنجابية والحفاظ على سلامة أفراد الأسرة ومتابعة العديد من المشاريع التنموية الصحية المتوقفة والتي ما زال العمل فيها متلكاً وبالأخص المستشفيات .

د- إعداد الدراسات الميدانية والقيام بالمسح الميدانية والاطلاع على مدى وكفاءة الخدمات الصحية ومعالجة الخلل وتجاوز العقبات والتوسع في مراكز الأمومة والطفولة .

هـ- تشكيل اللجان العلمية المتخصصة على مستوى الكليات وبمشاركة منظمات المجتمع المدني التي تسهم مساهمة فاعلة في الكشف عن الواقع الصحي بما يحقق استمرارية الحياة .

و- إعطاء الأولوية لطلاب الجغرافية للمساهمة في إعداد الدراسات الشاملة في مجال التنمية البشرية بما يتماشى وواقع الحال ، وعقد الندوات التثقيفية التي تزيد من الوعي الصحي والتنموي لدى السكان .

ثالثاً: الصحة الإنجابية ومؤشراتها الديموغرافية لعام ٢٠٢٦ :

تعد الصحة الإنجابية حق من الحقوق الخاصة بالمرأة والطفل وهي جزء من حقوق الإنسان العالمية غير القابلة للفصل أو التجزئة و مشاركة المرأة مشاركة فاعلة في جميع ميادين الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية وبدون تمييز ،ومن ضمن الحقوق الإنجابية التي أقرتها العديد من المؤتمرات التي عقدت منذ عقد الأربعينات من القرن الماضي والتي كان أساسها ما تم وضعه عام ١٩٤٥ من ميثاق الأمم المتحدة هي :- (محمد ، ٢٠٠٨ ، ص ٢١)

١- الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الشركاء والأفراد في ان يقرروا بحرية ومسؤولية عدد الأبناء ومدة التباعد بينهم وتوقيت إنجابهم .

٢- أن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك .

٣- الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو أكراه أو عنف على النحو الوارد في وثائق حقوق الإنسان .

٤- الاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات الإنسانية والتثقيفية للمرأة الحامل .

إن من أهم مؤشرات الصحة الإنجابية :-

أ: استعمال وسائل منع الحمل: (أمين، ٢٠١٠ ، ص ١١٧)



يمثل هذا المؤشر العلاقة بين النساء في سن الإنجاب (١٥ - ٤٩) عام والوقت الذي يستخدم تلك الوسائل ، أو هو يمثل النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (١٥ - ٤٩) عام اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل في وقت معين .

يعد هذا المؤشر مهما لبيان مدى فاعلية الصحة الإنجابية فهو يبين:-

- مدى أهمية استعمال وسائل منع الحمل
- إمكانية الوصول إلى تنظيم الأسرة .
- تقليل الوفيات وأمراض الإنجاب عندما يستخدم لمنع حمل مبكر جدا أو متأخر جدا أو لمنع تكرار الحمل المتقارب أو لمنع الحمل المتكرر كثيرا .
- يعطي انطبعا عن مستوى الوعي الصحي بين الأزواج .

تعد وسائل منع الحمل وسيلة مهمة لتنظيم الأسرة وهي بمثابة خدمات صحية تساعد الزوجين على اتخاذ القرارات المتعلقة بإنجاب الأطفال وتوقيتهم بما يتناسب مع وضعهم الصحي والاجتماعي وان الإقبال على تلك الوسائل مشروط بسلسلة مترابطة من العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية (ليبب ، ٢٠٠٤ ، ص ٩٣).

إن انتشار ممارسات تنظيم الأسرة في العالم والعراق جاء نتيجة للجهود التي بذلت من قبل المنظمات الرسمية والخاصة في عام ١٩٦٠ ، كان ١٨% فقط من النساء في سن الإنجاب في الدول النامية يمارسن تنظيم الأسرة ، وكان معدل الخصوبة الكلية في هذه الدول حوالي ٦ آلاف طفل مقارنة مع ٢.٧ طل في الدول الصناعية ، أما اليوم فقد انخفضت الخصوبة الكلية الى ٣.٥ ألف طفل في الدول النامية والى ١.٦ طفل في الدول المتقدمة . (الغيساوي ، ٢٠١٤ ، ص ٨٠)

وما يميز برامج تنظيم الأسرة التي أسست مبكرا أنها تنصّف بالمركزية العالية وتقوم المراكز الطبية في المراكز الحضرية (المدن) تقتصر في الغالب على سكان الأحياء الأكثر ثقافة وتعلّما وأعلى دخل شهري لإتاحة فرص النجاح لهذه البرامج وبأقل كلفة ، كما وتحولت تلك البرامج الى سكان الريف الأقل دخولا وقل تعلّما والذين يمثلون غالبية السكان في الدول النامية .

وتشير العديد من الدراسات انه لو كانت المدة بين الولادات عامين على الأقل لتمكن تلافي ٥/١ وفيات من الأطفال الرضع وكذلك خفض إصابة النساء بفقر الدم وخفض معدل نمو الأسرة وهذا يساعد على تحسين مستوى الحياة والصحة والحد من الصعوبات الاقتصادية المصاحبة لكثرة الأبناء وكذلك حماية الفتيات (الشابات) أو النساء المريضات من أخطار الولادة والحد من الإصابة بسوء



التغذية للام والطفل وكذلك خفض احتمال لجوء السيدات للإجهاض الذي يكون خطر عليهن (السباعي، ٢٠١٥، ص ٣٣).

كما أن استعمال وسائل منع الحمل (وسائل تنظيم الأسرة) يجنب الأم الحمل المتقارب وأخطاره على صحتها ويمكنها من إرضاع طفلها من الثدي وذلك يوفر للطفل النمو الجسمي والنفسي بشكل أفضل ويمكنه الرضاعة من ثدي أمه أطول وقت ممكن ويساعد بالمقابل الرجل على إمكانياته في توفير العيش المناسب والراحة له ولأسرته ، كما أن استعمال وسائل منع الحمل باعتباره يمكن من السيطرة على السلوك الإنجابي والتحكم في عدد الولادات يعد عموماً بمثابة عامل حاسم هام في تمكين النساء من التمتع بالحقوق الأخرى .

تشير الاتجاهات الحالية إلى زيادة هامه في استعمال وسائل منع الحمل في الدول النامية بخاصة الطرق الحديثة تبعاً لنتائج العديد من الدراسات ، فالرجال يظهرون معرفة اكبر بوسائل تحديد النسل من النساء ، وهم يتقبلون عموماً التخطيط العائلي رغم ان مستوى قبولهم أدنى من مستوى النساء ويختلف كثيراً بين الدول وباختلاف المستويات الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية ، كما ان الوسائل الهرمونية لتنظيم الأسرة تحمي الأم من سرطان الرحم والمبيض وأورام الثدي الحميدة وتقلل من النزف وإلام الطمث ، كما ان وسائل تنظيم الأسرة تحمي أيضاً الأم من الشيخوخة المبكرة وتتيح أيضاً فرصة اكبر للتعلم وتحسين مستواها التعليمي والاقتصادي والاجتماعي وتمنح الأم الفرصة لتقديم العناية الكافية لزوجها ولكل طفل من أطفالها.

لذا فان الزوجات هن المعنيات تحديداً باستعمال وسائل منع الحمل ، وهن من يتحملن النتائج الصحية المترتبة لهذا الاستعمال ، والتي يكون في بعض الأحيان سلبية ، إلا أن إدراكهن لمتاعب الحمل والولادة ومن ثم التنشئة للأطفال يجعلهن أكثر ميلاً للإقدام على استعمال تلك الوسائل ، كما أن هناك أسباباً كثيرة قد تجعل المرأة تفضل إلا تحمّل في مرحلة معينة من عمرها ، فحملها الذي لم تخطط له قد يؤدي إلى مرض طويل الأمد أو إلى المشكلات أو يحد من فرصها في مواصلة تعليمها أو في الحصول على عمل (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٩ ، ص ٢) ولقد نشأت العديد من برامج تنظيم الأسرة في الدول النامية وأصبحت حكوماتها أكثر إدراكاً لما يسمى بالصحة الإنجابية والتسارع في النمو السكاني وما يترتب عليه من نتائج اجتماعية واقتصادية .



لقد بات الكثير من النساء اللاتي في سن الإنجاب يشعرن بأهمية الصحة الإنجابية ، ولذا تشير الكثير من التقديرات إلى أن ٥٠% من النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب في الدول النامية يستعملن نوعا من أنواع موانع الحمل .

يلاحظ من الشكل (١) التفاوت في النسب بين أقاليم العالم وتتراوح من ١٧% في أفريقيا إلى ٧٥% في شرق آسيا وتراوحت بقية النسب في الأقاليم الأخرى ما بين النسبتين المذكورتين . (سهاونه وموسى ، ٢٠٢٢ ، ص ١٤٤)

تختلف استعمالات وسائل منع الحمل بتأثير عدد من المتغيرات التي يختلف تأثيرها بتباين المكان ، ومن أهم هذه المتغيرات هي :

١-استعمال وسائل منع الحمل وفق عدد الأطفال:

هذا المتغير يختلف تأثيره من مكان لآخر وبحسب عدد الأطفال ، فالأسر التي لديها طفل واحد تختلف في تخطيطها لاستخدام وسائل منع الحمل عن الأسرة التي يتراوح عدد أطفالها من ٢ - ٤ أطفال أو الأسرة التي عدد أطفالها ٥ فأكثر ، وبالتأكيد فانه كلما ازداد عدد الأطفال كانت الرغبة في استعمال موانع الحمل وتأثير عاملي العمر للمرأة والحالة العلمية أو التعليمية .

٢-المستوى التعليمي للام:

للتعليم اثر كبير في الصحة الإنجابية والذي يظهر تأثيره بعدة جوانب :- (محمود ، ٢٠٠٨ ، ص ٥٨٧)

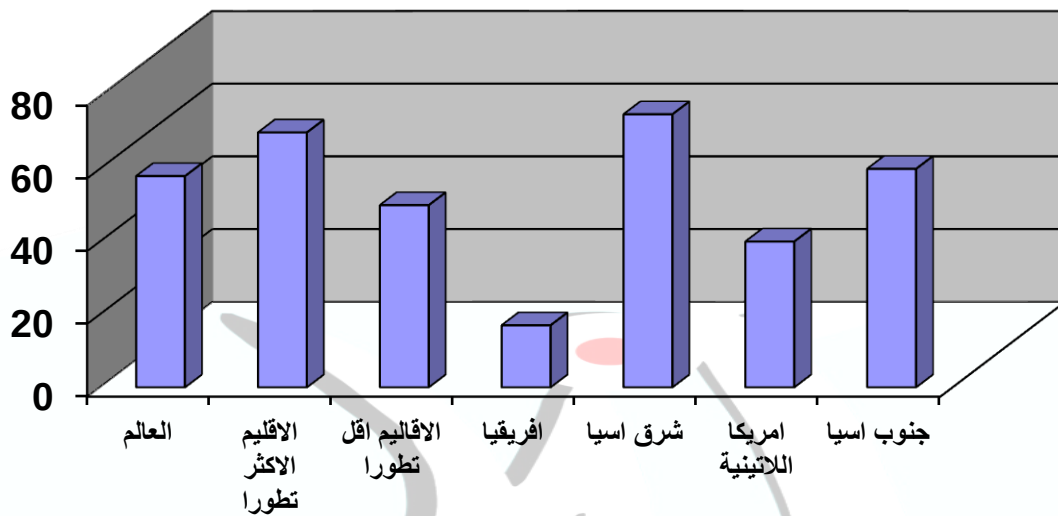
أ-يؤثر التعليم على الزواج والمعايشة وبدء العلاقات الزوجية (الجنسية) ومن ثم استعمال موانع الحمل .

ب-ان الزواج للمرة الأولى في سن مبكرة والشروع في الحياة الزوجية والإنجاب لأول مرة هي ظواهر أكثر شيوعا بين النساء اللاتي ليس لهن حظ في التعليم منها بين صفوف نظيراتها المتعلّمات .
ج-ان النساء ذوات المستويات التعليمية إلا على يتزوجن ويبدأن حياة زوجية في مرحلة أكثر تأخرا من غير المتعلّمات .

كما يعد المستوى التعليمي من العوامل الفاعلة في خفض الخصوبة ومعدلاتها ، فكلما ارتفع هذا المستوى كلما زاد استعمال وسائل منع الحمل ، وكلما طالت مدة الدراسة كلما تأخر سن الزواج .

(شكل ١)

استعمال موانع الحمل في أقاليم العالم (تقديرات ٢٠٢٢)



المصدر : الباحثة بالاعتماد على :

- فوزي عبد سهاونه و موسى عبودة سمحي ، جغرافية السكان ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن ، ٢٠٢٢ ، ص ١٤٤ .

خاصة بين الفتيات فالخصوبة الكامنة التي لدى الفتاة المتزوجة في الخامسة عشر من عمرها تقدر بعشرة أطفال ، مقابل ٧ أطفال بالنسبة لمن تتزوج في العشرين من عمرها .(المظفر ، ٢٠٠٢ ، ص ٥٣)

ولا يفسر المستوى التعليمي الاختلافات القائمة بين دولة وأخرى فحسب بل وإنما الاختلافات بين بيئة وأخرى وبين المناطق داخل الدولة الواحدة ، ولئن كانت الأمية العائق الأكبر ضد انخفاض الخصوبة فهناك أيضا عوائق أخرى تتصل بالمنزلة الاجتماعية والاقتصادية التي يحظى بها الطفل ، وغالبا ما تتطلب مصلحة الأسرة في بعض الدول عدد كبير من الأطفال ، فالأسر الفقيرة لا تعد أبنائها عبئا يتقل كاهلها بقدر ما ترى فيهم منتجين (في سن مبكرة) يساهمون في تأمين دخلها ،



ومع هذا فان انخفاض الخصوبة في الدول النامية أسرع مما كان متوقعا ، وأصبح متأكد بان ما سمي " الانفجار السكاني" في الدول النامية ومنها العراق قد انتهى .(الهتاش ، ٢٠١٩ ، ص٢٣)
ان وسائل منع الحمل أو تنظيم الأسرة هي ليست حديثة العهد بل كانت جميع المجتمعات تستعمل تلك الوسائل في العهود التاريخية لتحديد عدد الأبناء ، وهي كثيرة منها :- (سوفي ، ٢٠٢٠ ، ص١٣٠).

أولا : التقليدية : (واد البنات ، طريقة الامتناع المؤقت في المجامعة (مدة الأمان) ، الإجهاض ، العقيم لدى الرجل والمرأة)
ثانياً: الحديثة :- (الجماع المقطوع (العزل) ، الكبولات الرجالية او الغمد (فلاش) ، الأغشية والأقنعة النسائية ، الأميال الرحمية واللؤلؤ المانع للحمل ، موانع الحمل الكيماوية ، حبوب منع الحمل ، حقن منع الحمل).

استخدام هذه الأنواع تباينت بتباين المكان والزمان ، مثلما تختلف كل امرأة عن الأخرى ، وبالتأكيد فان الوسائل الحديثة هي الأكثر استخداما من الوسائل القديمة .

هناك أسباب كثيرة تحول دون استعمال الأمهات لوسائل منع الحمل منها :- ()
أ- أن يكون الحصول على معلومات تنظيم الأسرة والوصول إلى خدمات تنظيمها أمرا غير ميسور للنساء أو الحوامل.

ب- المعتقدات الشخصية والعادات والتقاليد .

ج- الأسباب الدينية.

د- المعرفة القاصرة عن احتمالات حدوث الحمل إذا لم تتخذ الأساليب الوقائية لذلك .

هـ- عدم قدرة المرأة على التصرف بمفردها في ما يتعلق باستعمال وسائل منع الحمل .

فيلاحظ في الأغلب أن حرية المرأة في التحكم بخصوصيتها وبالأخص في المناطق الريفية محدودة جدا ، فالمرأة قد لا تستطيع استعمال موانع الحمل حتى في حال توفرها وذلك لأسباب مادية أو اجتماعية تتعلق بمعارضة احد أفراد الأسرة لتلك الاستعمالات ، او لقلقها بسبب ما تتصوره عما ينجم من أثار سلبية قد تضر بصحتها أو بخصوصيتها في المستقبل في حال استعمالها لتلك الوسائل ، فضلا عن ذلك فانه لا توجد طريقة فعالة لمنع الحمل مئة بالمائة بل أن هناك عدد يقدر بين ٨ - ٣٠ مليون حمل تقع كل عام نتيجة لفشل وسيلة منع الحمل ، او بسبب عدم استعمالها



باستمرار أو لاستعمالها استعمالاً خاطئاً أو لفشل يتعلق بالوسيلة ذاتها. (S.J.segal 2009.p247).

وقد تتداخل العديد من الأسباب التي تمنع المرأة من استعمال وسائل منع الحمل ومنها :-

- رفض الزوج .
 - الرغبة في المزيد من الأطفال وهذا يتباين بين المرأة المتعلمة والغير متعلمة .
 - العادات والتقاليد .
 - الخوف من الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل .
 - ان العدد الأكبر من الأبناء يساعد على الترابط الأسري بين الأزواج وهذا يقلل من احتمالية حالات الطلاق .
 - ان وسائل منع الحمل لا تجدي نفع في اغلب الأحيان .
 - الدين الذي يلعب دوراً فاعلاً في الحد من استعمال وسائل منع الحمل وخاصة الحديثة ، فالدين له اثر كبير في حياة الأسرة العراقية وبرز كثيراً في العلاقات الاجتماعية التي تنتقل من جيل لآخر .
 - غلاء أسعار موانع الحمل .
- ٢:وفيات الأمومة لعام ٢٠٢٦ :

تمثل نسبة وفيات الأمهات لمدة الحمل والولادة والنفاس ويقصد به العدد السنوي لوفيات الأمهات مقابل مائة ألف ولادة حية ، وقد عرف التصنيف الدولي العاشر لأمراض وفيات الأمهات على أنها "وفاة المرأة أثناء الحمل والولادة في ٤٢ يوماً من نهايته ، بصرف النظر عن مدة ومكان الحمل ، على ان تكون الوفاة نتيجة لسبب يرجع إلى الحمل أو يزداد سوءاً بحدوث الحمل وبطرق معالجته وليس لأسباب عرضية او طارئة (السباعوي ، ٢٠١٥، ص٧٧).

هنالك مجموعة من أسباب وفيات الأمهات (الأمومة) منها ما تحصل بطريقة مباشرة ومنها بطريقة غير مباشرة :-

١-الأسباب المباشرة الصحية :

حوالي ٨٠% من مجموع وفيات الأمهات في العالم هي نتيجة مباشرة للمضاعفات التي تنشأ أثناء الحمل أو الولادة والنفاس ومن أكثرها شيوعاً هي :-



- الاضطرابات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم الحلي ، يحدث ذلك بسبب الارتعاش (التشنجات النفسانية) في نحو ١٢% من وفيات الأمهات، ويمكن انقاء الوفيات نتيجة الاضطرابات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم بالمتابعة الدقيقة أثناء الحمل واخذ العلاج اللازم .

- النزف :ومنه النزف الحاد الذي يحدث بعد الولادة وبشكل مفاجئ ويكون السبب الرئيس في حدوث الوفاة ، إذ يكون سبب في حوالي (٢٥%) من مجموع وفيات الأمهات ويكون أكثر خطورة عندما تعاني الأم من فقر الدم ، ويمكن ان يؤدي فقر الدم سريعا إلى الموت في حال عدم وجود الخدمات السريعة والمناسبة لإنقاذ الحياة.

- الولادة المتعسرة أو المطولة :تكون سبب لوفاة ٨% من وفيات الأمهات وهي تحدث غالبا نتيجة عدم تناسب الرأس مع الحوض ، وهذا الوضع غير طبيعي للجنين لا يسمح بمروره في قناة الولادة ويتوأكب دائما هذا الوضع مع حالات سوء التغذية وخاصة بين السكان الذين يتصفون بعادات وتقاليد خاصة بغذاء الفتيات والأمهات وهي تزداد سوء عندما تتزوج المرأة بسن مبكرة ويترتب عليهن إثبات خصوبتهن عادة قبل ان يصبحن كاملات النمو .

-الإنتان: وتؤدي الإصابة به إلى التهابات حوضية ويحدث غالبا نتيجة لسوء النظافة أثناء الولادة أو نتيجة الأمراض المنقولة جنسيا التي لم يتم علاجها وهو مسؤول عن حدوث حوالي ١٥% من وفيات الأمهات تقريبا ، ويمكن اتخاذ الإجراءات الوقائية عن طريق العناية بنظافة الأم وتشخيص وعلاج الأمراض المنقولة جنسيا أثناء الحمل ، فضلا عن الرعاية المنتظمة في مدة النفاس ، وسرعة تشخيص أي إصابة وعلاجها بالمضادات الحيوية المناسبة .

للعلوم التربوية والنفسية وطرائق التدريس للعلوم الأساسية

-مضاعفات الإجهاض غير المأمون: يحدث نتيجة المضاعفات ١٣% من وفيات الأمهات وفي بعض أنحاء العالم يرتبط نحو ثلث وفيات الأمهات أو أكثر بالإجهاض غير المأمون ، ويمكن انقاء هذه الوفيات إذا ما توفرت للنساء معلومات وخدمات لتنظيم الأسرة والعناية بالمضاعفات المتصلة بالإجهاض ، فضلا عن توفير رعاية تكفل سلامة الإجهاض ، لاسيما في الدول التي لا يحظر فيها الإجهاض بالقانون .

٢- الأسباب غير المباشرة:



تعمل الأسباب غير المباشرة أو الكامنة المؤثرة على الأسباب المباشرة في عدة مستويات ، إذ يجد المستوى الاجتماعي المنخفض للنساء لاسيما في الدول النامية من إمكانية حصولهن على الموارد الاقتصادية والتعليم الأساسي وينتج عن ذلك قدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن وتغذيتهن ، وتحرم بعض الأمهات من الحصول على الرعاية عند الحاجة إليها وذلك أما بسبب التقاليد السائدة نتيجة العزلة أو لان اتخاذ القرار مسؤولية أفراد الأسرة الآخرين ، ومن الأسباب الهامة في زيادة عدد وفيات الأمهات هو عدم إمكانية الحصول على خدمات التولد الأساسية أو عدم استعمال هذه الخدمات ، ويؤدي عدم القدرة على اتخاذ القرار وعدم وجود فرص بديلة إلى تكرار الحمل لدى الكثير من الأمهات ، كما يساهم العمل البدني المرهق وسوء التغذية في تدني صحة الأمومة .

رابعا: العلاقة بين السياسة السكانية والصحة الإنجابية لعام ٢٠٢٦ :

الصحة الإنجابية هي جزء لا يتجزأ من الصحة العامة ومؤثرة بشكل كبير في العلاقات الأسرية وهي جزء لا يتجزأ من البرامج السكانية والتنمية التي تسعى الجهات المختصة على بيان طبيعة العلاقة بما يعزز المكانة الصحية للأسرة ، ونظرا لما واجهته برامج تنظيم الأسرة من صعوبات فقد نما معها الإدراك بضرورة تجاوز العقبات بما يؤمن صحة مجتمعية وأسرية قادرة على استمرارية الحياة الزوجية ، فالصحة الإنجابية تأتي من أولوياتها التخلص من الممارسات الخاطئة والخطيرة التي تؤثر على صحة المرأة وجنينها ووليدها، لتأتي البرامج السكانية ممثلة بالسياسة السكانية لتجسد رسم الأهداف الهامة المصحوبة بمجموعة من الوسائل التي تحقق الغايات والأهداف المرسومة ، سيما وان السياسة السكانية المتعلقة بالصحة الإنجابية يجب أن تنطلق من مفهوم ربط الغايات بالوسائل بحيث تؤثر على السلوك الإنجابي ، فالصحة الإنجابية هي الغاية وهي الوسيلة في ان واحد تسعى السياسة السكانية لتحقيق الغايات التي تكون واضحة إلى درجة كافية يتسنى للمشروع ترجمتها إلى أهداف عمل ، كما ان الوسائل المعتمدة يجب ان تكون قادرة على بلوغ الأهداف .

ولان السياسة السكانية تعني جميع التدابير المباشرة وغير المباشرة المقصودة وغير المقصودة التي تؤثر في نمو السكان وحجمهم (Driver .2019.p17) فهي بالتالي تدابير حكومية وضعت لتغيير وقائع سكانية أو أنها تغييرها فعلا (Bereison .2012.p173) من اجل تحقيق صحة عامة وأسرية تعتمد الصحة الإنجابية مؤشرا صحيا فاعلا لديمومة حياة هائلة متجانسة بين الرجل والمرأة من اجل إنجاب يتلاءم ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي .



إن العلاقة القائمة بين السياسة السكانية والصحة الإنجابية هي علاقة متبادلة ، فالصحة الإنجابية التي ترتبط ارتباطاً مباشراً بالخدمات الصحية لها علاقة مباشرة ومتربطة مع السياسات السكانية والتنمية ، فتلك الخدمات تعني تقديم رعاية صحية تساعد السكان والأسر على تأمين صحة أسرية متكاملة تتجسد بصحة الأم وجنينها ووليدها وبالتالي العمل والعيش والرفاهية ، وبذلك فإن السياسة السكانية تعمل على المحافظة على ديمومة تلك الخدمات .

ولبيان تلك العلاقة لابد من الإشارة إلى أهم معايير الصحة الإنجابية التي هي جزء لا يتجزأ من معايير الصحة العامة ، وهذه المعايير تعد مقياساً كمياً ونوعياً للخدمات الصحية والتي تسعى إلى تعزيز الصحة الأسرية وتحديد الصحة الإنجابية ، ومن أهم هذه المعايير هي :-

أ- العمر المتوقع عند الميلاد:

يتفاوت العمر المتوقع عند الميلاد تفاوتاً كبيراً بين الدول العربية ومنها العراق ، فعلى سبيل المثال يبدأ من مستوى منخفض حوالي (٤٥ عام) في جيبوتي والصومال ، ويصل إلى مستوى (٧٥ عام) في الإمارات العربية المتحدة ، وهذا قريب من مستواه في دول عالية الدخل ، وفي جميع الدول العربية يلاحظ أن العمر المتوقع للنساء عند الميلاد أما يساوي نظيره للرجال أو يتجاوزه ، إلا أن الفارق بين الجنسين لا يزيد عن (٢.٥ عام) في حوالي ثلثي الدول العربية ومنها العراق ، أما بالنسبة لباقي الدول العربية فإن الفارق يتراوح بين (٣ أعوام) و (٣.٥ عام) وهو اقل من متوسط الفارق العالمي البالغ (٤ أعوام) والذي يصل في الدول ذات التنمية البشرية العالمية إلى (١١ عام) . (الجورانة و وصوص ، ٢٠١٨ م ، ص ١١٩)

هذا يعني انه توجد في الدول العربية مساحة لتحسين فرص الحياة بالنسبة للإناث ، ومن مجالات العمل لتحقيق ذلك تخفيض معدلات وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة والوصول الى نتائج مرضية للصحة الإنجابية .

ب- العمر المتوقع عند الميلاد معدلاً يراعي الإعاقة :

إن استعمال العمر المتوقع عند الميلاد معدلاً لمراعاة الإعاقة مفيد في إبراز تأثير المرض والإعاقة على الحياة الصحية والصحة الإنجابية ، وتبرز أهمية تحسين قاعدة المعلومات الموجودة عن مختلف أنواع الإعاقة وتوقع الإعاقة للمساهمة في تحسين الخدمات الطبية ، فعبء المرض والإعاقة يقلصان عدد أعوام الحياة الصحية المتوقعة .



جدير بالإشارة إلى أن نسبة الإعاقة عند الميلاد بالنسبة للإناث أعلى منه بالنسبة للذكور ، وهذا يشير إلى أن صحة المرأة يجب أن تعطي أولوية في السياسة السكانية بجانبها الصحي .

ج- عبء اعتلال الصحة :

تؤكد معظم الدراسات على العبء الكبير لاعتلال الصحة في جميع الدول النامية ومنها الدول العربية والعراق تحديداً ، فحوالي خمس البالغين (الذين يبلغون ١٥ عام فما فوق) في اقل دولة عربية يعاني لمدة طويلة من مرض أو إعاقة ، وتعاني الإناث قدرأً من عبء اعتلال الصحة اكبر كثيراً مما يعانيه الذكور ، وهذا له انعكاساته السلبية على الصحة الإنجابية.

ومن المعايير التي تدل على الحالة الصحية ومستوى الخدمات الطبية وسلامة الصحة الإنجابية ، ما حدث من تطور في مستوى البقاء في حياة السكان بصورة عامة والمرأة المتزوجة التي تعبر تعبيراً ديموغرافياً عن الخصوبة الفعلية في مدة زمنية معينة ، والمعايير الآتية عبارة عن دلالات على مدى التطور الذي حدث في حالة البقاء واستطالة الحياة في معظم دول العالم ومنها الدول العربية والعراق ، ومنها :- (عطوي ، ٢٠٠٤م ، ص ٥١٦)

١- معدل وفيات الأطفال الرضع ، ويمثله عدد وفيات المواليد من الأطفال الرضع ممن عمرهم اقل من عام لكل ألف من المواليد الإحياء في عام معين ، وهذا مؤشراً هاماً من مؤشرات الصحة الإنجابية.

٢- معدل وفيات الأطفال ، ويمثله عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من يوم واحد إلى اقل من عام لكل ألف طفل ضمن هذه الفئة العمرية من السكان ، وهو مؤشر آخر ذا دلالة لمدى فاعلية الصحة الإنجابية.

٣- معدل الوفيات الخام ، ويمثله عدد الوفيات لكل ألف من السكان أو عام معين ، مؤشر عام يدل على المستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي.

٤- معدل وفيات الأمهات الحوامل ، ويمثله عدد الوفيات من النساء الحوامل الناجمة عن مشكلات في حالة الولادة لكل (١٠٠٠٠٠) من ولادات الأطفال الأحياء في عام معين ، وهو مؤشر كمي هام من مؤشرات الصحة الإنجابية التي تعني قدرة المرأة على مواكبة حياتها الأسرية وإمكانية توافر الرعاية لها ولجنينها ووليدها.



٥- متوسط العمر المتوقع عند الولادة ، وهو متوسط عمر الإنسان الذي يتوقع أن يستمر فيه على قيد الحياة ، وهذا مؤشر صحي عام يعكس المستوى المعاشي والصحي ويعزز من إمكانيات الصحة الإنجابية

ويبدو واضحاً من الجدول (١) والشكل (٢) ثمة تحسناً ملحوظاً في أوضاع البقاء على الحياة من حيث النقص النسبي في أعداد وفيات الأطفال الرضع طوال المدة (١٩٧٠ - ٢٠٢٠) في العراق ، ومهما اختلفت بعض المعدلات عن الأرقام الواردة في الجدول (١) إلا أنها اختلافات طفيفة في جميع الأحوال وتدل دلالة ديموغرافية على مدى التحسن في المستوى الصحي وانعكاساته على

جدول (١)

معدل وفيات الأطفال في العراق (١٩٧٠ - ٢٠٢٠)

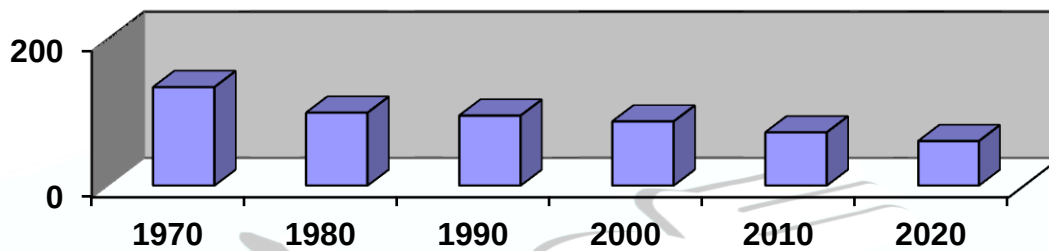
الأعوام	معدل وفيات الأطفال الرضع لكل (١٠٠٠)	معدل وفيات الأطفال (أقل من ٥ أعوام) لكل (١٠٠٠)	معدل الوفيات الخام لكل (١٠٠٠)	معدل وفيات الأمهات الحوامل لكل (١٠٠٠٠٠)	متوسط العمر المتوقع
١٩٧٠	١٣٥	٢٤٠	—	—	٤٥
١٩٨٠	١٠٠	—	١٦	—	٥٥
١٩٩٠	٩٦	١١٥	١١	٢٨٠	٥٧
٢٠٠٠	٨٨	١١٣	٨	٢٧٠	٥٩
٢٠١٠	٧٣	—	—	—	٦٤
٢٠٢٠	٦١	—	—	—	٧١

الباحثة: بالاعتماد على :

- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، تقرير عن التنمية البشرية لعام ٢٠٢١ ، نيويورك ، جدول ٢٣

شكل (٢)

معدل وفيات الأطفال الرضع لكل ١٠٠٠ في العراق للمدة ١٩٧٠-٢٠٢٠



المصدر: الباحثة بالاعتماد على جدول (١)

الصحة الإنجابية ، إلا إن أي من هذه المعايير الثلاث وما حدث فيها من تحسن ، إنما هو محصلة مجموعة من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والعمرائية إلى جانب العلوم الطبية .

رابعاً: سياسة الخدمات الصحية (الرعاية الصحية) وإدارتها لعام ٢٠٢٦ :

تتجسد إدارة الخدمات الصحية وسياسة الرعاية الصحية ، بعدد من العناصر الرئيسة التي تتداخل بعضها مع البعض الآخر والتي تسعى جميعها إلى تنمية بشرية تؤمن متطلبات الحياة للسكان ومنها

(عطوي ، ٢٠٠٤ م ، ص ٥٢١)

١-الرعاية الوقائية مقابل الرعاية العلاجية :

تميل معظم نظم الرعاية الصحية العربية ومنها العراق إلى التقليل من أهمية الرعاية الصحية الوقائية ومن الاستثمار في برامج وإجراءات الرعاية الوقائية والرعاية الأولية ، مركزة بدلا من ذلك بصورة رئيسة على الخدمات العلاجية ، فهناك نسبة كبيرة من المشاكل الصحية التي يواجهها المجتمع تستجيب لأشكال الرعاية الوقائية ، بما فيها زيادة الوعي وتغيير السلوك ، وهذا بديل ناجح للاختلال الحالي في نظم الرعاية الصحية التقليدية .

٢-تغيير السلوك من أجل صحة أفضل :



يمكن لبرامج التوعية والوقاية المصممة لتغيير أنماط السلوك الضارة بالصحة ، معالجة طيف واسع من المشاكل الصحية الموجودة ، وتشمل هذه البرامج ممارسة التمارين الرياضية والعادات الغذائية الجيدة ، وكذلك تعمل حملات التوعية وتغيير السلوك على نحو أفضل في بيئة ممكنة يتعين أن تشمل على مستويات معقولة من التعليم العام والظروف الاقتصادية المقبولة والضغط الاجتماعي الايجابية ، ويمكن أن يكون اعتماد تقنية نظم المعلومات الجغرافية GIS وانتشار وسائل الإعلام عناصر مفيدة في نشر رسالة الأنماط السلوكية الصحية .

٣-توافر الرعاية الصحية وتقديمها :

تتجسد الرعاية الصحية بمستويات الإنفاق على الصحة ، عدالة النظم الصحية ، برامج إصلاح القطاع الصحي والحاجة إلى مزيد من التركيز على الرعاية الأولية ، وكذلك يعتمد نجاح اليد العاملة في القطاع الصحي على ما يقدمونه ، فمعظم الدول العربية ومنها العراق لا تعاني من نقص شديد في عدد الأطباء وإنما تعاني من نقص في الممرضين والعاملين في المجال الطبي ، لا سيما على مستوى الرعاية الأولية .

٤-الفقر والحصول على الرعاية الصحية :

يسهم الفقر في اعتلال الصحة ويمكن أن يكون حاجزاً أمام الوصول إلى الرعاية الصحية ، وما لم تدرج المشاكل الخاصة التي يواجهها الفقراء صراحة في تصميم النظم الصحية ، فإنهم سيسهمون بصورة فعلية من الوصول إلى الرعاية الصحية .

٥-إشراك المجتمع في تقديم الخدمات :

يكتسب الاتجاه المتمثل في إشراك الجماعات المحلية بفعالية في جميع جوانب الرعاية الصحية دعماً متزايداً على الصعيد العالمي ، بدءاً بتحديد الاحتياجات ومروراً بتحديد الموارد والتخطيط لاستخدامها وتوزيعها ومن ثم التنفيذ والمتابعة ، ويستند الافتراض إلى أن المجتمعات المحلية هي الأقدر على معرفة وتحديد احتياجاتها .(رشوان، ٢٠١٨م ، ص٩٦)

يستنتج مما سبق :

نظرة إلى المستقبل وعلى مستوى دول العالم ومنها العراق وخاصة تلك التي تعاني من مستويات عالية ومرتفعة في معدلات نموها الطبيعي ، فأنا نجد في برامج تنظيم الأسرة حل امثل بحيث يأخذ واقع الحال لكل دولة من الدول وبما يتماشى وخططها وبرامجها التنموية ، ولذلك فلا مجال أمام تلك الدول التي تعاني زيادة مفرطة في معدلات نموها السكاني ألا الأخذ ببرامج التنظيم



العائلي (الأسري) ، وبالتالي فان التوسع في ذلك البرنامج يعني إقبالا سكانيا أوسع أو اكبر ، وهذا ينعكس على القوانين المتعلقة ببيع موانع الحمل لصالح زيادة توفرها ، وسيزداد دعم الحكومات لبرامج تنظيم الأسرة الهادفة إلى أبطاء معدل النمو السكاني .

والعراق باعتباره جزء لا يتجزأ من العالم الثالث ، فانه يعاني من ذات المشكلة أسوة ببقية دوله، على أن المشكلة في العراق تتخذ صورة متميزة بفعل خصائصها الذاتية الواضحة ، وينبغي أن تظل هذه الذاتية ماثلة في الأذهان عند وضع خطوط سياسة سكانية على نحو يكفل اختيار الوسائل الملائمة لرسم واقع جديد مميز للصحة الإنجابية بما يتوافق والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية ، أو على الأقل للتخفيف من حده الآثار السلبية التي هي انعكاسا طبيعيا لبعض الظروف الطارئة التي يمر بها العراق .

الاستنتاجات والتوصيات :

أولا :الاستنتاجات:-

١-إن الصحة الإنجابية تعرف على أنها جزء من الصحة العامة بمعناها الشامل كحالة من السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية والتي تعني بعملية الإنجاب في مرحلة الخصوبة الفعلية والاتفاق بين الزوجين في مقدرتهم لاتخاذ القرارات الخاصة بالإنجاب أم من عدمه.

٢-للعادات والتقاليد الاجتماعية والتي لا يمكن إغفاله في التأثير بقرارات السياسة السكانية ، فبعض سكان من الدول يحبذون الأسرة الكبيرة تحقيقا لأهداف عديدة أبرزها السطوة والقوة والمكانة الاجتماعية المرموقة وتوفير الأيدي العاملة لمساعدة رب الأسرة لا سيما في المناطق الزراعية.

٣-تؤثر النظرة الاجتماعية في تفضيل الذكور على الإناث وهذا ما يؤثر في الصحة الإنجابية حيث الإقبال من بعض الأسر إلى زيادة الإنجاب طمعا في المزيد من الذكور أو الرغبة في المولود الذكر في حالة تكرار ولادة الإناث .

٤-تختلف استخدامات وسائل منع الحمل باختلاف البيئة ، ذلك ان انتشار العيادات الحكومية (مراكز الرعاية للام والطفل) والخاصة التي تقوم بتوفير تلك الوسائل تنتشر في الحضر بصورة اكبر من الريف ، وتختلف باختلاف تقديم الوعي المرتبط بصحة الأم أو المرأة وكيفية استخدام تلك الوسائل .

٥- إن المستخدمات لوسائل منع الحمل قد لا يكن بالضرورة راغبات بإيقاف الإنجاب لديهن لأنه من الممكن ان تستخدم المرأة وسائل منع الحمل لكي تباعد بين حمل وآخر ، كما ان هنالك من



المتزوجات من هن في بداية حياتهن الزوجية لذلك لابد لها ان تتجب طفل واحد على الأقل ثم تعتمد فيما بعد إلى استخدام وسائل منع الحمل لتحديد النسل ان كانت رغبة بذلك ، ومن الطبيعي انه لا يود في المجتمع العراقي من لا ترغب ان يكون لها طفل واحد على الأقل .

٦- تعد الخدمات الصحية الأساس الذي يقوم عليه الأداء الوظيفي في القطاع الصحي ، وتؤدي تلك الخدمات دوراً فاعلاً ومهماً في تلبية الحاجات الأساسية للسكان ومنها تأمين متطلبات الصحة الإنجابية .

٧- إن توافر الخدمات الصحية يعني بيئة صحية سليمة للمناطق الحضرية والريفية التي يزاول فيها السكان أنشطتهم اليومية والعملية بما يؤمن سلامتهم وصحتهم العامة .

٨- تعد الخدمات الصحية عنصراً هاماً من عناصر السياسة السكانية والبرامج التنموية ، كما أن التنمية لا تتم مثلاً لا يمكن القيام بالأنشطة الاقتصادية المتنوعة دون تلك الخدمات .

٩- إن دراسة الخدمات الصحية يعد ذا أهمية كبيرة لغرض وضع برامج لتحقيق السياسة السكانية والتنمية البشرية المستدامة الأمر الذي يعكس النتائج لتحقيق التنمية الاقتصادية .

ثانياً: التوصيات:

١- إن مجرد إصدار تشريع معين لن يحسم طبيعة العلاقة بين السياسة السكانية والصحة الإنجابية في العراق أو يحقق معجزة في ذلك ، وإنما ينبغي أن يأتي دور التشريع في هذا الصدد كحلقة في سلسلة متكاملة من التدابير والإجراءات على جميع المستويات وفي كل المجالات على أن تكون هذه الحلقة جزءاً لا يتجزأ من سياسة سكانية شاملة .

٢- إن مساهمة القانون في تقليل الفجوة الصحية لا يمكن أن تتمثل فقط بإصدار التشريعات متناثرة تتعلق بالجوانب المختلفة لطبيعة العلاقة بين السياسة السكانية والصحة الإنجابية ، بالتالي لا بد من وضع سياسة تشريعية تستند إلى جملة المعطيات القائمة في وسط اجتماعي معين على أن تسعى هذه السياسة إلى تحقيق غاية اجتماعية محددة ، ويتم الحكم على مصداقية هذه السياسة في ضوء مدى قدرتها على تصوير المعطيات القائمة بصورة واقعية ومدى قدرتها على تحقيق غايتها .

٣- ان التشريعات التي تضع حلولاً جزئية لبعض الظواهر المحددة لمشكلة السكان ، دون أن تنفذ إلى صلبها تأتي ناقصة ، كما أن التشريعات التي تفقد مصداقيتها وتتجرد من فاعليتها تصبح مجرد شعارات غير قابلة للتطبيق ، ومن هنا قيل بأن القانون هو نتاج اجتماعي في نشأته وفي استمراره .



٤- في إطار تنظيم الأسرة ينبغي أن تأخذ أي سياسة تشريعية في اعتبارها مجموعة من الحقائق القائمة في المجتمع العراقي منها ارتفاع نسبة الأمية ومن ناحية أخرى فان تشريعات الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي لا زالت قاصرة ويجهلها العديد من السكان .

٥- إن أي سياسة سكانية لتنظيم العلاقة القائمة بين الحالة الصحية العامة والصحة الإنجابية لا يدخل في اعتبارها جملة من الحقائق كما هي عليه في واقع الحال ، يصبح إسرافاً ولا طائل من ورائه وهو لن يجني سوى الشعور بالإحباط ، أنها مهمة صعبة ، يستغرق تحقيقها وقتاً طويلاً ، ولكنها خطوة حتمية ينبغي اتخاذها كبدائية لخطوات صحيحة لرسم سياسة صحية إنجابية تتوافق ومقررات السياسة السكانية .

٦- إن البحث في الملامح الذاتية لطبيعة العلاقة بين السكان بصورة عامة وتحقيق الصحة الإنجابية من أجل رسم سياسة سكانية وخلق موازنة علمية موضوعية ، يتطلب ذلك الوقوف على حقيقتين هامتين هما معدلات النمو السكاني (الزيادة السكانية) و الموارد البشرية المتاحة بما يعزز سلامة الأسرة العراقية ويؤمن لها قدراً كافياً من الصحة الإنجابية.

٧- ضمان توافر قاعدة من البيانات التي تتعلق بالجوانب الصحية وعلى مستوى دوائر الدولة كافة وبالتعاون مع الكليات وبحسب مجالات التخصص فيها .

٨- رفع مستوى الواقع التنموي في العراق وعلى مستوى الوحدات الإدارية ومتابعة العديد من المشاريع التنموية المتوقفة والتي ما زال العمل فيها متكباً وبالأخص المستشفيات .

٩- إعداد الدراسات الميدانية والقيام بالمسح الميدانية والاطلاع على مدى وكفاءة الخدمات الصحية ومعالجة الخلل وتجاوز العقبات .

١٠- تشكيل اللجان العلمية المتخصصة على مستوى الكليات وبمشاركة منظمات المجتمع المدني التي تسهم مساهمة فاعلة في الكشف عن الواقع الصحي بما يحقق استمرارية الحياة وصياغة اطر جديدة للصحة الإنجابية تتلاءم والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية .

قائمة المصادر:

- ١- أمين ، زينب محمد ، التحليل المكاني لمستويات الخصوبة السكانية واتجاهاتها في محافظة واسط للمدة ١٩٨٧ - ٢٠٠٨ دراسة في جغرافية السكان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم الجغرافية ، كلية التربية ابن رشد ، جامعة بغداد ، ٢٠١٠ .



- ٢- الدليمي ،خلف حسين علي، جغرافية الصحة ،ط١،دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن ، ٢٠٠٩ .
- ٣- الدليمي ،محمد دلف احمد الدليمي و فواز احمد موسى ،ط١،دار الفرقان للغات ،حلب ، سوريا ، ٢٠١٩ .
- ٤- الهتاش ، ناجي محمد ، السياسة الدولية وزيادة السكان بين نبؤة مalthus وحلول المalthusية الجديدة ، ط١، دار الحامد للنشر والتوزيع ،٢٠١٩، عمان ، الاردن .
- ٥- ويليس ، كاتي ، ترجمة عبدالله بن جمعان الغامدي ، نظريات التنمية وتطبيقاتها ، النشر العلمي والمطابع ، الرياض ، السعودية ، ٢٠١٢ م.
- ٦- الحديثي ، طه حمادي ، جغرافية السكان ، دار الكتب للطباعة والنشر ، جامعة الموصل ، ٢٠٠٠، ص ٤١٦ .
- ٧-الحسناوي، أزهار جابر مراد ، التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الأوسط للمدة ١٩٩٧- ٢٠١٣ وتأثيراتها المستقبلية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، قسم الجغرافية ، كلية التربية للبنات ، جامعة الكوفة .
- ٨- حيدر،فؤاد ، التنمية والتخلف في العالم العربي / طروحات تنموية للتخلف ، ط١ ، دار الفكر العربي ، بيروت ، ١٩٩٠ م.
- ٩-الكبيسي ، عبد المجيد حميد ، التربية السكانية /المفاهيم ، الاهداف ،المحتوى ،منحنى النظم، المنهجية ، التقويم)ط١ ،مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، عمان ، الاردن ، ٢٠١١ .
- ١٠- لبيب، علي ، جغرافية السكان ،الثابت والمتحول،الدار العربية للعلوم ، ط٢ ،بيروت ،لبنان ،٢٠٠٤، ص٢٢١ .
- ١١-محمد ،سيدة محمود ،مصطلحات الوثائق الدولية والخصوصية الحضارية ، مصطلح الصحة الإنجابية ، بحث منشور في المؤتمر الرابع عشر لتعريب العلوم ، القاهرة ، ٢٠٠٨ .
- ١٢-منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ، منع الحمل غير المخطط له ، الإسكندرية ، مصر ، ٢٠١٩ ، ص ٤ .
- ١٣-محمود ، علاء سيد ،السكان من منظور ديموغرافي ، جامعة طنطا ، كلية الآداب ،الطبعة الثانية ، ٢٠٠٨ .



- ١٤-المظفر ،محسن عبد الصاحب ، الجغرافية الطبية / محتوى ومنهج وتحليلات مكانية ، ط١ ، دار
شموع الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع ،بنغازي ، ليبيا ، ٢٠٠٢ .
- ١٥- نور الدين ، سعاد ، السكان والتنمية مقارنة سوسيوتنموية ، ط١، دار المنهل اللبناني ، ٢٠١٠م ،
بيروت ، لبنان .
- ١٦--سهاونه ، فوزي عبد و موسى عبودة سمحي ، جغرافية السكان ، دار وائل للنشر ، عمان ،
الأردن ، ٢٠٢٢ .
- ١٧-سردار ، عبد الرحمن سيف ، جغرافية السكان ، ط١، دار الراية للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن
، ٢٠١٥ .
- ١٨- السباعوي،محمد نور الدين ، اتجاهات حديثة في الجغرافية الطبية ، ط١،المكتب العربي للمعارف
،القاهرة ، مصر ، ٢٠١٥
- ١٩-عمران ،عبد الرحيم ،سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا ، مطابع القبس التجارية
،الكويت، ٢٠١٨ .
- ٢٠- راضي ،اليسار ، واقع واقتراحات حول الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية للشباب في المنطقة
العربية ، ورقة عمل المنتدى العربي للسكان ، بيروت ، ٢٠١٤ .
- ٢١- غنيم ، عثمان محمد وماجد أبو زنت ، التنمية المستدامة / فلسفتها وأساليب تخطيطها وأدوات
قياسها ، ط١ ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان الأردن ، ٢٠١٠ م .
- 22-s.j.segal and k.d.laguardia termination of pregnancy-aglabal view ,ballier
schinical population and gyna ecology .2009.
- 23-Driver ,Edwin D.Essay on population policy .Lexington Books,2019.
- 24-Bereison,Bernard , population policy :personal Notes.population Studies
.vol.25 ,no.2,july .2012.