

## الصحة الإنجابية

### وأثرها في النمو السكاني وعملية التنمية

الدكتور حسن حجازي

قسم الاقتصاد

كلية الاقتصاد

جامعة دمشق

#### الملخص

كانت التخفيضات الكبيرة في معدل الخصوبة خلال العقود الثلاثة الماضية- في كثير من البلدان النامية- نتيجة بذل جهود كثيرة في تغيير الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي تغير معه السلوك الإنجابي للسكان، هدَفَ هذا البحث إلى إظهار تلك العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية وعملية التنمية مبيناً مفهوم الصحة الإنجابية والخدمات التي يتضمنها، والآثار الناجمة عن الممارسات المغلوطة بها نتيجة النقص في توفير هذه الخدمات، مظهراً أثر تنظيم الأسرة في صحة الأم والطفل والأسرة والمجتمع، ومن ثمَّ عملية التنمية.

ثم عرض البحث الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في سورية، ومنعكسات الصحة الإنجابية على عملية التنمية من خلال الآثار الناجمة عن النمو السكاني المرتفع الذي تنعكس آثاره على التركيب العمري للسكان والدخل الفردي، وزيادة العرض من قوة العمل، والطلب على الخدمات العامة والادخار، وانتهى البحث إلى مجموعة من التوصيات بشأن الصحة الإنجابية، وأهميتها، وضرورة توفير خدماتها لمجمل السكان.

## مقدمة:

شهد القرن الماضي تغيرات كبيرة في الديناميات السكانية، وفي تقدم التنمية البشرية على حد سواء، فقد ازدادت فرص البقاء على قيد الحياة لكل من الذكور والإناث في أنحاء العالم. لكن في الوقت ذاته مازال جانب كبير من البشرية أسيراً لحلقة مفرغة من الفقر واعتلال الصحة وانعدام المساواة.

إن تعايش هذه الاتجاهات الاجتماعية والديموغرافية المتنافرة يدفعنا إلى التفكير ملياً في اتخاذ القرارات المتعلقة بمستقبلنا، إذ تتاح لنا الآن فرص فريدة لتحقيق الرفاهية الإنسانية وحماية حقوق الإنسان على الصعيد العالمي، وجني مكاسب اقتصادية واجتماعية كثيرة، وبمقدورنا أن نغتنم هذه الفرص، وأن نكسر تلك الحلقة الشريرة من خلال العمل الجدي وتوفير الموارد اللازمة. فقد صاغ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة في عام 1994 نهجاً شاملاً تجاه القضايا السكانية والإنمائية، يعالج العديد من التحديات الأساسية التي تواجه المجتمع الدولي بما فيها التخفيف من حدة الفقر، وتوفير الرعاية الصحية والتعليم والحفاظ على البيئة، وكان تأكيداً لتحقيق المساواة بين الجنسين وتلبية احتياجات الأفراد، ولاسيما الاحتياجات للمعلومات والخدمات في مجال الصحة الإيجابية.

ولا بد من اتخاذ اختيارات مهمة فيما يتعلق بالصحة، ولاسيما الصحة الإيجابية وخفض معدلات الوفيات، فاتخاذ قرارات بالاستثمار في هذا المجال يمكن أن تؤدي إلى بدء تغيرات مثيرة في السلوك الإيجابي، مما يسهم في تشكيل المستقبل الديموغرافي. وعندما تنخفض معدلات الخصوبة والوفيات، فإنها تعزز بعضها بعضاً، فالانخفاض في معدلات الخصوبة كثيراً ما يقترن بتأجيل الولادة الأولى، والانتظار مدة أطول بين المواليد، وإنجاب أطفال أقل في أواخر الحياة الإيجابية.

وأولئك الذين ينجبون أطفالاً أقل يستثمرون بصورة أكبر في مستقبل أطفالهم وتعليمهم، ومع أن ذلك يزيد من التكلفة المتصورة للأطفال، إلا أنه يزيد أيضاً من المكاسب المتصورة للوالدين من التمتع بعدد أقل من الأطفال الأكثر استعداداً لمواجهة الحياة.

إن المعدلات المرتفعة المزمومة للنمو السكاني تضيق من الخيارات الإنمائية المطروحة على البلدان، لأن الموارد المتاحة لا بد وأن تخصص للخدمات الأساسية. وتباطؤ النمو السكاني يتيح للبلدان النامية فرصة لتعزيز هياكلها الاقتصادية والاجتماعية، فانخفاض أعداد المواليد وزيادة أعداد قوة العمل يزيدان من إمكانية تحسين الصحة والتعليم والاستثمار في المهارات البشرية، والتعجيل بخلق الثروة، وزيادة المشاركة الاجتماعية.

إن العلاقة بين الصحة الإنجابية وعملية التنمية علاقة متبادلة فكل منهما يؤثر في الآخر ويتأثر به، فالتخفيضات الكبيرة في معدل الخصوبة خلال العقود الثلاثة الماضية في- كثير من البلدان النامية- كانت نتيجة بذل جهد كبير في تغيير الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية التي تغير معها السلوك الإنجابي للسكان، فرغبة الأزواج في عدد قليل من الأولاد يتناسب والظروف الجديدة تطلب من الحكومات توفير المعلومات والخدمات اللازمة لتحقيق رغباتهم. وقد أنشأت البلدان النامية برامج عديدة لتوفير تلك المعلومات والخدمات التي أدت دوراً مهماً في تخفيض النمو السكاني منذ الستينيات، وقد عمق هذا الاهتمام صندوق الأمم المتحدة للسكان الذي كان من أولوياته في عام 1996 تطبيق برامج الصحة الإنجابية؛ وكان ذلك جزءاً من عملية مستمرة تهدف إلى مساعدة البلدان على إعادة توجيه برامجها السكانية نحو نهج الصحة الإنجابية والهدف من ذلك يتجلى في أمرين:

1- ترسيخ مفهوم الصحة الإنجابية في تنفيذ البرامج الوطنية للصحة الإنجابية تصميمها.

2- دمج هذه البرامج دمجاً كاملاً في نظم الرعاية الصحية الأولية. فالصحة الإنجابية من الأمور المهمة التي تمس حياة كل إنسان على سطح هذه البسيطة.

### مشكلة البحث:

إن الصحة الإنجابية والجنسية حق لكل من الرجل والمرأة، واليوم نجد أن الفجوات ونواحي الإخفاق في رعاية الصحة الإنجابية، مقترنة بانعدام المساواة للمرأة الراضخ منذ عهود طويلة. كذلك ضغط المجتمع والأسرة، تحول دون ممارسة البشر في شتى أنحاء العالم لحقوقهم الجنسية والإنجابية. وهذا الحرمان الواسع النطاق من حقوق الإنسان يتسبب في وفاة ملايين البشر في كل عام، فضلاً عن إلحاق الأذى أو العدوى بكثيرين غيرهم؛ ومعظم هؤلاء البشر من نساء البلدان النامية. إذ تشير التقديرات إلى أن هذا الحرمان يتسبب في وفاة امرأة كل يوم نتيجة لأسباب متعلقة بالحمل، ومعظمهن - تقريباً - في البلدان النامية. كما تحدث ما يزيد على /365000/ حالة نفاس كل سنة نتيجة لانعدام خدمات منع الحمل، أو إخفاق تلك الخدمات في الوقت الذي يوجد فيه /350/ مليوناً من الأزواج تنقصهم المعلومات عن منع الحمل والحصول على وسائله. ومن بين /175/ مليون حالة حمل تحدث سنوياً هناك /75/ مليون حالة غير مرغوب بها. وتسفر عن حدوث /45/ مليون عملية إجهاض، وعن إنجاب أكثر من /30/ مليون مولود حي، وكذلك يموت مليون شخص كل سنة نتيجة للتهابات المسالك التناسلية بما في ذلك الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (Sexually Transmitted Diseases)، بخلاف فيروس الإيدز الذي أصيب به /3.1/ مليون شخص في عام 1996 أي بمعدل /6/ أشخاص كل دقيقة. وهذه

الوفيات كلّها وكثيرات غيرها كان بالإمكان تجنبها لو أعطيت الرعاية بالصحة الإنجابية مزيداً من الاهتمام التي لا تساوي تكلفتها السنوية على نطاق العالم ككل ما ينفقه العالم على التسلح في أسبوع واحد. (17 بليون دولار أمريكي).<sup>(1)</sup>

## هدف البحث:

هدفَ البحث إلى:

- 1- إظهار العلاقة المتبادلة بين النمو السكاني والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية من خلال الدور الذي تؤديه الصحة الإنجابية في تغيير محددات النمو السكاني.
- 2- تحديد مفهوم الصحة الإنجابية والخدمات المتعلقة بها والآثار الناجمة عن عدم توافر هذه الخدمات.
- 3- إظهار انعكاسات الصحة الإنجابية على عملية التنمية من خلال مجموعتين من الآثار الأولى: تتعلق بالترتيب العمري للسكان، والثانية: تتعلق بالنواحي الاقتصادية.
- 4- التوصل إلى مجموعة من النتائج والتوصيات المتعلقة بموضوع البحث.

## التعاريف والمصطلحات:

الصحة الإنجابية: *Sexual Reproductive*

الصحة الإنجابية، هي بالتعريف: حق البشر في التمتع بأفضل صحة جنسية و إنجابية ممكنة ، و في أن يكونوا أحراراً في اتخاذ القرارات التي تخصهم فيما يتعلق بالأمور الجنسية الزواج و الإنجاب. ومع اعتراف المجتمع الدولي بأن هذه القرارات هي حق من حقوق الإنسان مازال هناك ملايين البشر ولاسيما النساء-والغالبية العظمى منهن في البلدان النامية محرومين منها.

خدمات الصحة الإنجابية: *Sexual Reproductive Service*

وتشتمل خدمات الصحة الإنجابية على تقديم المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات في مجال تنظيم الأسرة، والتثقيف والخدمات في مجال الرعاية قبل الولادة، والولادة الآمنة والرعاية بعد الولادة وخصوصاً الرعاية التديبية، والرعاية الصحية للرضع والأمهات، والوقاية والعلاج من العقم، والوقاية من الإجهاض ومعالجة عواقبه، وعلاج التهابات المسالك التناسلية، والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ومعالجة الالتهابات التي تصيب أجهزة الجسم، والوقاية من فيروس نقص المناعة

البشرية (الإيدز)، والفحص المتكرر للكشف عن التهابات المسالك البولية، و التهابات الرحم، وسرطان الثدي، وغير ذلك من الأحوال الخاصة بالصحة الإنجابية للمرأة.

#### أولاً-تنظيم الأسرة: family planning:

شهدت العديد من بلدان العالم تقدماً ملحوظاً خلال العقود الثلاثة المنصرمة، ومع هذا التقدم إلا أن ثماره لا تصل بصورة متساوية إلى المجتمعات المختلفة، فما زالت هناك حاجة ملحة لتحديث خطط التنمية بحيث تعطي الأولوية لفئات الناس الأكثر عرضة للخطر ولإسماً النساء والأطفال الذين يعيشون في المجتمعات المحرومة.

وتشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أنه تحدث في كل عام /14/ مليون وفاة بين الأطفال دون السنة الخامسة من العمر، ويتفاوت عدد الوفيات هذه بين البلدان النامية والمتقدمة فهي بالنسبة إلى النساء /600/ وفاة أمومة لكل /100/ ألف ولادة حية في أفريقية، و /400/ في آسية و /300/ في أمريكا اللاتينية، في حين لا تتجاوز في بلدان أوروبا وأمريكا الشمالية /10/ وفيات أمومة لكل /100/ ألف ولادة حية<sup>(2)</sup>. إن وفيات الأمومة لا تعدّ مصدراً للأزمات العائلية فقط بل تتعدى ذلك لأن تكون سبباً معرقلاً لعمليات التطور الاجتماعي والاقتصادي للبلد. فهناك حاجة ماسة لتحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية والتشريعية للمرأة، فضلاً عن ضرورة تنظيم الخدمات الصحية ضمن إطار مفهوم الصحة الإنجابية، ومن ثمّ توفير المتطلبات الأساسية والضرورية للأم والطفل بصورة أفضل. ومن أهم متطلبات المرأة ضمان حقها الإنساني الخاص بممارسة حرية إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال و زمن هذا الإنجاب، ومن ثمّ التحكم بالأمر الخاصة في حياتها.

إن ممارسة تنظيم الأسرة يعدّ وسيلة مهمة لتحقيق ذلك، ومن ثمّ جني ثمار الفوائد المباشرة وغير المباشرة لتنظيم الأسرة على صحة الأم والطفل و الأسرة والمجتمع<sup>(3)</sup>.

#### 1-أثر تنظيم الأسرة في صحة الأم:

يعدّ تنظيم الأسرة عاملاً مهماً في الحد من وفيات الأمومة من خلال آليات عديدة يؤثر بها في الحمل عالية الخطورة، ويمكن تصنيفها على النحو الآتي:

- الحمل في سن مبكرة تقل عن الثامنة عشرة.
- الحمل في سن متأخرة عن الخامسة و الثلاثين.

- الحمل المتكررة عندما تزيد على أربعة حمل.
- الحمل المتقاربة عندما تقل مدة الفاصلة بين حمل و آخر عن سنتين.
- الحمل غير المرغوب فيها.
- الحمل عند المصابات بأمراض جهازية أو ولادية ترتفع نسبة خطرها على حياة الأم في أثناء الولادة.

إن منع الحمل المذكورة يمكن أن يخفض معدلات وفيات الأمومة في العالم بنسبة تراوح بين (25 - 50%)<sup>(4)</sup>، وتكون الحمل أشد خطورة عند السيدات الصغيرات اللواتي تقل أعمارهن عن ثمانية عشر عاماً، وعند النساء اللواتي أنجبن أكثر من أربعة أطفال، لأنهن أكثر عرضة للجراحة القيصرية، أو تطبيق الملقط أو المحجم عند الولادة، كما تواجه عديدات الولادة خطراً أكبر من غيرهن للإصابة بنزوف بعد الولادة، وفقر الدم، والمجبيات المعيبة وحالات ذات عقابيل مزمنة أخرى، مثل: انقلاب الرحم، وتسجع عنق الرحم، والداء السكري. وقد أكدت ذلك دراسة واسعة أجريت في السودان بينت أن السيدات اللواتي أنجبن أربعة أطفال أو أكثر كن أكثر عرضة للإصابة بالمضاعفات الممكنة كلها للحمل والولادة<sup>(5)</sup>.

أما الحمل غير المرغوب فيها فغالباً ما تنتهي بالجوع إلى الإجهاض سواء طبيًا أم جنائياً. وتقدر الدراسات العالمية أن نحو (20 - 30%) من الحمل كلها التي تحدث في العالم يجري التخلص منها عن طريق الإجهاض<sup>(6)</sup>، نحو (80%) من هذه الإجهاضات هي غير قانونية<sup>(7)</sup>. ويقدر عدد وفيات الأمومة في العالم الناجمة عن الإجهاضات التي تجري على أيدي غير مدربة نحو (70) ألف وفاة سنوياً.<sup>(8)</sup>

## 2- أثر تنظيم الأسرة في صحة الطفل:

بات جلياً خلال العقود الأخيرة أن صحة الطفل تعتمد على ظروف الولادة والرعاية الصحية المناسبة في أثناء الحمل والولادة والأيام الأولى من الحياة. ويقصد بظروف الولادة الظروف العائلية والاجتماعية المؤثرة في نمط تكوين الأسرة بما في ذلك مكانة المرأة في المجتمع، وعمرها عند حدوث الحمل الأول، ونمط سلوكها الإنجابي فيما بعد.<sup>(9)</sup>

فقد بينت دراسات عديدة أن نمو الطفل وتطوره يتعلقان - إلى حد كبير - بعدد أفراد الأسرة، وهذه العلاقة مرتبطة بمدى توافر الموارد المادية لكل طفل، فضلاً عن توفر الرعاية الوالدية المناسبة فالأسر الكبيرة تتميز عادة بانخفاض الموارد المادية التي يمكن توفيرها للأطفال، وكذلك صعوبة توفير زمن كافٍ من

الرعاية الوالدية والتربوية ، فضلاً عن تكليف الأخوة الأكبر سنّاً برعاية الأصغر سنّاً مما يؤثر سلباً في التحصيل الدراسي للأخوة الأكبر وفي تربية الأخوة الأصغر. إن تحسين نوعية الرعاية الوالدية في المنزل قد يكون -في كثير من الأحيان- أهم من الرعاية الطبية على صحة الطفل.<sup>(10)</sup>

كما أكدت دراسات أخرى أن نمو الجنين داخل الرحم يؤثر في نموه في مراحل حياته القادمة، فنقص الوزن عند الولادة عامل أساسي في تحديد اتجاه مرض الأطفال حديثي الولادة والرضع بصورة خاصة، وفي مراحل الحياة المتقدمة بصورة عامة. ومن أهم العوامل التي تجنب نقص الوزن عند الولادة الابتعاد عن الحمل المبكر.<sup>(11)</sup>

ويتعرض معظم الأطفال في البلدان النامية لسوء التغذية، وإن كان بدرجات متفاوتة؛ ممّا يؤدي إلى استمرار طور النمو إلى مراحل متأخرة من سنوات المراهقة ومن ثمّ فإنّ كثيرات من النساء ذوات الحمل المبكرة في تلك البلدان هن أنفسهن لم يكن نموهن مكتملاً بعد.

فالنساء الحوامل في مثل هذه الظروف هن أكثر عرضة للإصابة بمضاعفات الحمل والولادة وحتى لو لم يتعرض مواليدهن للوفاة فإن نوعية الرعاية الوالدية التي سيتلقونها غالباً ما تكون غير مناسبة.<sup>(12)</sup>

وتعدّ مدة المباشرة بين حمل وآخر عاملاً مهماً يؤثر في فرص بقاء الطفل ونموه وتطوره. إن ممارسة تنظيم الأسرة يمكن أن يمنع إصابة الطفل بأمراض خطيرة نذكر منها: نقص الوزن عند الولادة وضعف الحالة الغذائية، وزيادة احتمالات الإصابة بالأمراض الإنتانية، وزيادة خطر الإصابة بالتشوهات الخلقية، وانخفاض درجة الذكاء والتحصيل الدراسي.<sup>(13)</sup>

### 3- أثر زيادة فرص بقاء الطفل في ممارسة تنظيم الأسرة و الخصوبة:

إن زيادة فرص بقاء الطفل على قيد الحياة تؤثر في الخصوبة، و تكوين الأسرة من خلال أنماط رئيسية أربعة مترابطة مع بعضها بعضاً، هي:

-أثر التغير السكاني: إن انخفاض الوفيات في المجتمع وزيادة فرص بقاء الأطفال يجعل مفهوم تنظيم الأسرة مقبولاً نوعاً ما لدى الأزواج، وإن لم يكن لديهم الرغبة في ممارسته في بداية الأمر.

-الأثر الفيزيولوجي: هو الأثر الناجم عن زيادة مدة الإرضاع الطبيعي بسبب زيادة فرص بقاء الطفل ومن ثمّ زيادة مدة المباشرة بين الحمل بصورة طبيعية، ويكون هذا الأثر واضحاً في المجتمعات التقليدية البدائية، و يقل تأثيره في المجتمعات المتقدمة.

-الأثران الثالث و الرابع: و يكثران في المجتمعات التي يمارس فيها تنظيم الأسرة، إذ يتحكمان بقرار الإنجاب. وهذان الأثران هما العرض و الطلب على الأطفال، ويتحقق العامل الأول من خلال السلوك الوقائي؛ وذلك بالرغبة في إنجاب أطفال أكثر من المطلوب بسبب توقع حدوث وفيات بين المواليد في المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات وفيات الطفولة المبكرة نوعاً ما، أو من خلال السلوك التعويضي أي تعويض الأطفال المتوفين بمواليد جدد، وهذا في المجتمعات التي ترتفع فيها معدلات وفيات الطفولة المتأخرة نوعاً ما، مع توافر موانع الحمل المؤقتة بصورة كافية. أمّا عامل الطلب على الأطفال فيتجلى من خلال القيمة المادية التي يمكن أن ينجبها الأطفال مستقبلاً، مما يدفع الوالدين لتوفير فرص أفضل لهم من رعاية صحية وتربوية وتعليم من خلال عدد أقل من الأطفال، ولكن بنوعية أفضل<sup>(14)</sup>.

## ثانياً-الصحة الإيجابية في سورية:

انخفض معدل وفيات الأمومة في سورية من/280/وفاة لكل/100/ألف ولادة حية عام 1978 إلى/95/وفاة لكل /100/ألف ولادة حية في عام 1998، وإلى /41/ وفاة لكل /100/ألف ولادة حية في عام 2010 وُحِدَتِ الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة كما يأتي: نزف %36.6، تمزق رحم %25، إرجاج %16.6، انقلاب رحم %13.4، أمراض قلبية %9.7. كما انخفضت معدلات وفيات الرضع والأطفال من /135/ لكل ألف ولادة حية، و/218/ لكل ألف ولادة حية عام 1960 إلى /28/ بالألف لكل ولادة حية، و/3.2/بالألف لكل ولادة حية في عام 2010 على التوالي<sup>(15)</sup>. كما تم حُدِّثِ الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون الخمس سنوات كما يأتي: لتشوهات الخلقية، والخداج واختناق الولادة %42.7، وأمراض الإسهال %20.7، والإنتانات التنفسية الحادة %10.1، والحوادث %5.8، والأمراض التي يمكن الوقاية منها باللقاحات النظامية %4.2 وأسباب أخرى %16.4<sup>(16)</sup>.

1-تنظيم الأسرة في سورية: أبدت حكومة الجمهورية العربية السورية اهتماماً خاصاً بالمباعدة بين الحمل؛ بهدف توفير ظروف أفضل لصحة الأم والطفل، وهما الفئتان الأكثر عرضة للخطر في المجتمع. فبدأ برنامج تنظيم الأسرة كمكون من مكونات خدمات رعاية الأمومة والطفولة منذ عام 1975 بتوفير خدماته في المراكز الصحية المنتشرة في محافظات القطر، وقد بلغ عدد المراكز التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة /552/مركزاً ثلثها في المناطق الريفية الأشد حاجة لمثل هذه الخدمات. فضلاً عن خدمات تنظيم الأسرة التي يقدمها القطاع الخاص والمؤسسات الصحية غير الحكومية، كجمعية تنظيم الأسرة السورية، والاتحاد العام النسائي وغيره.

وقد أكد اهتمام الحكومة بتنظيم الأسرة نتائج مسح صحة الأم والطفل في عام 1993 الذي بيّن أن 94% من النساء السابق لهن الزواج يعرفن على الأقل وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، بينما كانت هذه النسبة 78% في مسح الخصوبة السوري لعام 1978، وتراوح نسبة المستخدمات لوسيلة من وسائل تنظيم الأسرة في وقت المسح بين 45% من النساء السابق لهن الزواج، و65% من المتزوجات حالياً، وارتفعت نسبة النساء المتزوجات المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة إلى 53.9% في مسح 2009. وتعدّ الوسائل الحديثة أكثر استخداماً (69.6%) من الوسائل التقليدية (30.4%)، و يأتي اللولب في المرتبة الأولى من حيث الاستخدام، يليه الحبوب في المرتبة الثانية، ومدة الأمان في المرتبة الثالثة، ثم اللجوء إلى الرضاعة الطبيعية في المرتبة الرابعة. ويتناسب انتشار وسائل تنظيم الأسرة طردياً مع ارتفاع أعمار السيدات. وكانت نسبة الاستخدام أوسع انتشاراً إلى الحضر قياساً إلى الريف، وهي تتناسب طردياً مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. كما تشير النتائج إلى أن 53.9% من السيدات المتزوجات كن يمارسن تنظيم الأسرة في وقت المسح، وأن 69.5% من هؤلاء النساء يستخدمن الوسيلة الحديثة، وتراوح نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة بين 41% في الحضر و53.4% في الريف، كما راوحت بين 36.9% عند الأميات، مقابل 55.4% عند الحاصلات على الشهادة الابتدائية، و64.7% عند الحاصلات على الشهادة الجامعية فأكثر.

وأسهم القطاع الحكومي بتقديم 47.4% من وسائل تنظيم الأسرة في الحضر وقت تنفيذ المسح مقابل 52.6% للقطاع الخاص. أمّا في الريف فتصل نسبة إسهام القطاع الحكومي إلى 57.9%، مقابل 42.1% للقطاع الخاص.

وقد كانت معظم السيدات راضيات عن خدمات تنظيم الأسرة المقدمة (94%). أمّا أسباب عدم رضا الباقي عن هذه الخدمات فتتمثل بطول الانتظار، وارتفاع التكلفة، وعدم توافر الوسيلة. وقد بلغت نسبة النساء اللاتي لا يعانين من مشكلات عند استخدام وسائل تنظيم الأسرة (91%)، وتعاني الباقي من بعض المشكلات ولاسيماً عند المستخدمات للحبوب واللوالب.

أمّا عن زمن أول استخدام لإحدى وسائل تنظيم الأسرة، فقد بينت نتائج المسح أن 63.1% من النساء السابق لهن الاستخدام بدأن عندما كان لديهن طفل واحد أو طفلان وأن 24.3% بدأن عندما كان لديهن ثلاثة أو أربعة أطفال، مما بيّن أن نسبة لا بأس بها من النساء السوريات بدأن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة في مرحلة مبكرة من حياتهن الإنجابية، كما أن نسبة النساء اللاتي بدأن باستخدام وسائل تنظيم الأسرة ولديهن خمسة أطفال على الأقل تبلغ 11.4% ممن سبق لهن الاستخدام، ونسبة صغيرة جداً من النساء نحو 1.2% بدأن أول استخدام لوسيلة تنظيم الأسرة قبل ميلاد الطفل الأول.

وكما هو متوقع فإننا نجد أن الاستخدام الأول للوسائل لدى النساء الأصغر سناً يكون مرتفعاً عند الأعداد الأقل للأطفال، في حين يكون النقيض لدى النساء الأكبر سناً، إذ ترتفع نسبة الاستخدام الأول للوسائل لديهن عند العدد خمسة أطفال على الأقل، فنجد أن النساء السابقيات لهن الاستخدام في فئة العمر (15-19) سنة قد بدأت الاستخدام ولديهن طفل واحد أو طفلان وتخفض مع التقدم في العمر، كذلك فإن النساء في الحضر يبدأن مبكرين في الاستخدام بنسبة أكبر مقارنة بالسيدات في الريف، ولاسيماً عندما يكون عدد الأطفال اثنين أو أقل، وكلما ازداد مستوى تعليم المرأة بدأت في الاستخدام عند عدد أقل من الأطفال.

كما يبين المسح أن الهدف الأساسي من أول استخدام كان المباشرة بين الولادات، إذ إن 61% من النساء السابقيات لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة قد ذكرن هذا السبب كمبرر لأول استخدام، كما أن الاستخدام بهدف المباشرة بين الولادات يكون أكثر انتشاراً بين النساء الأصغر عمراً، غير أنه من الملفت للنظر أن نسبة النساء الريفيات اللاتي كان الهدف من أول استخدام هو المباشرة بين الولادات أكبر من النسب المقابلة في الحضر (64% مقابل 59%)، أما بالنسبة إلى تحديد الإنجاب كسبب لأول استخدام فكانت نسبة النساء في الحضر أكبر من نسبة النساء في الريف (40% مقابل 35%)، وقد يعكس ذلك ميل السيدات في الريف لإنجاب عدد كبير من الأطفال، وإن استخدامهن للوسائل يعدونه تأخيراً للإنجاب وليس وفقاً له\*.

لذا يجب العمل على توعية النساء إلى ميزات الأسرة الصغيرة العدد لتشجيعهن على الإقلال من عدد الأولاد، وخفض معدل النمو السكاني الذي راح يؤثر في معدل النمو الاقتصادي، وعملية التنمية.

### ثالثاً- انعكاسات الصحة الإيجابية على عملية التنمية:

تتبع نتائج الصحة الإيجابية على عملية التنمية في ثلاثة محاور، أولهما: الحفاظ على صحة الأم والطفل، وثانيهما: حماية الشباب من السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر، وثالثهما: تنظيم الأسرة التي تعدّ مكوناً أساسياً من مكونات الحد من النمو السكاني المتزايد، فالأول قد عرّض بإسهاب، أمّا الثاني فتأتي خطورته من خلال ممارسة الشباب للنشاط الجنسي في سن مبكرة دون دراية كاملة بالقواعد الصحية لهذا السلوك ولاسيماً أن الشباب يشكلون شريحة واسعة من المجتمع السكاني في أي بلد من البلدان، فحسبما جاء في تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان عن حالة سكان العالم لعام 2011 أن عدد الشباب في هذه المدة أكبر من أي وقت مضى على الإطلاق -فهناك أكثر من نصف

\* المسح الصحي الأسري في سورية لعام 2009، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق، سورية.

سكان العالم وتراوح أعمارهم بين /10 و19/ سنة وفي سورية بلغ عدد هذه الفئة من السكان (4709) ألف نسمة في عام 2011<sup>(17)</sup> ومع ازدياد مخاطر الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي يزداد الخطر الذي يواجه هؤلاء الشباب، ووفقاً لذلك التقرير فإن كثيراً من الشباب يواجهون خطر الحمل غير المرغوب فيه، وفيرس نقص المناعة البشرية، وغيره من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، كما أن هناك أكثر من /14/ مليون فتاة مراهقة تتجنب أطفالاً كل سنة، ونسبة كبيرة من حالات الحمل هذه غير مرغوب فيها.

وتقدر منظمة الصحة العالمية أن عدد الفتيات اللواتي يقمن بإجراء عمليات إجهاض يصل إلى /4.4/ مليون فتاة سنوياً، كما تشير دراسة أجريت في إحدى الجمهوريات الدومينيكية الواقعة على البحر الكاريبي أن مضاعفات الحمل والولادة غالباً ما تكون السبب الرئيسي للوفيات بين المراهقات، ومن شأن توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية أن يخفض عدد حالات الحمل والإجهاض والوفاة هذه، وما ينتج عنها من مضاعفات صحية بين المراهقات. ففي كينيا مثلاً هناك نحو /10000/ فتاة يتركن مقاعد الدراسة سنوياً بسبب الحمل<sup>(18)</sup>. وإن نشر التوعية بين المراهقين يدفعهم لممارسة السلوك الجنسي المسؤول، وغالباً ما يدفعهم إلى الامتناع عن ممارسة الجنس، إذ إن معظم الفتيات لا يمتلكن سوى معرفة مغلوط بها أو ناقصة عن الأمور الجنسية، ومع ازدياد معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أصبحت هذه الحالة تتسم بالخطورة وتحتاج إلى العلاج.

ونحمد الله أننا في معظم مجتمعاتنا العربية لم نصل إلى هذه المرحلة بسبب تمسكنا بمجموعة من الأمور كالعادات والتقاليد والدين التي تعدّ تعتبر جميعها الزواج والأسرة هما النطاق الوحيد للممارسة الجنسية. ومع ذلك فعلينا التنبيه لذلك الخطر قبل أن يقع في شركه شبابنا و لاسيما أننا بتنا في عصر الغزو الثقافي المتسارع، الذي يخشى أن ينساق الشباب وراء الممارسات المغلوط بها في ذلك الغزو.

أما الأثر الثالث للصحة الإنجابية في عملية التنمية فإن عدم إقبال الأزواج عليه يولد آثاراً سلبية على الأسرة أولاً، وعلى المجتمع ثانياً، فالنمو السكاني السريع يولد آثاراً متعددة على مختلف جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية، فقد يكون عاملاً إيجابياً في تسريع عملية التنمية وقد يكون عاملاً سلبياً يسهم في عرقلتها، وهذه الآثار للنمو السكاني تختلف من بلد إلى آخر حسب ذلك النمو، ومعدله السنوي، وحجم الموارد المتاحة في البلد، وقدرتها على تلبية احتياجات سكانه ومستويات التقانة المستخدمة في الإنتاج، فبعض الدول تشجع على الزيادة السكانية وتقدم كثيراً من التسهيلات والميزات

العينية والمادية للأزواج الذين ينجبون الأطفال، وهذا ما يحدث في بعض المجتمعات مثل فرنسا والسويد والنرويج وكندا، لأنها تعدُّ نموها السكاني أقل مما يجب لتعويض الفاقد منهم بسبب الوفاة.

كذلك هناك بعض الدول ترى أن مواردها جيدة وتسمح لهل باستيعاب أعداد جديدة من السكان كالدول العربية المنتجة للنفط مثلاً، لذلك فهي لا تضع العراقيل أمام تزايدها السكاني، ونلاحظ أن معدل نموها السكاني مرتفع جداً. وبالمقابل هناك كثير من البلدان النامية التي مواردها لا تسمح لها باستيعاب زيادات كبيرة في السكان، وتشكل هذه الزيادات عرقلة لحسن سير عملية التنمية فيها، لذلك راحت تضع السياسات السكانية الخاصة بها للحد من نموها المتزايد.

ويمكننا أن نجمل آثار النمو السكاني في عملية التنمية في مجموعتين:

### 1- الآثار المرتبطة بالتركيب العمري للسكان:

يؤدي النمو السكاني السريع إلى زيادة نسبة من هم دون سن (15) سنة على حساب الفئات العمرية بين (15-64) سنة، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى خفض نسبة المشاركين في قوة العمل، و رفع نسبة الإعالة عدا الحاجة الملحة لتوفير متطلبات الفئات الصغيرة من غذاء وتعليم وكساء وسكن ورعاية صحية حتى تصبح قادرة على العمل والإنتاج، فكلما كانت نسبة هذه الفئات كبيرة بالنسبة إلى مجمل السكان كان العبء أكبر على الدولة. ويكفي أن نقارن نسبة هذه الفئات في سوريا في عام 2010 والبلدان المتقدمة (38 في الأولى و20.9 في الثانية)<sup>(19)</sup> لنستنتج حجم العبء الذي تتحمله سورية نتيجة هذا التركيب العمري الفتى للسكان.

### 2- الآثار الاقتصادية:

يؤثر النمو السكاني المتزايد في مختلف جوانب الوضع الاقتصادي في أي بلد من البلدان ويمكننا أن نلاحظ هذا التأثير من خلال المحاور الآتية:

آ- الدخل الفردي: يؤدي النمو السكاني المرتفع إلى فتوة المجتمع، وانخفاض نسبة المشاركين في قوة العمل، في حين يؤدي النمو السكاني المنخفض إلى النقيض. وفي هذه الحالة فإن نصيب الفرد من الدخل القومي سيكون مرتفعاً نسبياً، أما إذا كان معدل النمو السكاني مرتفعاً مع افتراض ثبات العوامل الأخرى المؤثرة في الدخل فسيكون نصيب الفرد من الدخل منخفضاً نسبياً. وكما هو معلوم أنه كلما زاد مستوى دخل الفرد كان أكثر قدرة على تلبية متطلباته الاستهلاكية المختلفة، وكان مستوى معيشتة أفضل.

ب- العرض من قوة العمل: يرتبط حجم العرض من قوة العمل ارتباطاً مباشراً مع معدل النمو السكاني في المجتمع، وكلما كان هذا المعدل مرتفعاً كان عدد الأفراد الجدد الداخلين إلى قوة العمل سنوياً كبيراً، ولإيجاد فرص عمل لهؤلاء الداخلين الجدد لا بدّ من إقامة مشاريع إنتاجية جديدة، وهنا إمّا أن تتوافر للمجتمع ظروف ملائمة من حيث تمويل الاستثمارات ومقابلة حجم الطلب الاستهلاكي فتقام المشاريع الكافية لاستيعاب الراغبين في العمل، وإمّا ألاّ يستطيع المجتمع توفير فرص العمل الكافية ليبقى عندئذٍ جزء من أفراد قوة العمل في حالة بطالة. والغالب أن معظم البلدان النامية ذات الدخل الفردي المنخفض لا تستطيع توفير فرص العمل اللازمة لأبنائها، ويرجع ذلك إلى ضعف حجم الطلب الاستهلاكي الأمر الذي لا يشجع المستثمرين على إقامة استثماراتهم، فضلاً عن إلى ضعف قدرة الدولة على تمويل الاستثمارات اللازمة لإحداث فرص العمل المطلوبة. لذلك تتفاقم مشكلة البطالة في هذه البلدان، وعلى النقيض من ذلك فإن الأمر يصبح أكثر سهولة في الدول التي تمتاز بمعدل نمو سكاني منخفض ووفرة في الموارد، وهذا ما تتصف به البلدان المتقدمة.

ج- الطلب على الخدمات العامة: هناك عدد من الخدمات العامة التي يصعب الاستغناء عنها في أي مجتمع من المجتمعات في هذه المرحلة من تاريخ البشرية، ومن هذه الخدمات: الخدمات التعليمية والصحية والقضائية والأمنية وغيرها. وسواء أكان الإنفاق عليها يقع على عاتق الدولة أم تتحمل بعضه الأسر والأفراد، فإن توفير هذه الخدمات بات يتطلب مبالغ كبيرة أخذت تشكل نسبة كبيرة من الناتج القومي في أي بلد من البلدان، وكلما كان معدل النمو السكاني مرتفعاً كان الطلب على هذه الخدمات كبيراً.

د- الادخار: من المعلوم أنه كلما كان دخل الأفراد مرتفعاً كانت قدرتهم على الادخار أكبر، لكن مع تزايد معدل النمو السكاني وتزايد عدد أفراد الأسرة تنخفض هذه القدرة سواء عند الأفراد أو عند الحكومة، ومن ثمّ فإنه مع انخفاض حجم الموارد تتراجع قدرة الدولة على الاستثمار، وإيجاد فرص العمل اللازمة لأبنائها، وتحسين مستوى معيشتهم، ولا يخفى ما لذلك من آثار سلبية على الأفراد والمجتمع.

### النتائج:

تم التوصل من البحث إلى النتائج الآتية:

1- باتت الصحة الإنجابية وضرورة توفير خدماتها من الأمور الملحة سواء بالنسبة إلى البلدان لنامية أو للبلدان المتقدمة، فهي بالنسبة إلى الأولى تعمل على تخفيض معدلات النمو السكاني من خلال تنظيم الأسرة، وتعريف الأزواج بالوسائل التي تساعدهم على ذلك، فضلاً عن توعية جيل الشباب

من الذكور والإناث من الممارسات الجنسية المغلوط بها، وما ينتج عنها من أمراض وعقابيل، الأمر الذي يهيم كلاً من البلدان النامية والمتقدمة على حدٍ سواء.

2- إن عدم توافر خدمات الصحة الإنجابية ينعكس على عملية التنمية في المجتمع بأثرين الأول: ارتفاع معدلات الخصوبة، ومن ثمَّ ارتفاع معدل النمو السكاني الذي كان غالباً ما يلتهم كل زيادة في الناتج القومي، والثاني: وقوع كثير من الشباب من الذكور والإناث الذين لم تضمهم مؤسسة الزواج في ممارسات جنسية مغلوط بها قد تؤدي إلى إصابتهم بأمراض منقولة عن طريق الاتصال الجنسي ولاسيماً مرض الإيدز الذي يصاب به (6) أشخاص في كل دقيقة في العالم، ومن ثمَّ خسارة المجتمع لهؤلاء الشباب، وما يمكن أن يقدموه لمجتمعاتهم.

3- إن تحول العالم إلى قرية صغيرة تمتاز بحرية الانتقال الثقافي وسرعته يتطلب من المجتمعات توعية سكانها -ولا سيماً الشباب- إلى مخاطر الممارسات الجنسية المغلوط بها ومخاطرها وأثرها في الأفراد والمجتمع.

4- ضرورة تنبيه النساء إلى مخاطر الحمل المبكر والمتأخر على حياتهن وحيات أطفالهن.

### التوصيات:

خلص البحث إلى أنه من الضروري أن ينصب الاهتمام على:

1- تحسين الصحة الإنجابية، وتنظيم الأسرة، لأنها أحد الحلول لإبطاء النمو السكاني، وتسريع وتائر النمو الاقتصادي.

2- تنبيه السكان ولاسيماً الشباب منهم إلى مخاطر الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ولاسيماً هذه الأيام التي أضحت العالم فيها قرية صغيرة يمتاز بسرعة انتقال المعلومات.

3- إيلاء مزيد من الاهتمام لتنظيم الأسرة، ونشره بين مختلف شرائح السكان، وتعريفهم بوسائله ومساعدتهم على استخدامها، وتنبيههم إلى مخاطر الحمل المتكرر، والحمل في سن مبكرة ومتأخرة.

4- إن حالات الإنجاب غير المأمونة التي كثيراً ما توصف بأنها تلك- التي تحدث في سن مبكرة جداً، وفي مدد متقاربة ومرات كثيرة، وفي سن متأخرة -عامل مهم في كل من وفيات الأمهات ووفيات الرضع والأطفال. ويمكن بواسطة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وإمكانية الحصول على رعاية الأمومة المأمونة وضع نهاية تقريباً لوفيات الأمهات. ولذلك يوصى باتباع الطرائق الآتية:

- 1- تأخير أول ولادة: إن المرأة في سن المراهقة تكون أكثر عرضة لمخاطر مضاعفات الحمل والولادة من المرأة في سن العشرينيات، وذلك بغض النظر عن وضعها الزوجي. إذ إن المراهقات الصغيرات السن يكون حوضهن مازال في مرحلة النمو؛ ممّا يسبب- في بعض الأحيان- حالات تعسر المخاض التي تسبب الوفاة أحياناً. عدا الحالات الأخرى كارتفاع ضغط الدم والنزف وانخفاض وزن المواليد.
  - 2- المباشرة بين الولادات بمقدار سنتين على الأقل:
- يؤثر الحمل والإرضاع في الحالة الغذائية للمرأة، والمباشرة بين الولادات بمقدار سنتين على الأقل يتيح لجسد المرأة وقتاً لاستعادة عافيتها من الحمل، ويقلل احتمالات فطام الطفل في وقت مبكر.
- 3- تجنب كثرة تكرار الحمل: إذ إن المرأة التي لديها أكثر من أربعة أو خمسة أطفال تواجه خطورة أكبر من حيث التعرض لمضاعفات في حالات الحمل اللاحقة.
  - 4- التوقف عن الإنجاب في الوقت المناسب: لأن المرأة تتعرض في نهاية سنوات الإنجاب لمخاطر أكبر فيما يتعلق بالحمل والإنجاب، فالحمل في عمر بين سن العشرين والخامسة والثلاثين هو الأنسب مثالياً لصحة كل من المرأة وأطفالها.

### الخاتمة:

إن ممارسة حرية الإنجاب والتمتع بصحة إيجابية مثلى مرتبط بإمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، وما يتعلق بها من خدمات الرعاية الصحية. إذ تعدّ الخدمات التي تمكن المرأة من أن تجتاز بسلام مراحل الحمل والولادة ذات أهمية خاصة شأنها شأن البرامج التي تهتم بالحيلولة دون الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. إن حرمان كثيرين من الناس من التمتع بصحة إيجابية مثلى بسبب النقص في المعرفة بشأن النشاط الجنسي البشري، والسلوك الجنسي المحفوف بمخاطر بالغة، وعدم توافر خدمات رعاية الصحة الإنجابية أو سوء نوعيتها، وكذلك بسبب محدودية سيطرة نساء وفتيات كثيرات على حياتهن الجنسية والإنجابية. كما أن تزايد حالات الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي تؤثر تأثيراً سلبياً في الصحة الإنجابية. والمراهقون معرضون للخطر بصورة خاصة، بسبب افتقارهم إلى المعلومات، وإلى إمكانية الحصول على الخدمات ذات الصلة في معظم البلدان. والزواج المبكر يشكل خطورة صحية خاصة للنساء صغيرات السن كونهن غير مهيات لا جسدياً ولا عقلياً للحمل والولادة. وللنساء والرجال الأكبر سناً احتياجات متميزة أيضاً فيما

يتعلق بالصحة الإنجابية والجنسية كثيراً ما لا تعالج معالجة كافية. إن الاهتمام بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وخاصة في البلدان النامية وتوسيع خدماتها بات ضرورة ملحة فهما المفتاح للحد من النمو السكاني المتزايد، ومن اللجوء إلى الإجهاض الذي -غالباً- ما يشكل خطراً على حياة المرأة.

إن الجانب الأعظم من النمو السكاني يحدث في بلدان العالم الأكثر فقراً، وأقلها استعداداً لمواجهة ذلك النمو. والتساؤل: هل سيستمر النمو السكاني في التباطؤ؟ وهل سيقترن بزيادة الرفاهية أم بتزايد المصاعب؟ إنما تتوقف إجابته على ما سيتخذ من قرارات وإجراءات خلال العقد الحالي، ولاسيماً ما سيتخذ من إجراءات لزيادة التوعية، وتعزيز المساواة بين الجنسين، وضمان تعميم التمتع بالحق في الصحة، بما في ذلك الحق في الصحة الإنجابية.

## الهوامش

- (1) تقرير حالة سكان العالم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 1997، ص 3، 2
- منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان "الاتجاهات السائدة في وفيات الأمومة"  
15/أيلول/2010  
<http://www.who.int/mediacentre>
- (2) المرجع السابق.
- (3) "International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning". IPPF, Population Council, UNFPA, UNICEF, UNDP, WHO, And the World Bank, Nairobi 1987
- (4) Winkoff, B. and Sullivan, M. "Assesing the Role of Family Planning in Redusing Meternal Mortality". Studies in Family Planning, the Population Council, New York 1987:18 (3)
- (5) Aziz, F. A. "Prognancy and Labour of Drend Multiparous Sudanese Women". International Journal of Dynaecology and Obstructs 1980.
- (6) Reih, J. "The International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning". International Family Planning Prospectives 1987.
- (7) "Access to Birth Control: a World Assessment". Population Crisis Committee, Washington 1987
- (8) منشورات الأمم المتحدة، تقرير حالة سكان العالم لعام 2011
- (9) Ebrahim, G.J. "Impact of Family Planning on the Health of Children". International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi 1987.
- (10) د. رامت المهابني، دراسة الموقف و المعرفة و الممارسة حول الخصوبة و تنظيم الأسرة في سورية، وزارة الصحة، مديرية الرعاية الصحية الأولية، 1992، ص 19
- (11) Ebrahim, G.J. "Impact of Family Planning on the Health of Children". International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi 1987.
- (12) د. رامت المهابني، دراسة الموقف و المعرفة و الممارسة حول الخصوبة و تنظيم الأسرة في سورية، مرجع سابق، ص 19
- (13) Trussel, Pebley. "The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant, Child, and Maternal Mortality". Studies in Family Planning the Population Council, New York 1984.

- (15) - مسح الجمهورية العربية السورية حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي، 1995، ص 47.
- صحة الوطن برعاية الأسد، كتيب من منشورات وزارة الصحة في سورية.
- تقرير حالة سكان العالم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 2011.
- (16) وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية، مديرية الأبحاث والتخطيط.
- (17) المجموعة الإحصائية في الجمهورية العربية السورية لعام 2011، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق
- (18) تقرير حالة سكان العالم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 2011، نشرة مرفقة مع التقرير.
- (19) المرجع السابق.
- المراجع العربية:
- تقرير حالة سكان العالم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 1997، ص 2 و3
- تقرير حالة سكان العالم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، 2011، نشرة مرفقة مع التقرير.
- صحة الوطن برعاية الأسد، كتيب من منشورات وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية، 1999.
- المجموعة الإحصائية في الجمهورية العربية السورية، المكتب المركزي للإحصاء، دمشق، الأعوام، 2011، 1999، 1996، 1975.
- مسح الجمهورية العربية السورية حول صحة الأم و الطفل، التقرير الرئيسي، 2010
- المهاني رامز، دراسة الموقف والمعرفة والممارسة حول الخصوبة وتنظيم الأسرة في سورية، وزارة الصحة، مديرية الرعاية الصحية الأولية، 1992 ص 19
- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تقرير الأمين العام، القاهرة، 1994، جدول رقم 2.
- وزارة الصحة في الجمهورية العربية السورية، مديرية الأبحاث و التخطيط.

## المراجع باللغة الإنكليزية:

- Alloush , Khaled. "Estimates of Maternal Mortality Rate in Syria". UNDP ,Damascus 1990.
- Aziz , F. A " Prognancy and Labour of Drend Multiparous Sudanese Women " Inter nationalJornal of Dynaecology and Obstructs 1980.
- ”Access to Birth Control: a World Assessment “. Population Crisis Committee,Washington 1987
- Ebrahim,G.J. “Impact of Family Planning on the Health of Children “.International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning ,Nairobi 1987.
- "International Conference on Better Health for Women and Children throughFamilyPlanning”.IPPF,PopulationCouncil,UNFPA,UNICEF,UNDP,WHO,And the World Bank , Nairobi 1987.
- Reih,J. “The International Conference on Better Health for Women and Children throughFamilyPlanning” InternationalFamilyPlanningProspectives1987.
- Trussel,Pebly. “The Potential Impact of Changes in Fertility on Infant , Child , and Maternal Mortality “. Studies in Family Planning the Population Council , New York 1984.
- Winkoff , B. and Sullivan , M. " Assessing the Role of Family Planning in RedusingMeternal Mortality ". Studies in Family Planning , the Population Council , New York 1987:18 (3)