جامعة قاصدي مرباح ـ ورقلة ـ

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم اجتماع والديموغرافيا

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

في ميدان: العلوم الإنسانية والاجتماعية

شعبة: الديموغرافيا

تخصص: التخطيطي الديموغرافي والتنمية

إعداد الطالبة: حوامـــــدي هنـــــاء

بعنـــــوان:

المحددات الديمغرافية لظاهرة الإجهاض في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6-2019

تاريخ المناقشة:2022/06/12

لجنة المناقشة:

▪ د. سواكري خديجة	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	رئيســـــــا
▪ د. طعبــة عمـــــر	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	مشرفا ومقررا
▪ د. سويقات محمد	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	مناقشـــــــا

السنة الجامعية: 2022/2021

جامعة قاصدي مرباح ـ ورقلة ـ

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم اجتماع والديموغرافيا

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

في ميدان: العلوم الإنسانية والاجتماعية

شعبة: الديموغرافيا

تخصص: التخطيطي الديموغرافي والتنمية

إعداد الطالبة: حوامـــــدي هنـــــاء

بعنـــــوان:

المحددات الديمغرافية لظاهرة الإجهاض في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6-2019

تاريخ المناقشة:2022/06/12

لجنة المناقشة:

▪ د. سواكري خديجة	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	رئيســـــــا
▪ د. طعبــة عمـــــر	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	مشرفا ومقررا
▪ د. سويقات محمد	أستاذ محاضر	جامعة قاصدي مرباح	مناقشـــــــا

السنة الجامعية: 2022/2021

بسم الله الرحمن الرحيم
١٤٣٨

التشكرات

أن الحمد لله حمداً كثيراً مباركاً وهو القائل (لئن شكرتكم لأزيدنكم) فله الحمد والثناء حتى يرضى وله الحمد والثناء بعد الرضا حمداً وثناء لا ينقطع ترديده وأصلي وأسلم على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا محمد، وعلى آله وصحبه، ومن سار على نهجه إلى يوم الدين.

إن الشكر هو الكلمة الطيبة والدعاء الصادق الذي يفي به الإنسان حينما يثقل عاتقه واجب المعروف والإحسان.

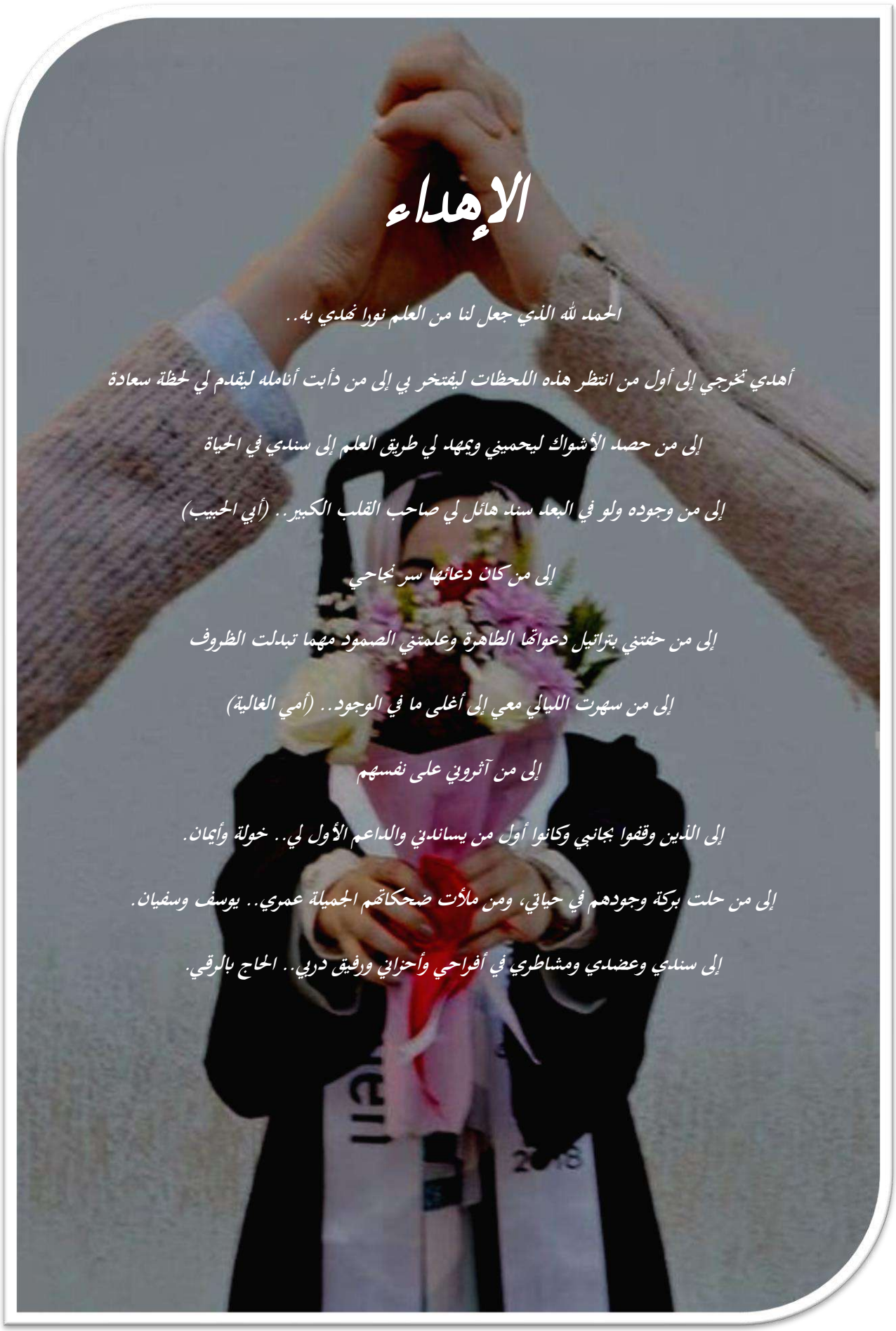
وفي هذا المقام أتقدم بخالص الشكر إلى الأستاذ الدكتور" طعبة عمر" المشرف على الرسالة الذي تفضل علىَ بقبوله الإشراف على مذكرتي ورشحني للدراسة هذا الموضوع في هذا الصرح العلمي، كما أن توجيهات سعادته وتشجيعه وصبره كان لهم الأثر البارز في إتمام هذه الرسالة.

كما أتوجه بخالص الشكر وعظيم الامتنان لأستاذي الأستاذ الدكتور/ أحمد شماني، الأستاذ محاضر بكلية العلوم الاجتماعية والانسانية في قسم علم الاجتماع والديمغرافيا. فرغم مشاغله الكثيرة لم يبخل علىَ بعلمه الغزير وإرشاداته السديدة، فلا يسعني إلا اشكره على ما قدمه لي من وافر العون وحسن التوجيه.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكافة أساتذة قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، الذين كان لهم الأثر الفاعل في توجهنا وتزويدنا بالعلم النافع والمفيد خلال مرحلة الدراسة.

كما أتوجه بالشكر لزملائي في الدراسة الذين قدموا لي المشورة ومدوا لي يد العون وأخص بالشكر الأخت/ زكيري فاطمة الزهراء، والأخت/ إيمان زقعيط، والأخت/فاطمة كويسي.

وفي الختام أتقدم بالشكر لكل من أسدى لي معروفاً أو نصحاً أو توجهاً ولم يسع المقام لذكره فجزى الله الجميع عني خير الجزاء.



الإهداء

الحمد لله الذي جعل لنا من العلم نورا نهدي به..

أهدي تخرجي إلى أول من انتظر هذه اللحظات ليفتخر بي إلى من دأبت أناملة ليقدم لي لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك ليحميني ويمهد لي طريق العلم إلى سندي في الحياة

إلى من وجوده ولو في البعد سند هائل لي صاحب القلب الكبير.. (أبي الحبيب)

إلى من كان دعائها سر نجاحي

إلى من حفتني بتراتيل دعواتها الطاهرة وعلمتني الصمود مهما تبدلت الظروف

إلى من سهرت الليالي معي إلى أغلى ما في الوجود.. (أمي الغالية)

إلى من آثروني على نفسهم

إلى الذين وقفوا بجانبي وكانوا أول من يساندني والداعم الأول لي.. خولة وأيمان.

إلى من حلت بركة وجودهم في حياتي، ومن ملأت ضحكاتهم الجميلة عمري.. يوسف وسفيان.

إلى سندي وعضدي ومشاطري في أفراحي وأحزاني ورفيق دربي.. الحاج بالرقي.

فهـــرس المحتويات

شكر وعرفان	
الإهداء	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقـدمة	أ
الفصل الأول: الإطار المنهجي لموضوع الدراسة	
1. الإشكاليـة	4
2. الفرضيات	6
3. أهداف الدراسة	7
4. أسباب إختيار الموضوع	8
5. صعوبات الدراسة	9
6. تحديد المفاهيم	10
7. المنهج المتبع	14
8. الدراسات السابقة	15
الفصل الثاني: الإطار النظري للإجهاض	
تمهيـد	18
1. مفهوم الإجهاض	19
2. أنواع الإجهاض	19
3. معدل الإجهاض	21
4. معدل وفيات الاجنة	22
5. تطور إحصائيات الإجهاض في العالم	23

6. تطور إحصائيات الإجهاض في الجزائر	25
7. تأثير الإجهاض على الخصوبة (نموذج بونقارس)	29
خلاصــة الفصل	32
الفصل الثالث: الإطار الميداني للدراسة	
تمهيـــد	34
I.الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	35
1. مصادر جمع البيانات	35
2. مجتمع الدراسة والعينة المستهدفة	35
3. الأساليب الإحصائية	36
II. عرض وتحليل ومناقشة البيانات:	36
1. الفرضية الأولى: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الأولى	36
2. الفرضية الثاني عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثانية	40
3. الفرضية الثالثة: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الثالثة	44
4. الفرضية الرابعة: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الرابعة	47
5. الفرضية الخامسة: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية الخامسة	50
6. الفرضية السادسة: عرض وتحليل معطيات جداول الفرضية السادسة	53
خلاصــة الفصل	55
الخــاتمـــــة	56
الملاحـــق	58
قائمة المراجع والمصادر	67
ملخص الدراسة	69

قائمـــة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
(1_2)	تصنيف وفيات الأجنة والأطفال حسب العمر او الفترة الزمنية	22
(2_2)	التقديرات العالمية والإقليمية للإجهاض المستحث لسنوات 1995، 2003 و2008	23
(3_2)	معدل الإجهاض لكل 1000 امرأة في سـن 15_49 سـنة مقدرة في الفترتين 1990_1994 و2010_2014 حسب المنطقة الجغرافية	24
(4_2)	تقديرات العالمية لحالات الإجهاض (بملايين) حسب المستوي التقديري للأمان حسب المنطقة الجغرافيه في الفترة 2010_2014	25
(5_2)	توزيع نسب النساء اللاتي أصبن بحالات السقط أو الإجهاض حسب العمر الحالي والمدة منذ الزواج الأول وخلفية المبحوثة لمسح 1992	26
(6_2)	التوزيع النسبي للنساء حسب عدد مرات السقط أو الإجهاض خلال فترة 24 شهراً سابقا لمسح 1992 ومحل الإقامة.	27
(7_2)	معدل الإجهاض لكل 1000 مولود (خلال السنتين السابقتين على المسح 1992) والتوزيع النسبي لتلك الحالات حسب مدة الحمل ومحل الإقامة	27
(8_2)	التوزيع النسبي للنساء اللواتي حملن مرة واحدة على الأقل حسب نتيجة الحمل والوسط لسنة 2002	28
(9_2)	توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل حسب الوسط والمنطقة الجغرافية	29
(10_2)	أثر الإجهاض على الخصوبة % خلال الفترة 1986_1992 والفترة 1992_2002 وذلك بتطبيق نموذج بونقارتس	31
(1_3)	توزيع النسوة المتزوجات حسب العمر	37
(2_3)	توزيع النسوة المتزوجات حسب اعمارهن وتعرضهن للإجهاض.	38
(3_3)	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي	40
(4_3)	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي وتعرضهن للإجهاض	41
(5_3)	توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن	44
(6_3)	توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن وتعرضهن للإجهاض	45
(7_3)	توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية	47
(8_3)	توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية وتعرضهن للإجهاض	48
(9_3)	توزيع الأمهات حسب أعمارهن عند زواجهن الأول	50
(10_3)	توزيع النسوة حسب اعمارهن عند زواجهن الأول وتعرضهن للإجهاض	51

(11_3)	توزيع الأمهات حسب استعمالهن لموانع الحمل	53
(12_3)	توزيع النسوة المتزوجات حسب مدة استعمالهن لموانع الحمل وتعرضهن للإجهاض.	53

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
(1_3)	توزيع الأمهات حسب أعمارهن	37
(2_3)	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي	40
(3_3)	توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن	44
(4_3)	توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية	47
(5_3)	توزيع الأمهات حسب أعمارهن عند زواجهن الأول	50
(6_3)	توزيع الأمهات حسب استعمالهن لموانع الحمل	53

مقدمـــــــة

1) مقـــدمة:

تعرف الصـــحة الإنجابية بأنها "حالة رفاه كاملة بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناســـلي ووظائفه وعملياته، وليس مجرد الســـلامة من المرض والاعاقة"، وهي بذلك مفهوم شـــامل لحالة الرفاه الكامل من النواحي البدنية والاجتماعية، وذلك فيما يتعلق بالتناسـل ووظائفه وعملياته، ويتضـمن ذلك أيضـا قدرة المرأة على التحكم في عملية الانجاب الخاصـة بها وتشـتمل الرعاية الصـحية الإنجابية على عدة آليات أهمها: توفير خدمات المشـورة للزوجين، عمليات التثقيف والتعليم المتصـلة بتنظيم الأسـرة وبالرعاية قبل وبعد الولادة والوقاية من الإجهاض غير الآمن. وتُشـــير الأمم المتحدة إلى أن الحقوق الإنجابية متمثلة في حق تقرير عدد الأطفال والفترة الفاصلة بينهم بحرية ومسؤولية، وقد وضعت هذه الحقوق لتحسين وتحقيق الصحة الإنجابية المناسبة لدى الملايين من النساء من خلال ممارسة حقوقهن التي تكفلها الأنظمة والقوانين. وذلك من خلال توجيه السلوك الانجابي للمرأة وذلك برفع سن الزواج وهذا ما يؤذي إلى تقليص عدد الولادات وهذا راجع إلى نشر الثقافة الصحية التي تعتبر نوع من أنواع التحضر.

يعتبر الإجهاض أهم عناصر الصحة الإنجابية للمرأة باعتباره خطراً تواجهه المرأة خلال حياتها الإنجابية وهو بمثابة محدد من محددات الزيادة السـكانية ومن المرتكزات الأسـاسـية للسـياسـة السـكانية نظراً لارتباطه بالسـلوك الإنجابي، ويمكن تعريفه على أنه أنهاء الحمل بإزالة الجنين النامي في رحم المرأة الحامل وقد يكون تلقائي نتيجة لعوامل طبيعية تواجه المرأة في فترة حملها، كما يمكن أن يكون بطريقة إرادية قصدية نتيجة لظروف صحية أو اجتماعية أو كوسيلة لتنظيم النسل.

الاعتداء على الأجنة يعتبر من أكثر التحديات القديمة التي تواجه الصـــحة العامة المهمشـــة في جميع مناطق العالم بحيث نشرت مجلة التايمر الامريكية في أغسطس سنة 1984 أن حالات الإجهاض بلغت ما بين 30 إلى 50 مليون حالة كل عام. وحسب تصـريح لمنظمة الصـحة العالمية لسـنة 2007 يصـل كل عام عدد النسـاء الحوامل الى حوالي 210 ملايين امرأة وتكون نتائج الحمل كالتالي 130 مليوناً مولود حي و38 مليوناً اجهاض تلقائي أو موت الجنين و42 مليوناً اجهاض مسـتحث، وحسـب تقارير نفس المصـدر تم أجراء نحو 1.5 مليون حالة إجهاض في منطقة الشـرق الأوسـط وشمال افريقيا في عام 2003 إما في بيئة غير صـحية أو بواسطة مقدمي خدمة يفتقرون إلى المهارة أو في ظل الأمرين معاً، وتتسبب مضاعفات هذه الحالات في 11 % من وفيات الأمهات في المنطقة.

وفي هذا المجال، قمنا بدراسة ظاهرة الإجهاض حسب معطيات المسح الوطني المتعدد المؤشرات بالجزائر لسنة 2019 الذي يســـاعد في تشـــخيص واقع الأمهات الصـــحي بفاعلية، بحيث يمكننا هذا البحث في هذا الميدان من معرفة أهم المحددات الديمغرافية (كالمسـتوى التعليمي، العمر، العمر الأول عند الزواج .....) التي تؤثر على الإجهاض وبالتالي نسـتطيع أن نضـبط أهم المسـببات من خلال معطيات المسـح الوطني 2019 باعتباره المصـدر الذي يوفر لنا البيانات ومعطيات اللازمة لحسـاب أهم مؤشـرات الصـحة الإنجابية.

قسمت هذه الدراسة الى محورين رئيسين، المحور الأول يتضمن الجانب النظري والمنهجي للدراسة يضم فصلين، ففي الفصـل الأول منه ركزنا على إبراز ملامح هذا البحث من إشكالية، فرضيات، أهداف الدراسة وأسباب إختيار الموضـــــوع والمنهجية المتبعة

والدراسات السابقة. وأما الفصل الثاني ضمن هذا الجانب دائما تناولنا الإطار النظري للإجهاض حيث قمنا بالتطـرق إلى مفهومـــه، أنـواعه، وتطرقنا الى تطور ظاهرة الإجهاض في العالم والجزائر.

بينما المحور الثاني من هذا البحث فخصـصـناه للجانب الميداني، حيث قمنا في الفصـل الثالث بعرض الإجراءات المنهجية للدراسة والـــذي يحتــوى على أهم الخصائص المميزة لأفراد العينة، الأساليب الإحصائية وأدوات جمــع البيـــانات. ثم عرض وتحليل ومناقشة البيانات الخاصة بالمحددات الديمغرافية والإجهاض وبعدها مناقشة الفرضيات ولنختم الدراسة بالنتائج العامة.

وفي الأخير، توصلنا إلى وضــع إستنتــاج عـــــام لبحثنا هذا الذي يضـــم تقييما خاصا للجانب التحليلي وما توصلنا إليه مع إقتراح بعض التوصيات.

الفصل الأول

الإطار المنهجي لموضوع الدراسة

1 – الإشـــكالية

2 – الفرضيات

3 – أهداف الدراسة

4 – أسباب إختيار الموضوع

5 – صعوبات الدراسة

6 – تحديد المفاهيم

7 – المنهج المتبع

8 – الدراسات السابقة

1)الإشكـاليـة:

يعـــــــــتبر الإجهاض ظاهره منتشرة في معظم دول العالم ولكن بنسب متفاوتة تتعلق بالتفاوت في المستويات الصحية، الاقتصـادية وحتى الثقافية، دون شـك مهما كانت نسـبة انتشـار الإجهاض في المجتمعات السـكانية فسـيكون لها تأثير على التركيب الهيكلي للمجتمع السـكاني. وما هو متوقع وقوعه هو اختلاف الاهتمام والتعامل مع ظاهرة الإجهاض بدلالة نوعها وأسـبابها ومكان حدوثها وكيفية معالجتها.

ظـاهرة الإجهاض قديمة قدم التاريخ بحيث تماشت مع نشأة ونمو المجتمعات السكانية ففي فتره ما قبل العصر الحديث تشير الوثـائق الكتابـية المنسوبة إلى شريعة حمو رابي عام 1760 قبل الميلاد التي تعتبر من أقدم الشرائع المكتوبة في التاريخ الإنساني إلى تجريم عملية الإجهاض مع فرض غرامات على المرأة التي تقوم بها تتفاوت حسـب طبقتها الاجتماعية والاقتصـادية. وسـجل في أوراق البردي المصـرية التي تعود إلى عام 1555 قبل الميلاد أقدم دليل على إجراء عمليه الإجهاض الاختياري، ونجد أن العقيدة الوحيدة الذي يعتبر الإعدام هو عقاب لعمليه الإجهاض هي العقيدة الآشـورية عام 1075 قبل الميلاد وطُبق ذلك على المرأة التي تقوم بهذه العملية ضـد رغبه زوجها، وفي العصـر الحديث وبالتحديد في نيويورك تم إجراء عمليه الإجهاض بالجراحة بدءًا من عام 1800 ميلادي وتسـبب في وفاه 30 % من مجموع الحالات مما دفع بالجمعية الطبية الأمريكية تقوم بشـن حملات لمناهضـه عمليات الإجهاض الأمر الذي جعل إجراء عمليات الإجهاض حكرا على الأطباء فقط.

اسـتنادا للتقديرات العالمية التي قامت بها منظمه الصـحة العالمية لسـنة 1995 فقد حدث حوالي 26 مليون حالة إجهاض قانوني و 20 مليون حالة إجهاض غير قانوني، فعلى الصـعيد العالمي قدرت نسـبه الوفيات الناجمة عن الإجهاض 13 % من مجموع الوفيات النفاسية، ويقابلها انخفاض في العدد الإجمالي للوفيات النفاسية بـ 350000 وفاة في عام 2008 بعدما كانت 546000 حاله في عام 1990وتحدث معظمها في البلدان النامية.

أشارت منظمه الصحة العالمية في تقرير أعدته سنه 2008 انه على الصعيد العالمي يوجد حوالي 210 مليون امرأة حامل ولدت منهن أكثر من 135 مليون امرأة أطفال أحياء، وأنتهى الحمل المتبقي البالغ 75 مليون حاله بولادة ميتة أو إجهاض تلقائي أو مسـتحث، وتشـير التقديرات انه في عام 2003 تم إنهاء حوالي 42 مليون حاله حمل بالإجهاض طوعا وحدثت 22 مليون من هذه الحالات داخل المسـتشـفيات بينما تمت 20 مليون خارج النظام القانوني، ومن المعلوم جدية التوصـيات والجهود المبذولة من طرف الهيئات العالمية لتحقيق الهدف الخامس من أهداف الإنمائية للألفية التي تنص على تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع

في فتره ما بين 1990_2015، وفي هذا الصدد تشير التقديرات العالمية إلى انخفاض معدلات الإجهاض بين عامي1995_2003 من 35 إلى 29 لكل 1000 امرأة في ســن الإنجاب وبقى المعدل ثابت ســنه 2008 بحيث بلغ 28 لكل 1000 امرأة في ســن الإنجاب.

تـــــمثل حالات الإجهاض لسـنة 2003 التي حدثت في قارة إفريقيا 29 % من مجموع حالات الإجهاض عالميا كما تشهد 62 % من جميع الوفيات المرتبطة بالإجهاض ويعتبر هذا الأخير مشكله صحية في إفريقيا فقد أصبح أكثر شيوعا وهو يميل إلى ان يكون سـرا وغير قانوني وحسـب تقديرات منظمة الصـحة العالمية لسـنة 2003 بلغ إجمالي حالات الوفيات الناجمة عن الإجهاض 1500حالة. ووصل معدل الإجهاض لكل 1000 امرأة في العمر15_49 سنة إلى 29 حالة لكل 1000 امرأة، وفي سنة 2008 بلغ عدد الوفيات النفاسية 29000. أما عن الجزء الشمالي من القارة الإفريقية فقد قُدر معدله لسنة 2003 بـــــ 22 حالة لكل 1000 امرأة في العمر 15_45 سنة لينخفض إلى 18 حالة لسنة 2008.

والـــجزائر كغيرها من البلدان الإفريقية والعالمية مرتبطة قانونيا بهيئات عالمية كالمنظمة العالمية للصحة فهي ملزمة بالاتفاقيات التي تجمعها وإياها حيث تسعي جاهدة لإعطاء القدر الكافي للعناية بالصـحة الإنجابية عموما وبظاهرة الإجهاض خصوصا وعن طرق معالجتها وإيجاد حلول مناسـبة لها، لذلك اهتمت بتحسـين خدمات الصـحية الإنجابية بتوفير برامج صـحية من خلال إنشـاء مراكز لحماية الطفولة والأمومة وتوفير المتابعة الصحية للمرأة في كل حالاتها وذلك بهدف تحقيق أمومة آمنة من خلال الوقاية من كل أشكال العنف وتدعيم التكفل بالحمل، فحسـب الديوان الوطني للإحصـائيات بلغت نسـبة النسـاء اللواتي تابعن حملهن سـنة 2006 حوالي 89.4 % بعدما كانت فيما سبق 85 % وهي في تحسن مستمر. جراء المحاولات التي تبذلها الحكومة في مجال الرعاية الصحية فقد تم تسـجيل 8.9 % من حالات فقدان للحمل من مجموع حالات الحمل سـنة 2002،كما بلغت نسـبة النسـاء اللواتي تعرضـن للإجهاض على الأقل مرة واحدة سنة 2002 حوالي 23 % في حين بلغت سنة 1992بـ22 % أي بمعدل 105 حالة إجهاض لكل 1000 امرأة وهذا حسـب ما جاء في ا الديوان الوطني للإحصـائيات سـنة 2004، وتبقى الجزائر من أكثر البلدان تقييدا في منطقة شمال إفريقيا فيما يتعلق بالإجهاض إذ تجرم المواد من 304 إلى 310 من قانون العقوبات المؤرخة بين عامي 1966و1982 كل امر من شأنه أن يحرض شخص ما على الإجهاض، ولهذا لا يمكن الوصول إلى حد كبير من الإحصائيات عن ممارسة الإجهاض فكثيرا ما تتردد المرأة بالاعتراف بالإجهاض المتعمد وخاصـــة عندما لا يكون قانوني في حين نجد معدل الإجهاض بتونس 19 لكل 1000 امرأة في سـن الإنجاب (15_44) ويعود سـبب هذا الانخفاض إلى أنها تسـمح قانونيا بإجهاض الجنين دون ثلاث أشـهر،

وعلى الرغم من سـعي الدولة في مجال تحسـين خدمات الأمومة الآمنة فإن وفيات السـيدات خلال فترة الحمل أو خلال 42 سـاعة التالية لإنهاء الحمل كلها تتعلق بالحمل أو بأسلوب رعاية الأم بعد الحمل كلها وليست نتيجة لحوادث عرضية حيث قُدر معدل وفيات الأمهات سنة 1992 بـ 117 لكل 100 الف ولادة حية كما أن الجزائر لم تصل إلى الهدف المسطر وهو خفض هذا المعدل إلى 60 حالة وفاة لكل 100 الف حالة ولادة حية سنة 2001، وفي سنة2007 تم الإفصاح عن التحقيق الميداني الذي أجراه المعهد الوطني للصحة العمومية فقد أشار إلى وجود 697 حالة وفاة أثناء الحمل أو الولادة منها 38 حالة بسبب الإجهاض.

ويمكن إرجاع هذا التطور الحاصـل لظاهرة الإجهاض في الجزائر لمجموعة من الأسـباب الديمغرافية. ومن هذا المنطلق نطرح التساؤل التالي:

ما هي المحددات الديمغرافية لظاهرة الإجهاض في الجزائر انطلاقا من قاعدة بيانات المسـح العنقودي المتعدد المؤشـرات لسنه 2019؟

ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تساعد في الإلمام بموضوع الدراسة بكل جوانبه المختلفة:

- هل يؤثر عمر الأمهات على تعرضهن للإجهاض؟
- هل يؤثر المستوى التعليمي للام على تعرضها للإجهاض؟
- هل يؤثر عدد الأطفال الذين تم إنجابهم مسبقا على تعرض الأم للإجهاض؟
- هل تؤثر المنطقة السكنية التي تقطن بها الأمهات على تعرضهن للإجهاض؟
- هل يؤثر العمر عند الزواج الأول للأمهات على تعرضهن للإجهاض؟
- هل يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض؟

2)الفرضيات:

تعتبر الفرضيات من بين أحد أهم خطوات البحث العلمي، والتي من شأنها أن توجه الباحث خلال دراسته. بحيث يطور الباحث تلك الفرضيات بشكل يوضح مختلف التفسيرات المحتملة والمقترحة للعلاقة بين عاملين أحدهما العامل المستقل والآخر العامل التابع.

الفرضية هي" بمثابة الجسر الذي عن طريقه يمر الباحث من مرحلة الكشف إلى مرحلة البرهان، ومما هو جزئي وخاص إلى ما هو كلي وعام، ومن المقدمات إلى النتائج"[1].وبناء على التساؤلات السابقة الذكر تنبثق مجموعة من الفروض التي تسعى الدراسة لفحصها، اختبارها، ثم صياغتها على شكل فرضيات إثبات أو بديلة من أجل معالجة الموضوع وتتمثل على النحو الآتي:

- يؤثر عمر الأمهات على تعرضهن للإجهاض، بحيث كلما زاد عمر الأم زاد احتمال تعرضها للإجهاض.
- يؤثر المستوى التعليمي للام على تعرضها للإجهاض، بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للام انخفض احتمال تعرضها للإجهاض.
- يؤثر عدد الأطفال المنجبين للام على تعرضها للإجهاض بحيث كلما زاد عدد الأطفال المنجبين يزيد احتمال التعرض للإجهاض.
- تؤثر المنطقة السكنية على تعرض الأم للإجهاض، بحيث يزيد احتمال الإجهاض للسيدات المقيمات في المنطقة الريفية مقارنه بالسيدات المقيمات بالمنطقة الحضرية.
- يؤثر العمر عند الزواج الأول للأم على حدوث الإجهاض، بحيث كل من انخفض عمر الأم عند الزواج الأول صاحبه انخفاض في احتمال تعرضها للإجهاض.
- يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض بحيث كلما استخدمت الأم وسائل منع الحمل قلت فرص حدوث الإجهاض لديها

3)أهـداف الدراسـة:

تسعى كل البحوث العلمية إلى الوصول لأهداف معينة، والتي من خلالها نضع تصورنا العام والتفصيلي للموضوع الذي يعمل على اتضاح الاتجاه العام للدراسة، فهذه الأخيرة تساعد على إيضاح الأبعاد الحقيقية المرجوة من الدراسة. فهناك من يعرفها بأنها هي عبارة عن " مجموعة من نقاط الضعف، ومجموعة من الاقتراحات والحلول المرتبطة بمجتمع الدراسة ارتباطا علميا ممنهج، وفق معايير المنهج الذي يتخذه الباحث في توجيه بحثه"[2]. وعليه تهدف هذه الدراسة إلى:

[1] عبد الناصر جندلي،**تقنيات و مناهج البحث في العلوم السياسية و الإجتماعية** ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر،2005، ص 34.
[2] - رياض عثمان، **معايير الجودة البحثية في الرسائل الجامعية**، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت،2014، ص 59.

- معرفة ووصف مدى انتشار ظاهرة للإجهاض حسب المحددات الديمغرافية في الجزائر.
- التعرف على نسبه الإجهاض ومدى ارتباطه ببعض الخصائص الديموغرافية للأمهات.
- التوصل إلى نتائج تبين حجم مشكله الإجهاض من خلال إجراء التحليل الإحصائي للظاهرة ونتائجها.
- تحديد المتغيرات الديموغرافية التي تدخل في تفســـير ظاهره الإجهاض من بين المتغيرات المفترض تأثيرها مثل: عمر الام، العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال المنجبين والمستوى التعليمي، المنطقة السكنية. ورصد مدى تأثيرها على ظاهرة الإجهاض في الجزائر.
- محاوله تغطيه النقص الموجود في الدراسات الوطنية السابقة.
- محاولة تقديم بحـث علمـــــي أكاديمي يقدم تفسيرًا للأسباب المؤدية للإجهاض، ومحاولة تفسيرها تفسيراً علمياً.

4)أسباب اختيار الموضوع:

إن أول خطوة منهجية يقوم بها الباحث هي اختيار الموضوع للدراسة ويأتي هذا عند التفكير في إعداد أي بحث علمي، وبدون العثور على موضوع مناسب للبحث لا يمكن أن يكون بحثا أصلا. لذا فإن "اختيار الموضوع ليس بالأمر السهل ولابد من أن يكون غير مطروق من قبل، وأن يكون الاختيار حكيما، وإلا ضاعت جميع المجهودات المبذولة"[1].

وعليه فإن اختيار موضوع البحث لا يكون عشوائيا ولا حتى بمحض الصدفة، بل هناك عدة أسباب موضوعية وذاتية تدفع بالباحث لاختيار موضوع الدراسة يمكن أن نلخص أسباب اختيارنا لهذه الدراسة في النقاط التالية:

- ✓ طبيعة التخصص المدروس (تخطيط ديموغرافي والتنمية) الذي يقتضي دراسة في مثل هذه الموضوعات.
- ✓ توفر المعطيات، والمتمثلة في قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات المنجز سنة 2019.
- ✓ حداثة الموضوع، بحيث لم يتم التطرق له ديموغرافيا من قبل إذا استثنينا مقال علمي منشور سنة 2021.
- ✓ الإحساس الصادق، الميول الشخصي للمشكلة والاستعداد للدراسة.

-صعوبات الدراسة:

[1] -عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، الجزائر، ص 11.

يعترض طريق البحث العلمي بصفة عامة والاجتماعي والإنساني بصفة خاصة عدة من العوامل التي تعرقل وتعيق سيرورة البحث، مما يؤدي لظهور عدة إشكاليات وصعوبات في مجال البحث، بصورة أخرى لا يخلو أي بحث من بعض الصعوبات التي يصطدم بها الباحث خلال قيامه بمهامه إلا أن تلك المشاكل قد تتباين وتتفاوت في حجمها وشكلها من دراسة لأخرى ومن باحث لأخر بسبب عوامل عديدة قد تساهم في تسهيل وتبسيط الإجراءات اللازمة للبحث أو قد تزيد من تعقيدها وصعوبتها.

ومن جهـــــة ثانية أرجعت تلك الصعوبات للإنســـان في حد ذاته، فهو "محـــور العلـــوم والدراسات الاجتماعية، وهو أكثر الكائنات تعقيدا كفرد أو كعضو في الجماعة، فالسلوك الإنساني يتأثر بعوامل عدة مزاجية ونفسية لدرجة تربك الباحث الاجتماعي"[1].وعليه فأثناء قيامنا ببحثنا تلقينا بعض المشاكل التي كنا في كل مرة نحاول تجاوزها حتى نتمكن من الاستمرار في عملنا وبلوغ نهايته. ومن أهم وأبرز تلك المشاكل نذكـــر ما يلي:

- قلة المعطيات والبيانات الإحصائية حول الإجهاض وبالجزائر بوجه الخصوص.
- قلة المراجع والدراسات التي تناولت موضوع الإجهاض من الناحية الديمغرافية ومعظمها كانت خاصة بالجانب الطبي.
- الترجمة من اللغة الأجنبية إلى اللغة العربية تعيق سيرورة ووتيرة الانجاز.
- عدم توفر معطيات لسلسلة زمنية تخص تطور ظاهرة الإجهاض في الجزائر.

[1] -عبد المومن بن الصغير، **الصعوبات التي تعترض الباحث العلمي في مجال العلوم الإنسانية و الاجتماعية و حدود الموضوعية العلمية**، مجلة جيل العلوم الإنسانية و الاجتماعية، العدد1، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة الجيلالي اليابس سيدي بلعباس، الجزائر، 2013، ص4، بتاريخ 2021/12/04، ساعة 17:11، http: //fac.ksu.edu.sa

6) تحديد المفاهيم:

يجدر الإشارة إلى أن كل بحث أو دراسة مهما كان اختصاصها أو اتجاهها تحتوي على مجموعة مصطلحات ومفاهيم علمية تتكون منها الفروض التي يـريـد الباحث اختبارها وتجريبها، وفي نفس الوقت تساعد الباحث على السير في خط واضح لا يخرج عن نطاق البحث وتمكنه من الشروع في تنفيذ المراحل النظامية لدراسته الميدانية.

وعليه يجب على الباحث وضع " تعريفات دقيقة للمفاهيم ذلك لأن مجال معنى التصورات أو المفاهيم يجب أن يتحدد بدقة خاصة لأن كلما كانت المفاهيم أكثر تجريدًا كلما كانت أكثر تعقيدًا"[1]. لذا سنحـــــاول خـلال دراستنا هذه إعطاء بعض التعاريـف والمفاهيم مـــن النـاحية الأكـــاديميـة وكيفية توظيفها في دراستنا أ ي التعريفات الإجرائية" التي تصل بالمفهوم إلى أقصى ما يستطيع الباحث من الوضوح في ذهنه وفي ذهن من يقرأ بحثه"[2]،كما سنركز في هذا العنصر على إعطاء تعاريف لأهم المصطلحات فقط دون غيرها، أي التركيز على الكلمات المفتاحية فقط وهي كما يلي:

1.6) المحددات الديموغرافية:

المحددات الديموغرافية هي من مجموعة الخصائص والوقائع والحقائق التي ترتبط بالسكان أو العنصر البشري والتي تؤثر سلباً أو إيجاباً على عدد السكان، مثل أحجامهم وكثافاتهم وتوزيعهم الجغرافي ...الخ[3]. وتتمثل محددات دراستنا فيما يلي:

1. السن:Age

- ✓ يعرفـها أحمـد زكـي بـدوي بأنها:" المدة التي انقضت منذ الميلاد الفرد وتسمى العمر الزمني **Chronological age** وتُقسم الحياة الإنسانية إلى مراحل **sge classeA** وفقًا لنمو الأفراد كمرحلة الطفولة ومرحلة الشباب ومرحلة الرجولة ومرحلة الشيخوخة. و يقسم القانون مراحل العمر إلى مرحلتين: سن القصور **Minority** و سن الرشد **Majority**. و كما يسمى في علم النفس العمر الذي يتفق مع درجة ذكاء الفرد بالعمر العقلي **Mental age** ، بينما يطلق على درجة النمو البدني للفرد بالعمر الفيسولوجي **Phsiological age** "[4].

[1] - علي عبد الرزاق جلبي آخرون، **البحث العلمي الاجتماعي لغته ومداخلته ومناهجه وطرائقه**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، القاهرة ،2003، ص233.
[2]- نفس المرجع، ص 235.
[3] محمد صالح مسعى أحمد، د. علي حمزة شريف، **المحددات الديمغرافية لانتشار مرض الإيدز في الجزائر- ولاية ورقلة أنموذجا (مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية)**، العدد11، فيفري 2019، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص84.
[4] - أحمد زكي بدوي، Opcit، ص 11.

✓ " ويقصد به التركيب العمري إذ ينقسم السكان إلى ثلاث شرائح أو فئات عمرية وهي:

أ. **فئة (0-14) سنة:** صغار السن

ب. **فئة (15-64) سنة:** متوسطي السن أو الفئة العمرية النشيطة.

ت. **65 فما فوق:** كبار السن"[1].

***التعريف الإجرائي للسن:** نقصد بها المدة الزمنية التي عاشتها النساء منذ الولادة حتى اللحظة التي تم استجوابهن فيها من طرف محققي المسح أي سنة 2019، وبصورة أخرى هن كل النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين **(15-49)** سنة.

2. المستوى التعليمي: éducation Niveau d

✓ يقصـــد بالمستوى التعليمي هو "المؤهل التعليمي وهو آخر درجة علمية في الدراسة حصلت عليها واتممت دراستها مثل: البكالوريوس، الليسانس، الدكتوراه..."[2].

***التعريف الإجرائي للمستوى التعليمي:** هـو أعلى مستـوى تعليمي بلغته النسوة المبحوثات في المسح خـلال مسـارها الدراسي، أو المرحلة الأخيرة من التعليـم الذي توقفت عنده النسوة. بمعنى آخر وصف النساء حسب الحالة التعليمية لهن وتقسم هاته الأخيرة إلى05 مستويات، وهي كما يلي: 1-دون مستوى 2- الابتدائي 3- متوسط 4- ثانوي 5- جامعي

3. عدد الولادات:

يعتبر من أهم المؤشرات الديمغرافية والذي يلعب دورًا هامًا في زيادة عدد السكان ولقد تعددت تعريفه ونذكر منها ما يلي:

- **التعريف اللغوي:** "معنى تولد الشيء من غيره- أي نشأ عنه- وتوالد واتلد القوم يعني كثروا، وولد بعضهم بعضًا، والمولد: المحدث من كل شيء، ومنه المولدون من شعراء أو الأدباء، سموا بذلك لحدوثهم، والموالدة: المحثة من كل شيء"[3].
- كما قال الله تعالى:" هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِن تُرَاب ثُمَّ مِن نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ طِفْلاً ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ ثُمَّ لِتَكُونُوا شُيُوخًا ومِنْكُم مَّن يُتَوفى مِن قَبْلُ وَلِيَبْلُغُوا أَجَلاً مُسَمًّى ولَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ"[4].
- عرف التشريع والقضاء الولادة بأنها " لها دلالة على طبيعة الوجود والإنتقال الإستدلالي لتحديد نوعه وقيمته من حيث الكمال والنقصان: من باب القدم أو العدم أو من جهة البقاء أو الفناء"[5].

---

[1] - محمد الصالح مسعى أحمد، أ.د. علي حمزة شريف، نفس المرجع، ص85.

[2] - http:// e.lol.eg.com le : 23/12/2021 à 01 :19.

[3] - د. محمد بنيغيش، **أحكام النسب، لحماية الأسرة في الاسلام**، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، لبنان، 2007، ص11.

[4] - سورة غافر (الآية 67).

[5] - د. محمد بنيغيش، المرجع السابق، ص 11.

- كما عرفه الدكتور عبد الله عز الدين بن عامر على أنها:" عملية خروج المولود إلى الحياة، وهناك نوعان من المواليد: أ- مولود على قيد الحياة وتظهر عليه علامات الحياة.

ب- مولود متوفي لا تظهر عليه علامات الحياة."[1]

***التعريف الإجرائي لعدد الولادات:** هو عدد المواليد الأحياء الذين أنجبتهم النساء خلال حياتهن الزواجية سنة 2019.

4. وسائل منع الحمل: وتعني مجموعة من الطرق التي تؤذي الى توقيف الولادات، وتنقسم الى وسائل مادية وغير مادية[2]

هو عملية حَمْل أنثى الثدييات، بما في ذلك البشر، بواحد أو أكثر من الأجنة في جسدها. يدوم الحمل عند المرأة نحو 9 أشهر، بين آخر دورة للطمث والولادة، يُطلق لقب الجنين على ما تحمله المرأة من وقت الأخصاب حتى الولادة، وفي الكثير من المجتمعات يتم تحديد وضع الجنين الطبي والقانوني طبقاً لتقسيم فترة الحمل الى ثلاث مراحل هي:

_المرحلة الأولى: تكون فيها احتمالات اسقاط الجنين (الموت الطبيعي للجنين) كبيرة.

_ المرحلة الثانية: يمكن فيها مراقبة نمو وتطور الجنين.

_ المرحلة الثالثة: تبدأ حين يكون الجنين قد تطور بشكل كاف ليتمكن من مواصلة الحياة بدون معونة طبية داخل وخارج رحم المرأة[3].

3.6) الإجهاض:

الاجهاض هو انتهاء الحمل بالخروج أو نزع الجنين من الرحم قبل أن يصبح قادراً على الحياة. والاجهاض يمكن أن يحدث عفوياً بسبب مضاعفات أثناء الحمل فيسمى الإجهاض تلقائي، وقد يكون مقصوداً ومفتعلاً ويسمى الإجهاض المتعمد[4].

_عرفه الطبيب محمد سيف السباعي بانه: افراغ محصول الحمل بدون استطباب عادل، لغايات اجتماعية واقتصادية[5]

وعرفه أيضا بانه: اخراج الحمل من الرحم في غير موعده الطبيعي، عمدا وبلا ضرورة، بأي وسيلة من الوسائل[6].

---

[1] - د. عبد الله عزالدين بن عامر، **التحليل السكاني الرياضي**، دار الكتب الوطنية، ط1، بنغازي، ليبيا، 2003، ص26.

[2] فطيمة دريد، **النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه قي علم الاجتماع، جامعة قسنطينة, 2006_2007,ص26

[3] ندى جميل إسماعيل، **أمراض العقم والحمل والولادة**، المركز الثقافي للطباعة والنشر والترجمة والتوزيع، الطبعة 1، 2016، ورد في مقدمة الكتاب

[4] نفس المرجع، ص 30.

[5] محمد سيق السباعي، **الإجهاض بين الفقه والطب والقانون**، تأليف الطبيب، ص14

[6] عبد الله الطريقي، الإسلام **وتنظيم الاسرة (290/2)**، نقلا عن تنظيم النسل لدكتور، ص166

4.6) الإملاص:

_ الإملاص: مصدر الفعل (ملص) بمعنى زلق، واملاص المرأة: ان تزلق جنينها قبل وقت الولادة، ورمته لغير تمام[1]

_ وفاة جنين بعد أكثر من 22 أسبوعا من الحمل (او 500 غرام على الأقل او 25 سم على الأقل)[2]

5.6) الولادة:

_ هي عملية خروج الجنين الناضـــج القابل للحياة خارج رحم الأنثى، تتكون الولادة لدى الانســـان من ثلاث مراحل، ولا يُعرف بالتحديد حتى الآن ما هو العامل التي تبدأ به عملية الولادة، وأن كان الاعتقاد السـائد هو أن الهرمونات التي تفرزها مشـيمة الجنين لها دور أساسي في تحفيز تلك العملية، متوسط فترة حمل المرأة هي 40 أسبوعا[3].

عملية الولادة الطبيعية هي انقباض الرحم لطرد الجنين خارجه تحت تحفيز عمليات معقدة معتمدة أساساً على الهرمونات، وتتكون تلك العملية من ثلاث مراحل:

_ المرحلة الأولى: هي مرحلة اتساع وإمحاء عنق الرحم.

_ المرحلة الثانية: هي مرحلة انقذاف الجنين.

المرحلة الثالثة: مرحلة انفكاك المشيمة وانقذافها[4].

_ هي مجموعة من الظواهر الميكانيكية والبيولوجية التي تهدف الى اخراج الجنين خارج الوسط الرحمي للأم، وتكون الولادة في اوانها ما بين 266_290 يوم من الحمل وتسمى مبكرة إذا كانت قبل 266 يوم من الحمل[5].

6.6) الولادة الميتة:

هي عملية ولادة طفل فقد جميع مظاهر حياته، اما قبل الولادة، او اثناءها[6]. ويمكن تعريفها ايضا بانها ولادة طفل بعد أربع وعشرون أسبوعا من الحمل وهو لا يتنفس، وليس لديه أي علامة تدل على الحياة. [7]

---

[1] الخطابي، **النهاية في عريب الحديث**، ح4, ص356, وان منظور، لسان العرب، ح7, ص97

[2] http://www.cesarine.org le 19/12/2021 à 13.11

[3] ندى جميل إسماعيل، نفس المرجع، ورد في مقدمة الكتاب

[4] ندى جميل إسماعيل، **المرجع السابق**، ورد في مقدمة الكتاب

[5] امينة رويحة، **المرأة في سن الاخصاب وسن اليأس**، ط1, ذار القلم، لبنان 1974, ص123

[6] عبد العزيز اللبدي، **القاموس الطبي العربي**، ذار البشير، ط1, عمان، الأردن, 2005, ص1215

[7] نورمان سميث، ترجمة: مارك عبود، **الحمل**، المحلة العربية، الرياض ,2013, ط1, ص 165

7) المنهج المتبع:

بعد اختيار مشكلة البحث وتحديد الأهداف المراد تحقيقها من دراسته وصياغة فروض الدراسة وطرح التساؤلات، يجد الباحث نفسه محتارًا في تحديد المنهج المناسب لدراسته وهذا نظرًا لتعدد المناهج وخاصة في العلوم الاجتماعية، ولكن طبيعـــة الـــدراسة بحـد ذاتها والهـــدف منها هما اللذان يحددان للباحـــث نوع المنهـــج الذي يجب إتباعه. وهذا لأن المنهـــج هو عبارة عن " مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات المنهجية التي يستعين بها الباحث في تنظيم النشـــاط الذي يقـــوم به من أجل التقصـــي عن الحقائق العملية أو الفحص الدقيق لها"[1]، ولذا فالمنهج المتبع والذي يتناسب مع طبيعة دراستنا هـــو:

المنهج الوصفي التحليلي:

يقـوم المنهـــج الوصفي على رصـــد ومتـــابعـة دقيقة للظاهـرة معينة في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف عليها مـن حيـث المضمون أو المحـتوى للـوصول إلى نتـائج وتعميمات تسـاعد على فهـم الواقع، أو بصورة أخر هو عبارة عن تعبير كيفًيا وكميًا، حيث أن التعبير الكيفي يبين خصـــائص الظاهـــرة وأما التعبـير الكمي يعطيهـا وصفًا رقميًا موضحًا حجم الظاهرة ومقدارها، ويتجلى هذا من خلال الجانب النظري والميداني للبحث.

أما المنهج الوصفي التحليلي: يتم توظيف لتقدير رؤية شاملة تعكس مجمل الأبعاد والمتغيرات التي ترتبط بالإجهاض وذلك بإتباع طريقتين لتحليل وهما:

_ طريقة التحليل الكيفي وتمثلت في وصف وتحليل الظاهرة المدروسة وتشخيصها.

_ طريقة التحليل الكمي وفيها تم الاعتماد على بعض الأساليب الإحصائية.

بصفة عامة فإن هذا المنهج يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتقديرها تقديرا كميا.[2]

انطلاقا مما سبـــق يمكـن القـول بأنه "هـــو أحـــد أشكـــال التحليل والتفسير العلمي المنظم الـوصف ظـاهرة أو مشـــكلة محـــددة وتصـــويرها كميا عـــن طـــريق جمـع البيانات ومعلومات معينة عن ظاهرة أو مشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة "[3].

---

[1] - محمد عبد السلام، **مناهج البحث العلمية في العلوم الاجتماعية والانسانية**، مكتبة النور، القاهرة، مصر،2020، ص10، بتاريخ 2021/11/05 الساعة 19:31 http:// www.noor.book.com

[2] بوهرارة عز الذين، تعير الزواج والخصوبة قي الجزائر، دراسة مقارنة بين المسح الوطني حول الاسرة سنة 2002 والمسح الوطني العنقودي المؤشرات سنة 2006، عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماحستير،2013_2014، خامعة باتنة.

[3]- محمد عبد السلام،Opcit ، ص163.

8 الدراسات السابقة:

تساهم الدراسات السابقة في تنبيه الباحث إلى المصادر التي يتمكن من معرفتها أو العثور عليها ومعرفة طبيعة المادة العلمية الموجودة، وهكذا يتمكن الباحث من تحديد الإطار النظري الذي يبنى في إطار دراسته والخلفية التي يناقش في ضوئها نتائج بحثه.

يشترط في الدراسات السابقة أن يكون لها هدف ونتائج، وأما إذا وجدت فرضيات البحث والعينة والمنهج والأدوات تصبح حينها أكثر تفصيلا ودقة لدى تعتبر الدراسات السابقة هي السند العلمي لكل بحث، لهذا سنتناول في هذا الصدد الدراسة الديموغرافية الوحيدة التي استهدفت موضوع الإجهاض، وهي:

دراسة من إعداد الباحث علي العكروف متمثلة في مقال علمي تحت عنوان "**مسألة الإجهاض في الجزائر مقاربة سوسيوديموغرافية**" منشور في مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية العدد 18- 2021 المنجزة سنة 2021 بجامعة باتنة تناول هذا البحث دراسة العلاقة بين الخصـــائص الاجتماعية والديموغرافية لعينة من النســـاء المتزوجات في سن الإنجاب والإجهاض وذلك من خلال إجراء دراسة ميدانية على عينة من الأمهات اللواتي وضعن مولودا حيا بالمؤسســة الاستشفائية المتخصصة للتوليد وأمراض النســـاء بمـــدينه باتنة والتي بلغ عدد عناصرها 505 مبحوثة، ان هدف البحث هـــو اختبار علاقة مجموعه من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والمتمثلة في العمر، المستوى التعليمي الوضع المهني، وسط الإقامة، محل الســـكن، صله القرابة بين الزوجين وكـــــذا العنف الزوجي الممارس ضد الزوجة بعدّها متغيرات مستقلة لدراسة احتمال إجـــهاض الأمهات مـــن عدمه بوصفه متغيرا تابعاً للدراسة. يتجه البحث لاختبار مدى تأثير حوادث الإجهاض على الحالة الصحية العـــامة للسيدات وكذا طريقـــــة وضعهن لمواليدهن ومن اجل ذلك تم الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي كونه يمثل أســـلوباً ناجحاً في دراسة الـــظواهر والاحـــداث الاجتماعية التي يمـــكن جمع المعلومات الرقمية والكميه عنها. كشـــفـــت الـــدراســـــة الميـــــــدانيـــة عـن مجـمـوعـة الحـقـائـق، تـتـلـخـص هـذه الحـقـائـق نـذكـر اهـمـا بـمـا يـلـي:

- إن 22,6 % من السيدات أجهضن مره واحده على الأقل خلال حياتهن الزوجية كما أبرزت النتائج إن 13.2 % من السيدات أجهضن مره واحده على الأقل خلال السنة التي سبقت الحمل.

- يميل الإجهـاض إلى الارتفـاع كلمـا ارتفع عمر المرأة، حيث ان نســـبه الإجهـاض عند العمر 20 _24 هي6.1 % وتجاوزت 23,6% عند العمر 35 _34 لتصل إلى حدود 41.2 % عند الفئة 44_40 سنه.

– كلما زاد المستوى التعليمي للأمهات كلما قل احتمال تعرضـهن للإجهاض، إذ بلغت نسبه الإجهاض 53.8 % عند الأميات في حين لم تتجاوز 20 %عند الجامعيات.

– أثبتت الدراسة ان الحالة الشخصية للسيدات ووسط إقامتهن لم يؤثرا تأثيرا جوهريا على حدوث الإجهاض.

– يعد محل السكن من المتغيرات القليلة الاستعمال في الدراسات السيسولوجية والديموغرافية بحيث لم تتجاوز نسبه الإجهاض 14 % عند النساء المقيمات مع أهل الزوج و28.6 % عند المقيمات في مسكن مستقل.

– وجود علاقة عكســـية بين عدد الأطفال الذين تم إنجابهم واحتمال الإجهاض بمعنى كلما ارتفع عدد الأطفال كلما قل الإجهاض بحيث كانت نســـبه الإجهاض 88 %عند الأمهات ذوات الطفل الواحد في حين لم تتجاوز 25 % عند الأمهات المنجبات لأربع أطفـال فـأكثر. .

– إن بُعد العنف الزوجي الجسـدي يؤثر تأثيرا بالغه الأهمية في حدوث الإجهاض من عدمه فالنسـاء اللواتي تعرضـن للعنف الجسـدي أجهضن في حدود 48.6 % بينما لم تتجاوز هذه النسبة 19.8 % عند مجموعه السيدات التي لم يتعرضن للعنف الجسدي.

– لم تؤثر طريقه وضــع الأمهات لمولودهن إلا تأثيرا ضــعيفا على الإجهاض إذ جاءت نســبه الولادات القيصــرية متقاربة بين اللواتي أجهضن 27.3 % واللواتي لم يجهضن 22.3 %.

الفصل الثاني

الإطار النظري للإجهاض

تمهيد

1. **مفهوم الإجهاض.**
2. **أنواع الإجهاض.**
3. **معدل الإجهاض**
4. **معدل وفيات الاحنة.**
5. **تطور الاحصائيات الإجهاض في العالم.**
6. **تطور الاحصائيات في الجزائر.**
7. **تأثير الإجهاض على الخصوبة (نموذج بونقارتس)**

تمهيـــد:

خلال فترة الحمل هناك نساء يواصلن حملهن لموعد ولادتهن وهناك نساء يواجهن مشاكل في فترة حملهن وقد تؤدي بعض تلك المشاكل الى حدوث الإجهاض الذي يعد من أكبر التحديات التي تواجهها المرأة خلال فترة حملها وهذا يؤدي الى مضاعفات وخيمة بسبب تعذر الحصول على الرعاية الصحية المناسبة، ويعد الإجهاض أحد العوامل الأساسية التي تؤدي الى وفاة الأمهات ومعاناتهن في العالم وخاصة في الدول النامية.

في هذا الصدد، تم تخصيص الفصل الثاني لظاهرة الإجهاض من أجل التعرف عليها لهذا سندرج مفهومها وأنواعها، وتأثيرها على الخصوبة وكما سنسلط الضوء على مجموعة من الإحصائيات لمعرفة مدى تطور هذه الظاهرة في العالم بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة.

1)مفهوم الإجهاض:avortement

أ) **التعريف اللغوي:** تتفق كل الموسوعات العربية القديمة منها والحديثة على ان الإجهاض في اللغة من مصدر أجهض ويقال أجهضت الناقة إجهاضا وهي مجهض_ اي ألقت ولدها لغير تمام. والجهيض او الجهض _ولد السقط اوما تم خلقه ونفخ فيه الروح من غير ان يعيش وهو الجهض[1]

وقد فرق المجع العربي اللغة العربية بين كلمة الإجهاض والأسقاط فقد جاء في المعجم الوسيط ان "الإجهاض" يطلق على خروج الجنين قبل الشهر الرابع. اما "الاسقاط" فيطلق على القاء الجنين ما بين الشهر الرابع والسابع وهذا المصطلح متأخر بعد القرن الثالث الهجري [2]

ب) **التعريف الطبي: توجد** تعاريف متعددة نذكر منها:

- هو خروج محتويات الحمل (الرحم) قبل عشرون أسبوعا ويعتبر نزول محتويات الرحم في الفترة ما بين عشرين وثمانية وثلاثين أسبوعا ولادة قبل تمام الحمل.[3] او هو "انتهاء الحمل قبل حيوية الجنين[4]
- يُعرف الإجهاض بانه خسارة محصول الحمل خلال 24 أسبوعا الأولى وتحدث معظم حالات الإجهاض خلال أول 12 أسبوعا حيث تعجز حوالي نصف البيوض المخصبة عن الاستمرار وجعل الحمل قابلاً للعيش[5].
- اما في الطب الشرعي فالإجهاض هو طرد مكونات الرحم الحامل في أي وقت قبل نهاية الشهر التاسع[6]

2) أنواع الإجهاض: هناك نوعان من الإجهاض نلخصه بما يلي:

1_ الإجهاض التلقائي: أو العفوي وهو القاء الجنين دون إرادة المرأة سواء كان السبب خطأ ام حالة جسمية تعاني منها الحامل.[7] ويعتبر الإجهاض الطبيعي أكثر الحالات الإجهاض حدوثاً فقد ثبت أن من بين كل ثلاثة نسوة امرأة أجهضت على الأقل مرة واحده في حياتها[8] بل ان المصادر الطبية تقول ان ما يقرب من خمسين بالمائة من حالات الإجهاض التلقائي تحدث في مرحلة مبكرة جدا وقبل ان تعلم المرأة أنها حامل[9].

---

[1] احمد رضا، **معجم متن اللغة**، ذار مكتبة الحياة، بيروت, 1377ه، ص590
[2] دواد بن سليمان بن حميد الصبحي، **الإجهاض بين التحريم والاباحة في الشريعة الإسلامية والنظم الوضعية** (بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في مكافحة الجريمة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض, 1998, ص56.
[3] محمد علي البار، **مشكلة الإجهاض**، الدار السعودية لنشر والتوزيع، الرياض, 1408ه، ط2, ص10.
[4] ام كلثوم يحي مصطفي الحطيب، **قضية تحديد النسل في الشريعة الإسلامية**، الدار السعودية لنشر والتوزيع، الرياض، ط2, 1404ه، ص149.
[5] زيتا وست، **العناية بالحامل والجنين**، أكاديميا إنترناشيونال، سبتمبر 2014، ط 8، ص35/34.

[6] المرجع السابق في نفس الموضع، ص355

[7] محمد سعيد البوطي، **مسألة تحديد النسل وقاية وعلاج**، ذار الالباب، دمشق, 1409ه, ص67
[8] معوض عبد التواب والأخرون، **الطب الشرعي والتحقيق الجنائي والادلة الجنائية**، منشاة المعارف، الإسكندرية, 1987, ص624
[9] محمد على البار، **مشكلة الإجهاض**، ص12

ويعتبر الإجهاض التلقائي عملية طبيعية يقوم بها الرحم لطرد الجنين لا يمكن ان تكتمل له عناصر الحياة، ووجد ان نسبة كبيرة من هذه الأجنة المجهضة تلقائيا مشوهة تشوها شديداً[1]

وقد اختلفت المراجع الطبية في تقدير نسب الإجهاض من حالات الحمل. فمنهم من جعلها 78 **%**, ومنهم من جعلها ما بين 30 الى 40 **%**من حالات الحمل. وحالات الإجهاض التلقائي ان حصلت فأنها تكون في الغالب سليمة العواقب بخلاف الإجهاض بفعل فاعل أي الإجهاض المحدث او المستحث[2].

2_ الإجهاض المتعمد: أي اخراج محصول الحمل من الرحم قبل قابليته للحياة[3].ويمكن تقسيمه الى:

1_ الإجهاض الضروري.

2_ الإجهاض الجنائي وينقسم الى قسمين:

أ_ الإجهاض الاختياري.

ب_ الإجهاض بعقل فاعل.

1_ الاجهاض المتعمد العلاجي(الضروري):

_ هو إخراج من رحم امه في غير موعده الطبيعي انقاذاً لحياة نفس يهددها خطر استمرار الحمل[4]، ويقصد به ما يتم تحت إشراف الطبيب حفاظاً على حياة الأم وصحتها ضد الخطر الذي أحدث بها من جراء الحمل [5]

2_ الإجهاض الجنائي:

يُعرف الإجهاض الجنائي على انه إخراج الجنين عمداً قبل الموعد الطبيعي لولادتـه ويشترط أن يكون الجنين حياً[6].

وهو إسقاط، أي تعمد إنهاء حالة الحمل قبل الأوان حتى لو ظل الحمل في رحم الحامل بسبب وفاتها[7].وهو نوعان:

---

1 محمد سيف الذين السباعي، **الإجهاض بين الفقه والطب والقانون**، ذار الكتب العربية، بيروت, 1398ه, ص12

2 دواد بن سليمان بن حميد الصبحي، **الإجهاض بين التحريم والاباحة في الشريعة الإسلامية والنظم الوضعية** (بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في مكافحة الجريمة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض, 1998, ص63.

3 ندى جميل إسماعيل، **أمراض العقم والحمل والولادة**، المركز الثقافي للطباعة والنشر والترجمة والتوزيع، الطبعة 1، 2016، ص 35.

3 عبد الله الطريقي، **تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه**، ص213، مرجع سابق

4 عبد الله الطريقي، تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه، ص213، مرجع سابق

5 ام كلثوم يحي مصطفي الخطيب، **قصية تحديد النسل قي الشريعة الإسلامية**، ص 151.

6 أبو يحي زكريا الأنصاري، **اسنى المطالب**، ذار الكتاب الإسلامي، القاهرة، د.ت، ج4، ص89.

7 عبد القادر عوده، **التشريع الجنائي الإسلامي**، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط12، 1413ه، ج2 ص292.

أ– الإجهاض الاختياري "الاجتماعي":

الإجهاض الاختياري وهو الذي يُحثُ فيه الجنين بعوامل خارجية ليخرج قبل اكتماله او قبل موعد ولادته الطبيعية، وهو الذي يتم برغبة من الأم أو الأب أو كليهما معاً في التخلص من الجنين عمداً بأي وسيلة من الوسائل سواء كان الجنين صالحاً أو غير صالح ويمكن ان يكون الإجهاض الاختياري بفعل الأم أو بمساعدة آخرين مثل الطبيب أو القابلة.[1]

ب_ الإجهاض بفعل فاعل:

الجناية على المرأة الحامل والجنين دون رضاها ويقصد به ألحاق الأذى بالمرأة الحامل مما يسبب أسقاط الجنين سواء كان لك بقضد الأسقاط أو بقصد الإيذاء والجناية على الحامل فقط دون قصد الإسقاط أيــاً كانت الوسيلة المستخدمة للإيذاء مثل الضرب او الجرح أو التهديد أو التخويف ... الخ[2]

3) معدل الإجهاض:

مقياس لتكرار الإجهاض في المجتمع في فترة زمنية معينة، عادة ما تكون ســـنة. ويمكن أن تنســـب حالات الإجهاض إلى إجمالي الســـكان أو إلى عدد النســـاء في الانجاب، أو حتى النســـاء حســـب الفئات العمرية، أو حســـب مرتبة المولود. ولقياس اهمية الإجهاض أو دلالته، يُحســـب التناســـب بين حالات الإجهاض في الســـنة وعدد المواليد أحياء أو التناســـب بين حالات الإجهاض وحالات الحمل المعروفة يحسب معدل الإجهاض على النحو التالي:

$$\text{معدل الإجهاض} = \frac{\text{عدد حوادث الإجهاض}}{\text{عدد المواليد أحياء}} \times 1000$$

وبالإضافة الى ذلك يمكن حساب "معدل الإجهاض الكلي" الذي يشبه الى حد كبير "معدل الخصوبة الكلي"، من حيث طريقة الحساب وكيفية التفسير. وللحصول على هذا المعدل تُحسب معدلات الإجهاض حسب الاعمار، ثم تُجمع هذه المعدلات لينتج معدل الإجهاض الكلي وهو يقيس حالات الإجهاض المتوقعة للمرأة خلال حياتها الإنجابية[3].

---

[1] أبو الأسباط الحافظ يوسق موسى، **الجنس بين الإسلام والعلمانية**، شركة مرامر للصاعة الإلكترونية، الرياض، 1408ه، ص198

[2] دواد بن سليمان بن حميد الصبحي، **الإجهاض بين التحريم والاباحة في الشريعة الإسلامية والنظم الوضعية** (بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في مكافحة الجريمة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض, 1998, ص68.

[3] رشود بن محمد الخريف، معجم المصطلحات السكانية والتنموية، مؤسسة الملك خالد الخيرية، سنة 2010، ص14.

4) معدل وفيات الاحنة:

يطلق لفظ "وفيات الأجنة" على موت نتاج الحمل قبل أن ينفصل عن أمه، بصرف النظر عن طول مدة الحمل، فيشمل السقط والجهيض والمولود الميت، ويُعد معدل وفيات الأجنة من المؤشرات المهمة لصحة الأمهات ورعاية الأمومة، ويتم التمييز بين ثلاث أنواع من وفيات الأجنة المبكرة، ووفيات الأجنة المتوسطة، ووفيات الأجنة المتأخرة[1].

معدل وفيات الأجنة[2] هو عدد حالات الحمل غير المســـتكملة (لوفاة الجنين قبل اســـتكمال مدة الحمل) لكل ألف من حالات الحمل خلال السنة. ويتم حساب هذا المعدل كما يلي:

الجـدول رقم (2_1): تصنيف وفيات الأجنة والأطفال حسب العمر او الفترة الزمنية[3]:

الفترة الزمنية	نوع الوفاة
الأخصاب_ 19 أسبوعاً	الأجنة المبكرة
20_ 28 أسبوعاً	الأجنة الوسطى
28 أسبوعاُ_ الولادة	الأجنة المتأخرة
الولادة_ ستة أيام	المبكرة
7 أيام _28 يوماً	المتأخرة
28 يوماُ_ عام واحد	التالية

[1] رشود بن محمد الخريف، **معجم المصطلحات السكانية والتنموية**، مؤسسة الملك خالد الخيرية، سنة 2010، ص 241.

[2] نفس المصدر، ص200.

[3] نفس المصدر، ص201

5) – تطور إحصائيات الإجهاض في العالم:

من الناحية المكانية، تباينت معدلات الإجهاض المستحث لكل 1000 امرأة دوليا واقليميا بدرجة كبيرة. كما تباينت كذلك زمانيا للسنوات 1995، 2003 و2008 كما يبينه الجدول التالي رقم (2.2) وبوضوح.

الجـدول رقم (2_2): التقديرات العالمية والإقليمية للإجهاض المستحث لسنوات 1995، 2003 و2008

المنطقة	عدد حالات الأجهاض (بملايين)			معدل الإجهاض المستحث لكل 1000 امرأة يتراوح عمرها بين 15_49		
السنة	1995	2003	2008	1995	2003	2008
العالم	45.6	41.6	43.8	35	29	28
بلدان متقدمة النمو	10.0	6.6	6.0	39	25	24
باستثناء أوروبا الشرقية	3.8	3.5	3.2	20	19	17
البلدان النامية	35.5	35.0	37.8	34	29	29
باستثناء الصين	24.9	26.4	28.6	33	30	29
أفريقيا	5.0	5.6	6.4	33	29	29
آسيا	26.8	25.9	27.3	33	29	28
أوروبا	7.7	4.3	4.2	48	28	27
أمريكا اللاتينية	4.2	4.1	4.4	37	31	32
شمال أمريكا	1.5	1.5	1.4	22	21	19
أوقيانوسيا	0.1	0.1	0.1	21	18	17

المصدر: Sedgh G Et al. Induced abortion. Incidence and trends worldwide form 1995 to 2008. Lancet.2012. (forthcoming).

يتبين لنا من خلال ملاحظتنا لمعطيات الجدول رقم (2.2) أن عدد حالات الإجهاض عالميا قُدرت لسنة 1995 بـ 45.6 مليوناً ويتخفض هذا العدد إلى 41.6 مليوناً في سنة 2003 ويرتقع قليلاً ليصل إلى 43.8 مليوناً سنة 2008، بينما في البلدان متقدمة النمو بلغ اجمالي عدد حالات الإجهاض 10 ملايين حالة لسنة 1995 لينخفض إلى 6.6 مليوناً و6.0 مليون خلال السنتين 2003 و2008 على التوالي، أما في البلدان النامية فنجد عكس ذلك تماماً فقد كانت اجمالي عدد حالات الإجهاض لسنة 1995 تُقدر بـ 35.5 مليوناً وينخفض بمقدار نصف مليون على مدى 8 سنوات ليكون في سنة 2003 يساوي 35 مليوناً ويزداد الأمر سوءً ويرتفع اجمالي عدد حالات الإجهاض بمقدار 2.8 مليون خلال خمس سنوات فقد قُدر ب37.8 مليوناً لسنة 2008. ومن أجل استقراء الواقع الفعلي للإجهاض نستعين بمعدلاته باعتبارها الترجمة الفعلية لحالات الإجهاض، فنلاحظ أن معدل الإجهاض المستحث لكل 1000 امرأة يتراوح عمرها بين 15_49 سنة في العالم قُدر بـ 35‰، 29‰، 28‰ خلال السنوات

1995، 2003، 2008 على التوالي، أي أن هناك انخفاض سريع بين عامي 1995 و2003 مع مواصلة الانخفاض لسنة 2008، بينما في الدول متقدمة النمو فنجد أن معدلات الإجهاض قُدرت بـ39‰ لسنة 1995وينخفض معدل الإجهاض المستحث بوتيرة سريعة خلال 8 سنوات ليصل إلى 25 ‰ لسنة 2003 و24‰ لسنة 2008. بينما في الدول النامية فكان معدل الإجهاض يقُدر بـ 34 ‰، لسنة 1995 وينخفض بصورة واضحة ليصل إلى 29‰ خلال الفترة 2003_2008.

من خلال ما تم ملاحظته يتبين لنا بشكل واضح أن خطر الإجهاض الموجه للأم الحامل بات ينحصر تدريجيا وتقل حدته بدلالة الزمن وهذا راجع إلى التثقيف الجنسي، تحسن في الأوضاع الصحية، محاولة الدخول في عجلة التحضر، اتساع بؤرة سياسات السكانية التي تحاول ضبط النمو السكاني. بحيث ينخفض في الدول النامية بعد انخفاضه في الدول المتقدمة وهذا راجع إلى اتباع الدول النامية الطرق الذي سلكته الدول المتقدمة من سياسات سكانية إلى اكتشافات طبية وأساليب التحضر والتمدن.

الجـــــــــــــــدول رقم (2_3): معدل الإجهاض لكل 1000 امرأة في سن 15_49 سنة مقدرة في الفترتين 1990_1994 و2010_2014 حسب المنطقة الجغرافية

المنطقة	معدلات الإجهاض في الفترة 1994_1990	معدلات الإجهاض في الفترة 2014_2010
العالم	40	35
الدول المتقدمة	46	27
الدول النامية	49	36

المصدر: sedgh et al. (2016)

من خلال ملاحظتنا للجدول رقم 3.2 وبصورة أجمالية، نجد أنه معدل الإجهاض عالمياً قُدر بـ 40 ‰ و30 ‰ خلال الفترتين 1990_1994 و2010_2014 على التوالي، بينما معدل الإجهاض في الدول متقدمة النمو نلاحظ انخفاضه المستمر والسريع بحيث انخفض بمقدار 19 ‰ فقد قُدر في الفترة 1990_1994 بـ 46‰ وفي الفترة 2010_2014 بـ27‰، نفس الملاحظة بالنسبة للدول النامية من التوجه العام لظاهرة الإجهاض لكن بوتيرة ابطء من حيث الانخفاض فقد قُدر بـــ 49 ‰ و36 ‰ على التوالي خلال الفترتين 1990_1994 و2010_2014. عموماً يمكن إرجاع أسباب هذا الانخفاض وبشكل إجمالي إلى تحسن الأوضاع المعيشية عموما والصحية خاصة.

الجـــــــــدول رقم (2_4): تقديرات العالمية لحالات الإجهاض (بملايين) حسب المستوي التقديري للأمان حسب المنطقة الجغرافيه في الفترة 2010_2014

المنطقة	آمن	خطر معتدل	عالي الخطورة	في خطر (للأمان)
العالم	54.9	30.7	14.4	45.1
الدول المتقدمة	87.5	12.4	0.08	12.5
الدول النامية	50.5	33.2	16.3	49.5

المصدر: (2017). gantara et al

من خلال المعطيات الملخصة في الجدول أعلاه والذي يمثل تقدير درجة سلامة الإجهاض في مناطق العالم المقدرة في الفترة 2010_2014، نلاحظ أن حالات الإجهاض التي تحدث في العالم كل عام منها 55 مليون آمنة (بدون مخاطر) أي أنه تم ممارستها بتقنيات موصى بها طبيا، وعلى العكس من ذلك فان 45 مليون من حالات الإجهاض في مختلف أنحاء العالم تتم في ظروف أقل من المعايير الطبية. و31 مليون من حالات الإجهاض ذات مخاطر معتدلة أي تحدث وفق توصيات ومعايير منظمة الصحة العالمية، ومالا يقل عن 14 مليون من حالات الإجهاض تظل معرضة للخطر الشديد والتي تشكل خطراً حقيقياً على صحة وحياة الأم. بينما في الدول المتقدمة فيقدر أجمالي حالات الإجهاض الآمن بـ87.5 مليون وهذا يترجم إباحية الإجهاض في هذه الدول ويقابلها 12.5مليون حالة إجهاض غير آمن و 12.5 مليون حالة الإجهاض معتدل الخطورة، اما في الدول النامية نجد عكس ذلك تماماً بحيث يحدث الإجهاض الآمن وغير الآمن بنفس الوتيرة السريعة والمرتفعة بحيث قُدرت بـ 50.5 مليون و49.5 مليون على التوالي و 33 مليون حالة إجهاض في خطر معتدل و16مليون حالة إجهاض عالي الخطورة وهذا ما يترجم الواقع الصحي المرير الذي يمارس فيه أو تتعرض فيه النسوة للإجهاض في الدول النامية.

6) _ تطور إحصائيات الإجهاض في الجزائر

من خلال المعطيات الملخصة في الجدول أسفله رقم 2-5 الذي يوضح نسب النساء اللاتي تعرضن للإجهاض من مجموع النساء حسب العمر ومدة الزواج، يتبين لنا وبشكل عام أن الإجهاض ينتشر في الريف أكثر من الحضر مهما كانت أعمار النسوة ومهما كانت مدد حياتهن الزواجية.

الجـدول رقم (2_5): توزيع نسب النساء اللاتي أصبن بحالات السقط أو الإجهاض حسب العمر الحالي والمدة منذ الزواج الأول وخلفية المبحوثة لمسح 1992

خلقية المبحوث		فئات العمر				
		أقل من 20	29_20	39_30	49_40	
محل الإقامة	حضر	3.4	13.0	23.1	32.6	
	الريف	1.9	12.6	22.8	34.8	
		مدة الزواج				
خلقية المبحوث		أقل من 5	9_5	14_10	19_15	20 فأكثر
محل الإقامة	حضر	8.8	16.0	22.6	31.6	29.7
	الريف	6.1	14.0	18.5	26.1	34.2

المصدر: تقرير المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992، ص232.

من حيث فئات العمرية للمبحوثة: بمقارنة انتشار الإجهاض حسب أعمار الأمهات لاحظنا أن نسب الإجهاض ترتفع بارتفاع أعمار المبحوثات، بحيث انخفضت نسبة المجهضات القاطنات في الريف اللاتي يتراوح أعمارهن من 40_49 من 34.8% إلى 1.9% للنساء المجهضات اللاتي يكون عمرهن أقل من 20 سنة القاطنات بالمناطق الريفية. بالمقابل تنخفض نسبة النساء المجهضات القاطنات في المناطق الحضرية كلما انخفض عمر المبحوثة لكن بوتيرة أقل مما عليه في المناطق الريفية بحيث تنخفض نسب المجهضات المقيمات في المناطق الحضرية من 32.6% والتي تخص النسوة ذوات الأعمار 40_49 سنة إلى 3.4% الخاصة بالنسوة ذوات الأعمار الأقل من 20 سنة.

من حيث مدة الزواج: نجد أن نسبة النساء المجهضات تنخفض كلما انخفضت مدة زواجهن، مس هذا الانخفاض كلاً من المناطق الحضرية والريفية على حد سواء بحيث أنتقل هذا الانخفاض بالنسبة للنساء المجهضات المقيمات في المناطق الريفية من 32.2% للنساء المتزوجات لأكثر من 20 سنة إلى 3.1 % للنساء ذوات مدة زواج اقل من 5 سنوات، أما بالنساء المجهضات المقيمات في المناطق الحضرية تكون أدنى نسبة للمتزوجات أقل من 5 سنوات المقدرة بـــــ 8.8 % وأعلى نسبة للنساء الاتي تتراوح مدة زواجهن 15_19المقدرة بـ31.6 %.

الجـــدول رقم (2_6): التوزيع النسبي للنساء حسب عدد مرات السقط أو الإجهاض خلال فترة 24 شهراً سابقا لمسح 1992 ومحل الإقامة.

محل الإقامة	عدد مرات السقط أو الإجهاض				الإجمالي	عدد النساء
	0	1	2	3		
حضر	95.92	3.19	0.80	0.08	100.0	2523
ريف	95.58	3.68	0.62	0.12	100.0	2501
الإجمالي	95.75	3.43	0.71	0.10	100.0	5024ح

المصدر: تقرير المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992، ص233.

يقدم الجدول أعلاه قراءة واضحة لنسبة السيدات اللاتي أجهضن خلال 24 شهراً قبل المسح حسب وسط الإقامة كقراءة عامة نلاحظ ان نسبة المجهضات على الأقل مرة واحدة تبلغ تقريبا 4 %وهي لا تختلف كثيراً في الحضر عنها في الريف، وتكون مرتفعة في الحضر للنساء المجهضات على الأقل مرتين عنها في الريف بفارق 0.18 نقطة وترتفع في الريف عنها في الحضر بفارق 0.04 نقطة للنساء المجهضات على الأقل ثلاث مرات.

الجـدول رقم (2_7): معدل الإجهاض لكل 1000 مولود (خلال السنتين السابقتين على المسح 1992) والتوزيع النسبي لتلك الحالات حسب مدة الحمل ومحل الإقامة

محل الإقامة	معدل الإجهاض	مدة الحمل				الإجمالي	عدد مرات الإجهاض
		شهر	شهران	3 شهور	4 شهور فأكثر		
حضر	113	15.6	27.7	30.0	26.0	100.0	100
الريف	99	8.2	35.1	33.4	22.7	100.0	110
الإجمالي	105	11.7	34.6	31.8	24.8	100.0	210

المصدر: تقرير المسح الجزائري حوا صحة الأم والطفل سنة 1992، ص233.

يوضح الجدول أعلاه أجمالي معدل الإجهاض لكل1000 مولود حي خلال 24 شهراً قبل المسح والتوزيع النسبي لحالات الإجهاض حسب مدة الحمل ومحل الإقامة، ويتبين لنا من خلاله ما يلي:

حسب معدل الإجهاض: نلاحظ أجمالاً أن معدل الإجهاض مرتفع فهو يبلغ في المجمل 105 في الألف ويزيد قليلاً في الحضر (113 في الألف) عنه في الريف (99 في الألف).

حســـب مدة الحمل: نلاحظ عموما ودون النظر إلى محل الإقامة أن أغلب حالات الإجهاض تحدث في الشـــهر الثاني للحمل وذلك نسبة 34.6%. بإدراج متغير محل الإقامة وجدنا أن أغلب النساء المجهضات والقاطنات في التجمعات السكانية ذات الطابع الحضري أجهضن في الشهر الثالث من الحمل بنسبة 30 % من مجموع أجمالي حالات الإجهاض في الحضر وكانت أدنى نسبة للنساء المجهضات في الشهر الأول من الحمل بقيمة 15.6% من مجموع أجمالي حالات الإجهاض، وتختلف هذه النسب للنساء عن المقيمات في التجمعات الســكانية ذات الطابع الريفي بحيث ترتفع حالات الإجهاض في الشــهر الثاني بنســبة 34.6% من مجموع أجمالي حالات الإجهاض وتنخفض حالات الإجهاض في الشهر الأول بنسبة 8.2%.

الجـــــــدول رقم (2_8): التوزيع النسبي للنساء اللواتي حملن مرة واحدة على الأقل حسب نتيجة الحمل والوسط لسنة 2002

نتيجة الحمل	الوسط		
	حضر	الريف	مجموع
حالات الإجهاض/ حالات السقط	8.9	7.7	8.4
حالات المواليد الموتى	3.9	4.5	4.1
الولادات الحية	86.8	86.9	86.8
مجموع حالات الحمل	100.0	100.0	100.0

المصدر: تقرير المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، ص37

من خلال المعطيات الملخصــة في الجدول 2_8 يُلاحظ أن8.9% من مجموع حالات الحمل انتهت بالإجهاض للنســاء المقيمات في الوسط الحضري ويقابلها 7.7 % للنساء المقيمات في الوسط الريفي، وبشكل عام 8.4 % من مجموع حالات الحمل انتهت بالإجهاض. كما يلاحظ ان 4.1 % من مجموع حالات الحمل انتهت بولادة ميتة و86.8 % انتهت بولادة حية.

يمثل الجدول التالي رقم 9.2 توزيع النسوة المتزوجات والسابق لهن الزواج المـــصرحات بتعرضهن للإجهاض خلال حياتهن الإنجابية وذلك حســب الوســط الســكني والمنطقة الجغرافية، ونلاحظ من خلاله أن أغلبية المســتجوبات صــرحن بعدم فقدانهن لحمل وذلك بنسبة 73.5 % يقابلها نسبة 26.5 % كنسبة للواتي فقدن حملا على الأقل مرة واحدة خلال حياتهن الإنجابية.

الجـدول رقم (2_9): توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل حسب الوسط والمنطقة الجغرافية

فقدان الحمل		نعم	لا	مرجع الحساب
وسط	حضر	26.5	73.5	3810
	ريف	28	72	3502
شرق	حضر	28.4	71.6	3664
	ريف	30.7	69.3	2543
غرب	حضر	21.4	78.6	2814
	ريف	21.4	78.6	2134
جنوب	حضر	26.1	73.9	1387
	ريف	30.9	69.1	853
المجموع	وسط	27.3	72.7	7312
	شرق	29.3	70.7	6207
	غرب	21.4	78.6	447
	جنوب	27.9	72.1	2240
	حضر	25.8	74.2	11675
	ريف	27.5	72.5	9032
المجموع الكلي		26.5	73.5	20706

المصدر: خديجة سواكري، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص الديمغرافيا، جامعة باتنة، 2020/2019.، ص134، سنة 2006.

وعند إدخالنا لمتغير الوسـط والمنطقة الجغرافيه نلاحظ أن أغلب الأمهات المصـرحات بتعرضـهن للإجهاض على الأقل مرة واحدة خلال حياتهن الإنجابية يقطن في المناطق الجنوبية ذات طابع سـكني ريفي وقُدرت نسـبتهن 27.9 %، وأما أقل نسـبة فكانت لحصة المصرحات القاطنات بالمناطق الغربية المقدرة بـــــ 21.4 %، أم الأمهات المصرحات بعدم تعرضهن للإجهاض خلال حياتهن الإنجابية يُقمن بالمناطق الغربية بنسبة 78.6 %.

7) تأثير الإجهاض على الخصوبة (نموذج بونقارتس):

تمثل الخصـوبة عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة خلال فترة حياتها الإنجابية فهي محدودة حيث تبدأ من سـن البلوغ وتنتهي عند سن اليأس، وقد جرى العرف الديمغرافي على اتخاذ المدى العمري 15_49 سنة كمجال طبيعي للحمل.

يرتفع هذا العدد من الأطفال أذا اكتملت فترة الانجاب بولادة حية، ويقل أذا تعرضـت الأم لخطر الإجهاض أو اسـتعملت وسـائل تنظيم الأسـرة، ومن أجل دراسـة اتجاه معدلات الخصـوبة يتم اتباع تغيرات المؤشـر التركيبي للخصـوبة العامة، يعطي هذا المؤشـر متوسط عدد المواليد لكل امرأة خلال فترة انجابها بالكامل.

عرفت مستويات الخصوبة في الجزائر انخفاضاً محسوسا منذ سنوات الثمانينات ففي سنة 1986 قدر المسح الوطني للخصوبة المؤشر التركيبي للخصوبة العانة بحوالي 5.4 طفلاً لكل امرأة (7.1 أطفال لكل امرأة في الريف و4.5 طفلاً لكل امرأة في الحضر) وانخفض هذا المؤشر إلى 4.4 أطفال لكل امرأة سنة 1992(5.3 أطفال لكل امرأة في الريف و3.6 أطفال لكل امرأة الحضر) وإلى 2.4 أطفال لكل امرأة سنة 2002 (2.7اطفال لكل امرأة في الريف و2.10 أطفال لكل امرأة في الحضر) ثم إلى 2.27 طفلاً لكل امرأة سنة 2006(2.38 طفل لكل امرأة في الريف و2.19 طفلا لكل امرأة في الحضر)[1].

يعود انخفاض في مستويات الخصوبة إلى عدة عوامل ديمغرافية واجتماعية ولخصها بونقارتس في أربعة عوامل وهي: نسبة النساء المتزوجات، الإجهاض العمدي استعمال وسائل منع الحمل والرضاعة الطبيعية.

بحيث يمكن تلخيص النموذج في المعادلة التالية:

Tfr : معدل الخصوبة الكلية

Cm : مؤشر الزواج (يأخذ القيمة واحد إذا كانت كل النسوة في سن الانجاب متزوجات والقيمة الصفر في غياب الزواج)

Cc : مؤشر منع الحمل (يأخذ القيمة واحد في غياب استعمال وسائل منع الحمل والقيمة الصفر إذا استعملت كل النسوة غير العقيمات احدى الطرق الفعالة بنسبة 100)

ca : مؤشر الإجهاض (يأخذ القيمة واحد في غياب الإجهاض العمدي والقيمة الصفر أذا أوقف كل الحمل)

CI : مؤشر عدم التعرض للحمل بعد الولادة في خفض الخصوبة (يأخذ القيمة واحد في غياب الرضاعة الطبيعية والامتناع عن العلاقات الجنسية والقيمة الصفر إذا توصلت مدة الامتناع والرضاعة الطبيعة)

Tf : أعلى مستوى اقتراضي للخصوبة الفعلية أو البيولوجية الكلية[2].

[1] دردريش أحمد، **متوسط العمر عند الزواج الأول دراسة ديمغرافية**، جامعة سعد دحلب البليدة، ص135.

[2] نفس المرجع، ص135.

الجـدول رقم (2_10): أثر الإجهاض على الخصوبة % خلال الفترة 1986_1992 والفترة 1992_2002 وذلك بتطبيق نموذج بونقارتس:

المؤشر	1992_1986			2002_1992		
	حضر	الريف	المجموع	حضر	الريف	المجموع
الإجهاض والعقم	41_	74	6	56	26	37

المصدر: دردريش أحمد، متوسط العمر عند الزواج الأول دراسة ديمغرافية، جامعة سعد دحلب البليدة، ص137.

في الفترة 1986_1992 ســاهم الإجهاض والعقم في تخفيض الخصــوبة بنســبة 6% وتكون مرتفعة في المناطق ذات الطابع السكني الريفي بنسبة 74%، وتجدر الإشارة إلى أن تراجع الإجهاض في المناطق ذات طابع السكني الحضري ساهم في رفع الخصوبة بنسبة 41 %. وفي الفترة 1992_2002 قدرت مساهمة الإجهاض في تخفيض الخصوبة بنسبة 37% وترتفع بشكل واضح في المناطق الحضرية بنسبة 56%.

خلاصة

مـــن خلال هذا الفصـــل تم استعراض مفهـــوم ظاهرة الإجهاض وأنواعها، وتأثيرها على الخصوبة، أما عن وضعية تطور ظاهرة الإجهاض فيمكن القول بأن هذه الظاهرة تشكل تحدياً كـبيراً للصحة في العالم عامة والجزائر خاصة.

أما الإحصائيات بشأن المقبلات عليه أو حول عدد ممارسته في الجزائر من طرق المصالح الاستشفائية فهي شبه معدومة، بحيث تعتبر هذه الظاهرة دخيلة على المجتمع الجزائري، وخاصة الإجهاض الجنائي بحيث تبقى هذه الظاهرة ضمن طابع سري لا توجد إحصائيات وأرقام معبرة عن واقع الظاهرة غير ما يقدم في بعض المسوح الخاصة بالأسر أو بعض تقارير الأمن.

الفصل الثالث

الإطار الميداني للدراسة

- تمهيد

I. الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1 – أهم الخصائص المميزة لأفراد العينة

2 – الأساليب الإحصائية

3 – أدوات جمع لبيانات

II. عرض وتحليل ومناقشة البيانات

III. مناقشة وتحليل فرضيات الدراسة

- خلاصة الفصل

- خـــاتمـــة

تمهيد:

بعدما تطرقنا في الفصول السابقة إلى عرض الجانب النظري للدراسة والذي يضم فصلين، الفصل الأول هو الفصل المنهجي وأما الفصل الثاني يهتم بالجانب النظري للإجهاض وتطورها في العالم والجزائر، سوف نهتم في الفصل الثالث بالجانب الميداني للدراسة الذي يحوي الأســـــاليب الإحصائية المعتمدة الخاصة بعرض او بتحليل النتائج. وكذا مناقشة الفرضيات البحثية عن طريق عرضها على الاختبارات الإحصـــــائية الملائمة بهدف إثباتها او نفيها وبالتالي الإجابة على التساؤلات، ثم عرض النتائج التي يمكن تعميمها على مجتمع الدراسة والتي تبين المحددات الديمغرافية للإجهاض انطلاقا من المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة2019.

أولا: الإجراءات المنهجية

1.1 مصادر جمع البيانات:

في هذه الدراسة تم الاعتماد على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS 6(2019 والذي تم إنجازه من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سنة 2019 بدعم تقني ومالي من طرف منظمة الدولية اليونيسيف وبمساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA.

2.1 مجتمع الدراسة والعينة المستهدفة:

- **مجتمع الدراسة:** من أجل تحضير الملف للدراسة الذي كان يشمل كـــافة النســـاء (المتزوجات والعازبات) تتراوح أعمارهن بين 15_49 سنة اللواتي بلغ عددهن 35113، واستهدفنا النساء المتزوجات فقط فتقلص عددهن إلى 18818، يتوزعن كالتالي: 17695 امرأة لم تتعرض بشكل كامل للإجهاض خلال حياتها الإنجابية و1123 امرأة تعرضت للإجهاض على الأقل مرة واحدة خلال حياتها الإنجابية.

يتمثل مجتمع الدراســة في فئة النســوة المتزوجات من المجتمع الجزائري بناءا على قاعدة معطيات المســح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS(2019 ، والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

- **العينة المستهدفة:** عدد النسوة المتزوجات اللاتي تعرضن للإجهاض على الأقل مرة واحدة خلال حياتهن الإنجابية بالجزائر بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS 6(2019

تهيئة الملف للدراسة: عند تتبع المتغيرات المدرجة في قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019، وجدنا انه تم التعرض لظاهرة الإجهاض بعدد من المتغيرات من بينها عدد مرات الإجهاض للمرأة خلال كامل حياتها الزواجية، اي ان المتغير كمي يعبر على عدد الحمول المنتهية بالإجهاض للمرأة خلال كامل حياتها الإنجابية، لتحوير المتغير حتى يصـــبح متغيراً كيفياً يتلاءم مع استعمال الانحدار اللوجستي الثنائي تم القيام بعدة تعديلات على تصريحات النسوة المتعلقة بالمتغير المذكور. وهي:

- ✓ تغيير قيم المتغير إلى القيمتين (0) و (1)،
- ✓ تم التعبير على عدم الإجهاض بالقيمة (0)، أي عدم التعرض بشكل نهائي للإجهاض.

- ✓ تم التعبير على حدوث الإجهاض بالقيمة (1)، وذلك باستبدال كل القيم مهما كانت باستثناء (0) بالقيمة (1)، ويكون بذلك مترجما لتعرض المرأة للإجهاض على الأقل مره واحده خلال حياتها الزواجية.

يُفهم مما تقدم، أن الترميز بعد التعديلات المشار اليها أصبح كالتالي:

- ✓ (0) عدم حدوث الإجهاض.
- ✓ (1) حدوث الإجهاض.

1. الأساليب الإحصائية:

استعملنا البرنامج الإحصائي للمعلومات الاجتماعية **spss** لتحليل النتائج واختبار الفرضيات من أجل قياس مدى تأثير مجموعة المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، كما سنقوم بتطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة لتوفر شروط استعماله لتأكيد صحة الفرضيات أو نفيها.

ثانيا: عرض، تحليل ومناقشة الفرضيات

سنعمل في هذا العنصر على مناقشة فرضيات الدراسة وفق ترتيب ورودها في عنصر الفرضيات – الفصل الأول- بتطبيق الانحدار اللوجستي ثنائي، وقبل اختبارها وجب علينا أولا التمهيد للبرهنة الإحصائية لهذه الفرضيات بواسطة الجداول البسيطة والجداول المركبة الخاصة بالمتغيرين الإجهاض والمحدد الديموغرافي.

مناقشة الفرضية الأولى:

يؤثر عمر الأمهات على تعرضهن للإجهاض، بحيث كلما زاد عمر الأم زاد احتمال تعرضها للإجهاض.

أولاً: بناء وتكوين الجداول البسيطة: ويمكن وصفها بأنها الجداول التي تلخص متغير واحد فقط ويكون ذلك بتوظيف عموديين الأول خاص بالتكرارات والأخر خاص بالتكرارات النسبية.

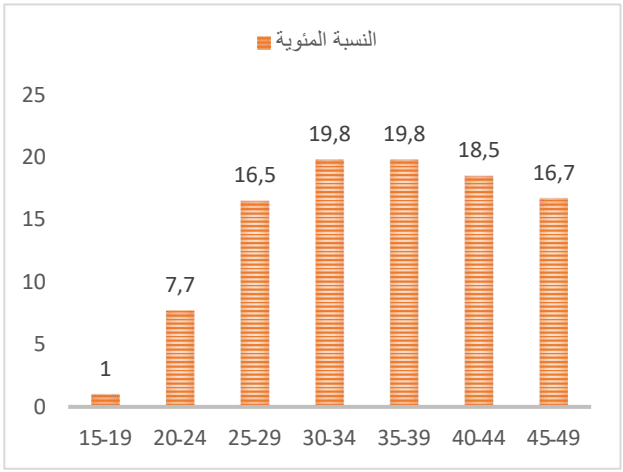
العمر: يعتبر العمر من أهم المتغيرات في جُل البحوث وخاصة في البحوث الديمغرافية لذلك تم إعداد هذا الجدول:

الجدول رقم (1.3): توزيع النسوة المتزوجات حسب العمر

الفئات العمرية	التكرار	النسبة المئوية%
19_ 15	192	1
24_ 20	1441	7.7
29_ 25	3124	16.5
34_ 30	3719	19.8
39_ 35	3723	19.8
44_ 40	3431	18.5
49_ 45	3138	16.7
المجموع	18818	100,0

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح

الشكل رقم (1.3): توزيع النسوة المتزوجات حسب العمر



نلاحظ من مخرجات الجدول (1.3) الذي توزيع النسوة المتزوجات حسب اعمارهن بحيث نلاحظ تتوزع النسوة بشكل متساوي تقريبا من 25 سنة الى 49 سنة وتبلغ ذروتها في الشريحتين العمريتين (30_34) و(35_39) بحيث قدرت نسبتهن 19.8 % من مجموع النسبة المتزوجات، وتنخفض بفارق واضح لتصل الى 7.7 % عند الفئة العمرية (20_24) وتستمر في الانخفاض لتكون في أدنى حالاتها عند الشريحة العمرية (15_19) سنة بحيث قُدرت نسبتهن 1 %.

ملاحظة: الجداول المفصلة سنة بسنة في الملحق وهذا بالنسبة للعمر والعمر الأول عند الزواج ومدة استعمال موانع الحمل بالأشهر

الجداول المركبة: يتم إنشاء هذه الجداول على أساس مبدأ التقاطع التكراري بين متغير أو أكثر (الربط بين المتغيرين في نفس الوقت) لكشـــق العلاقة بين المتغيرات من حيث ارتباطهما ومن حيث قوتها، تم توظيف هذا النوع من الجداول كتمهيد للاختبار الإحصائي المناسب للفرضيات –الذي يعتبر بدوره كمعيار لنفي أو قبول الفرضيات– كون كل فرضية تترجم العلاقة بين المتغير التابع أي الإجهاض والمتغير المستقل المترجم كل مرة في أحد المحددات الديموغرافية المفترضة في دراستنا.

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (2.3) أسفله، والذي يمثل توزيع النسوة المتزوجات حسب أعمارهن وتعرضهن للإجهاض ما يلي: بشكل عام مثلت النسوة اللواتي تعرضن للإجهاض على الأقل مره واحده خلال حياتها الإنجابية نسبة 6% مجموع النسوة المتزوجات في المقابل 94 % مجموع النسبة اللواتي لم يتعرضن للإجهاض نهائيا خلال حياتهن الإنجابية.

الجدول رقم (2.3) توزيع النسوة المتزوجات حسب أعمارهن وتعرضهن للإجهاض.

الفئات العمرية	لم تجهض (%)	اجهضت (%)	المجموع (%)
19_15	97.9	2.1	100
24_20	97.6	2.4	100
29_25	96	4	100
34_30	94.5	5.5	100
39_35	93.4	6.6	100
44_40	92.5	7.5	100
49_45	92	8	100
المجموع	94	6	100

وبتركيز الملاحظة على الفئات العمرية للنسوة، يتضح انه ترتفع نسبه الإجهاض بارتفاع عمر الأم بحيث ترتفع نسبه الإجهاض عند النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45_ 49 سنة بنسبة 8% وهذا الأمر جد منطقي بحيث تصبح قدره الجسم على الاحتفاظ بالجنين أمر صعب جدا وتليها 7.5% للنسوة التي تتراوح أعمارهن بين 40_ 44 سنة و5.5% للنساء البالغات من العمر 30 إلى 34 سنة لتصل إلى 2.1% للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن 15_ 19 سنة.

بينما نلاحظ علاقة عكسية بين عدم حدوث الإجهاض وتقدم عمر الأم بحيث كلما انخفض عمر الأم صاحبه ارتفاع في عدم تعرضها للإجهاض بحيث بلغت أكبر نسبه 97.9 للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة وأدنى نسبه 92% للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة

دراسة استدلالية للفرضية الأولى:

لتأكيد صحة الفرضية أو نفيها نقوم بتطبيق الأسلوب الإحصائي الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، يرتكز هذا التطبيق على فرض أساسي وهو أن المتغير التابع (y) متغير الاستجابة هو المتغير يتبع توزيع بيرنولي يأخذ القيمة (1) بالاحتمال (P) ويأخذ

القيمة (0) بالاحتمال q=1_p، أي حدوث أو عدم حدوث الاســـتجابة، وكما نعلم في الانحدار اللوجســـتي الثنائي الذي يأخذ متغيراته المستقلة والمتغير التابع قيماً فأن النموذج الذي يربط بين المتغيرات على النحو التالي[1]

$$Y = b0+b1x+e$$
$$log(\frac{P}{1-P}) = b0+b1x+e$$

تم تطبيق الانحدار اللوجستي الثنائي لقبول أحد الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين:

H0: لا يؤثر عمر الامهات على تعرضهن للإجهاض.

H1: يؤثر عمر الامهات على تعرضهن للإجهاض.

عرض وتحليل نتائج الاختبار:

إثباتا لأثر متغير العمر على ظاهره الإجهاض اعتمدنا أسلوب الانحدار الخطي بحيث يشير الرمز(P) إلى حدوث الإجهاض والمرموز له بالرمز (1) بينما يشار إلى عدم حدوثه q=1_p والمشار إليه بالرمز (0) استعملنا برنامج الحزم الاجتماعية SPSS الذي زودنا بالنتائج التالية:

المخرج رقم (1) يمثل ترميز المتغير التابع في الدراسة:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تجهض	0
أجهضت	1

المخرج رقم (2) نتائج الانحدار اللوجستي بين عمر الأم وتعرضها للإجهاض:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Age de la femme	,040	,004	97,316	1	,000	1,041
	Constante	-4,233	,157	727,889	1	,000	,015

a. Introduction des variables au pas 1 : Age de la femme.

اتخاذ القرار: يتبين لنا من خلال المخرج رقم (2) أن قيمه مســـتوى الدلالة (0.000) المرافق لإحصـــائية والد (WALD) اقل من قيمه مستوى المعنوية المعمول به (0.05) ومن خلال المقارنة بين المستويين المذكورين يمكن القول بان متغير العمر

[1] عدنان غانم، فريد خليل الجاعوني، استخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في دراسة اهم المحددات الاقتصادية والاجتماعية، لكفاية الدخل، مجلة جامعة دمشق للعوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، 2011

دال إحصائيا ويمكن اعتماده، ومنه يمكن القول استناداً على قيمه لوغاريتم نسبه الأرجحية بأن العلاقة الجامعة بين عمر الأم وتعرضها للإجهاض طرديه بحكم الإشارة الموجبة للناتج (0.040)، من حيث قيمتها يمكن القول بأن ارتفاع سن الأم بسنة واحده يعمل على رفع لوغاريتم نسبه الأرجحية بقيمة (0.040)، وبتركيز الملاحظة على نسبة الأرجحية يمكن القول بأن ارتفاع عمر الأم بسنة واحده يعمل على رفع أرجحية تعرض الأم للإجهاض على حساب عدم وقوعه بـــــ (1.041) مرة، ومنه يمكن القول بأن تقدم عمر الأم بسنة واحده يعمل على رفع نسبه احتماليه حدوث الإجهاض بـ 4.1%.

من خلال ما تقدم ذكره، نستنتج أن متغير العمر الأم يدخل في تفسير ظاهره الإجهاض في الجزائر سنه 2019 أي ان الفرضية البحثية التي تفيد بتأثير العمر على ظاهره الإجهاض وبوجهة أثره الطردية مثبتة إحصائيا.

مناقشة الفرضية الثانية:

تجمع الفرضية البحثية الثانية العلاقة بين الإجهاض والمستوى التعليمي للأمهات، وتم صياغتها على النحو التالي:

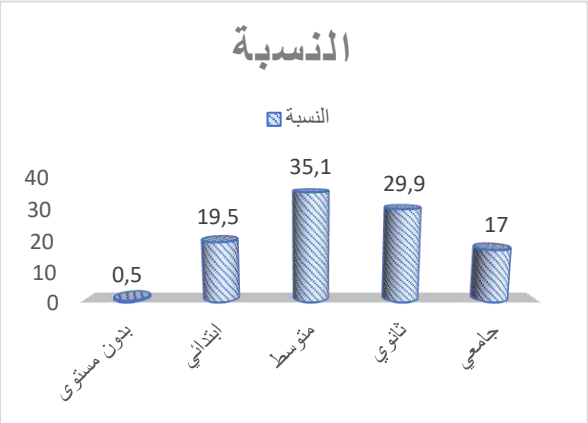
يؤثر المســـتوى التعليمي للام على تعرضـــها للإجهاض، بحيث كلما ارتفع المســـتوى التعليمي للام انخفض احتمال تعرضـــها للإجهاض.

المستوى التعليمي: يعتبر التعليم إحدى المحددات الديمغرافية الهامة التي تبرز مدى وعي الفرد عامة، وقد تم التعبير عنه في قاعدة البيانات الخاصة بالمسح بعدد من المتغيرات من أهمها المستوى الأعلى للام والذي تم التعبير عنه بخمسة صفات ترتيبية، لخصنا المعطيات المتعلقة بالمستوى التعليمي في الجدول التالي:

الجدول رقم (3.3): توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة %
بدون مستوى	81	0.5
ابتدائي	2996	19.5
متوسط	5403	35.1
ثانوي	4296	29.9
جامعي	2622	17
المجموع	15398	100

الشكل رقم (2.3): توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي



المصدر: من اعداد الطالبة بناء على معطيات المسح	

يمثل الجدول (3.3) توزيع النسوة المتزوجات حسب مستواهن التعليمي بحيث نلاحظ من خلاله ان أكبر نسبة من نصيب النسوة المتزوجات ذوات المستوى التعليمي المتوسط بحيث قُدرت بـــ 35.1%، وتليها نسبة النسوة ذات المستوى التعليمي الثانوي 29.9% في حين نجد ما قيمته 19.5% منهن مستواهن التعليمي ابتدائي، ثم ذوات المستوى التعليمي جامعي بقيمة 17%، اما عديمات المستوى فقد وردت أخيرا من حيث الترتيب الكمي بقيمة ضئيل جدا 0.5 % من مجموع النسوة المتزوجات، كما يمكن توضيح ما سبق ذكره بشكل أكثر يسرا في الشكل رقم (2.3) أعلاه.

لإبراز العلاقة بين تعرض الأمهات للإجهاض ومستواهن التعليمي وظفنا الجدول المركب التالي رقم 4.3، عموما قُدرت نسبه المجهضات 6 % مقابل 94% للواتي لم يجهضن بشكل كامل خلال حياتهن الإنجابية. وهي نفس النتائج المبينة في الجدول أعلاه رقم (2.3).

الجدول رقم (4.3) توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي وتعرضهن للإجهاض

المستوى التعليمي	لم تجهض (%)	أجهضت (%)	المجموع (%)
بدون مستوى	92.6	7.4	100
ابتدائي	93.5	6.5	100
متوسط	93.5	6.5	100
ثانوي	94.1	5.9	100
جامعي	95.8	4.2	100
المجموع	94	6	100

بتدقيق الملاحظة يتضح لنا انه كلما ارتفع المستوى التعليمي للام من بدون مستوى إلى المستوى التعليمي العالي يصاحبه انخفاض في تعرضها للإجهاض، كما أن اقل قيمة للإجهاض تم تسجيلها لصالح الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي بقيمة 4.2%، وتم تسجيل أكبر نسبة للإجهاض للنساء بدون مستوى تعليمي بنسبة 7.4 %.

في المقابل يتضح انه كلما ارتفع المستوى التعليمي عموماً من بدون مستوى إلى التعليم العالي يصاحبه ارتفاع في عدم حدوث الإجهاض بحيث بلغت ذروته 95% للنساء اللواتي لم يتعرضن للإجهاض خلال حياتهن الإنجابية بشكل كامل، ذوات المستوى التعليم العالي وأدنى نسبة للواتي بدون مستوى بحيث قدرت نسبتهن 92.6 %.

دراسة استدلالية الفرضية الثانية: لتأكيد صحة الفرضية نقوم بتطبيق نفس الأسلوب ألا وهو الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة كما هو موضح حسب الفرضية الأولى في الصفحة رقم (37_38).

H0: لا يؤثر المستوى التعليمي للام على تعرضها للإجهاض.

H1: يؤثر المستوى التعليمي للام على تعرضها للإجهاض.

عرض وتحليل نتائج الاختبار:

قبل تطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي لمناقشة هذه الفرضية وجب أولا إدخال تعديل (برمجة) على متغير المستوى التعليمي كون هذا المتغير كيفي ترتيبي يحمل خمس صفات، الترجمة التي تم اعتمادها تقوم على اخذ شريحة النساء ذوات المستوى التعليمي العالي كفئة مرجعية وعليه تكون مقارنات التأثير لبقية المستويات قائمة عليها، والمخرج التالي يبين إعادة تصنيف الرتب.

مخرج رقم (3) يمثل إعادة تصنيف رتب المستوى التعليمي:

Codages des variables catégorielles

			Codage de paramètre			
		Fréquence	(1)	(2)	(3)	(4)
Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints	ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE	81	1,000	,000	,000	,000
	PRIMAIRE	2996	,000	1,000	,000	,000
	MOYEN	5403	,000	,000	1,000	,000
	SECONDAIRE	4296	,000	,000	,000	1,000
	SUPERIEUR	2622	,000	,000	,000	,000

يتبين من خلال المخرج رقم (3) أما يلي:

- ✓ الفئة (1) تمثل شريحة النساء بدون مستوى.
- ✓ الفئة (2) تمثل شريحة النساء ذوات المستوى التعليمي الابتدائي.
- ✓ الفئة (3) تمثل شريحة النساء ذوات المستوى التعليمي المتوسط.
- ✓ الفئة (4) تمثل شريحة النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي.

المخرج رقم (4) نتائج الانحدار اللوجستي بين المستوى التعليمي للأم وتعرضها للإجهاض:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints			18,217	4	,001	
	Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints(1)	,593	,435	1,858	1	,173	1,810
	Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints(2)	,454	,122	13,851	1	,000	1,575
	Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints(3)	,449	,112	16,184	1	,000	1,567
	Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints(4)	,356	,117	9,331	1	,002	1,427
	Constante	-3,119	,097	1034,050	1	,000	,044

a. Introduction des variables au pas 1 : Quel est le plus haut niveau / année que vous avez atteints.

اتخاذ القرار : يتضح لنا من خلال المخرج رقم (4) أعلاه ان مستوى الدلالة (0.001) الخاص بمتغير المستوى التعليمي للنساء اقل من مستوى المعنوية (0.05) وعليه يمكن القول وبشكل عام بان متغير مستوى التعليمي دال احصائيا. وفيما يتعلق بالمستويات التعليمية الجزئية للنساء يمكن القول حسب كل مستوى ما يلي:

- المستوى التعليمي الثانوي: ان نزول الام من مستوى التعليمي العالي الى مستوى التعليمي ثانوي يرفع لوغارتيم نسبة الترجيح بقيمة 0.356، ويرفع فرصة تعرض الأم للإجهاض ذات مستوى تعليمي الثانوي بـ 1.427 مرة على حساب عدم وقوعه، أي الانتقال نزولا بين المستويين يزيد من نسبة احتمالية الإجهاض بـ 42.7%.
- المستوى التعليمي المتوسط: أن الانتقال من المستوى التعليمي العالي للمستوى التعليمي المتوسط للأم يؤدي ذلك إلى رفع لوغارتيم نسبة الارجحية بمقدار (0.499)، أي يرفع احتمال تعرض الأم ذات المستوى التعليمي المتوسط للإجهاض من عدمه بـــ 1.567 مرة. وهذا يعني حسب بيانات الجدول أعلاه أن التغيير بين المستويين يرفع من احتمال وقوع الإجهاض على حساب عدم وقوعه بـ 56.7 %.

❖ المستوى التعليمي الابتدائي: أن نزول المستوى التعليمي للأم من العالي الى الابتدائي يرفع لوغارتيم نسبة الترجيح بقيمة (0.454)، وهذا يعني ارتفاع احتمال وقوع الإجهاض للأم ذات المستوى التعليمي الابتدائي على حساب عدم حدوثه بمقدار 1.575 مرة. أي أن الانتقال بين المستويين يؤدي الى ارتفاع الإجهاض بنسبة 57.5 %.

من خلال ما تقدم، وبعد المعالجة الإحصائية يمكن القول بان اثر المستوى التعليمي على الإجهاض مثبت إحصائيا، ومنه يمكن إدراج متغير المستوى التعليمي ضمن قائمة المحددات المفسرة لظاهرة الإجهاض في الجزائر، ومن حيث وجهة هذا الأثر فيمكن القول العلاقة العكسية مثبتة أي كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات قل احتمال تعرضهن للإجهاض. ا يان الفرضية البحثية الثانية مثبتة أثرا ووجهة.

مناقشة الفرضية الثالثة:

يؤثر عدد الأطفال المنجبين للام على تعرضها للإجهاض بحيث كلما زاد عدد الأطفال المنجبين يزيد احتمال التعرض للإجهاض.

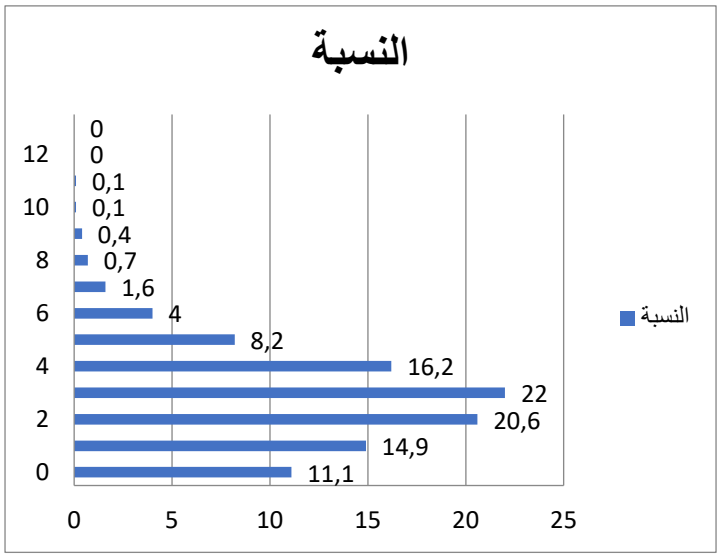
عدد الأطفال: يعتبر من أهم المؤشرات الديمغرافية والّذي يلعب دورًا هامًا في زيادة عدد السكان، معطياته مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (5.3): توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن

عدد الأطفال	التكرار	النسبة
0	2098	11.1
1	2801	14.9
2	3883	20.6
3	4134	22
4	3046	16.2
5	1551	8.2
6	744	4.0
7	310	1.6
8	140	0.7
9	76	0.4
10	20	0.1
11	11	0.1
12	3	0
13	1	0
المجموع	18818	100

المصدر: من اعداد الطالبة بناء على معطيات المسح

الشكل رقم (3.3): توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن



يبين الجدول رقم (5.3) والشكل المرافق له (3.3) توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن حيث نلاحظ أن معظم النسوة لديهن ثلاثة أطفال إذ بلغت نسبتهن 22%، ثم تليها نسبة اللواتي لديهم طفلين بحيث قدرت نسبتهن 20.6 %، وتنخفض بفارق كبير كميا لتصل إلى16.2 % للنساء اللواتي لديهم اربعة أطفال وتستمر في الانخفاض الى اللواتي لديهن طفل واحد لتصل إلى 14,9% و11% للنساء اللواتي لا يكون لديهن أطفال ونسجل أدنى النسب للواتي لديهن 6 أطفال فأكثر.

لمعرفة التعرض للإجهاض من عدمه، وظفنا الجدول أدناه رقم (6.3) الذي يترجم توزيع الامهات حسب عدد أطفالهن وتعرضهن للإجهاض، تعكس معطيات الجدول وبشكل عام ان المجهضات بلغت نسبتهن 4 %من مجموع النسوة المتزوجات بينما 94 % من مجموع النسوة لم يتعرضن للإجهاض خلال كامل حياتهن الإنجابية.

الجدول رقم (6.3): توزيع الأمهات حسب عدد أطفالهن وتعرضهن للإجهاض

عدد الأطفال	لم تجهض (%)	أجهضت (%)	المجموع (%)
0	97.1	2.9	100
1	95.1	4.9	100
2	95.3	4.7	100
3	93.4	6.6	100
4	92.4	7.6	100
5	92.3	7.7	100
6	91.3	8.7	100
7	88.7	11.3	100
8	90.7	9.3	100
9	92.1	7.9	100
10	95	5	100
11	90.9	9.1	100
12	100	0	100
13	100	0	100
المجموع	94	6	100

يتضح من خلال البينات الملخصة في الجدول أعلاه رقم6.3 أن الإجهاض يرتفع بارتفاع عدد الأطفال ليصل إلى سبعة أطفال ثم ينخفض تدريجيا للنساء اللواتي لديهم ثمانية أطفال فأكثر لينعدم عند الطفل الحادي عشر بحيث بلغت أكبر نسبة 11.3%

للنســـاء اللواتي لديهن ســـبعة أطفال، وتليها 9.3 % لمن لديهن ثمانية أطفال ونســـجل أدنى نســـبة 2.9 % للواتي لا يوجد لديهن أطفال. في المقابل نلاحظ إن عدم حدوث الإجهاض يحدث بكثرة للواتي لا يوجد عندهم أطفال بنســـبة 97.1 %وينخفض ليصـــل إلى88.7 % للأمهات اللواتي عدد أطفالهن سبعة أطفال.

دراسة استدلالية الفرضية الثالثة:

لتأكيد صـحة الفرضـية نقوم بتطبيق نفس الاختبار ألا وهو الانحدار اللوجسـتي ثنائي الاسـتجابة كما هو موضـح حسـب الفرضية الأولى في الصفحة رقم (37_38). والتي يمكن ترجمتها إلى الفرضيتين الإحصائيتين:

H0: لا يؤثر عدد الأطفال المنجبين للام على تعرضها للإجهاض.

H1: يؤثر عدد الأطفال المنجبين للام على تعرضها للإجهاض.

عرض وتحليل نتائج الاختبار:

تم الاسـتعانـة ببـرنامج الحـزم الإحصـائيـة spss والجـدول التـالي يـوضـح ذلك:

المخرج رقم (5) نتائج الانحدار اللوجستي بين عدد الأطفال المنجبين للأم وتعرضها للإجهاض.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Additionner les réponses à CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10.	,151	,016	90,741	1	,000	1,163
	Constante	-3,207	,060	2902,581	1	,000	,040

a. Introduction des variables au pas 1 : Additionner les réponses à CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10..

اتخاذ القرار: يتضـــح لنا من خلال مخرج رقم (5) أن قيمه مســـتوى الدلالة (0.000) وهي أقل من قيمه مســـتوى المعنوية(0.05) المتفق عليه وهذا يعني أن متغير عدد الأطفال دال إحصـائيا، بحيث يمكننا القول بالاعتماد على قيمه اللوغاريتم نسـبه الارجحية التي قدرت بـ (0.151) وبموجـب الإشارة النـاتجة أن العلاقة الجامعة بين عـدد الأطفـال المنجبين من طـــرف الأم وتعرضـها للإجهاض علاقة طـــــــــــرديه، ومن حيث قيمتها يمكن القول بان ارتفاع عدد الأطفال بطفل واحد يعمل على رفع لوغارتيم نسبة الارجحية بقيمه (0.163)، وبتركيز الملاحظة على نسبة الارجحية يمكن القول بان ارتفاع عدد الأطفال بمعدل طفل واحد يعمل على رفع ارجحيه تعرض الأم للإجهاض على حساب عدم حدوثه ب 1.163 مرة. توصلنا من خلال متابعتنا لما سبق ذكـــره بان ارتفـاع

عدد الأطفال بمعدل طفل واحد يرفع نسبة احتماليه حدوث الإجـــــــــــهاض بـ 16.3% وهذا يعني قبولنا للفرضية البديلة التي تفيد بتأثير على الأطفال المنجبين على تعرض الأم للإجهاض بمعنى أخر متغير عدد الأطفال يفسـر ظاهرة الإجهاض في الجزائر لسـنة 2019. وبالتالي قبول الفرضية البحثية.

مناقشة الفرضيات الرابعة:

تؤثر المنطقة الســكنية على تعرض الأم للإجهاض، بحيث يزيد احتمال الإجهاض للســيدات المقيمات في المنطقة الريفية مقارنه بالسيدات المقيمات بالمنطقة الحضرية

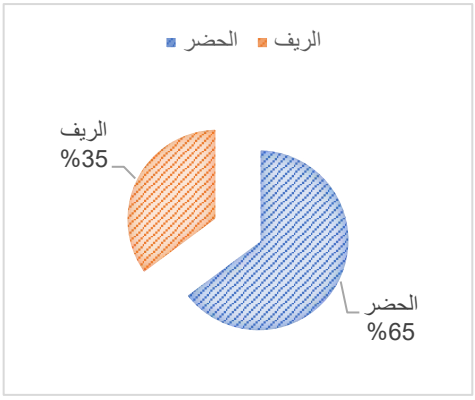
المنطقة الســكنية: يعتبر مكان الإقامة من أهم المتغيرات الديمغرافية التي تبين التوزيع الجغرافي للسـكان، ويتم التعبير على هذا المتغير عادة بصـفتين حضـر وريف، تم اعتماد هذا التقسـيم لما يحمله كل وسـط اقامي من الصـفات والخصـائص الديموغرافية، الاقتصـــادية، الاجتماعية وحتى الثقافية، التفاوت المشـــار اليه من جدا ان ينجر عنه تفاوت في انتشـــار ظاهرة الإجهاض بين الوسطين، لخصنا المعطيات الخاصة بتوزيع الأمهات حسب وسط إقامتهن في الجدول التالي:

الجدول رقم (7.3): توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية

المنطقة السكنية	التكرار	النسبة المئوية
حضر	12195	64.8
الريف	6623	35.2
المجموع	18818	100.0

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح

الشكل (4.3) توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية



يمثل الجدول رقم (7.3) والشـكل المرافق له توزيع النسـوة المتزوجات حسـب المنطقة السـكنية، ونلاحظ أن أغلب النسـوة المتزوجات يُقطن في المناطق السكنية ذات الطابع الحضري بحيث قُدرت نسبتهن 64.8 % من مجموع النسوة و35.2 % من النسوة قاطنات في التجمعات السكانية ذات الطابع الريفي.

لإظهار العلاقة بين المتغير محل الدراسة أي الإجهاض والوسط الذي تقيم فيه الأمهات وظفنا الجدول التالي رقم (8.3) ذو الطابع التقاطعي بين المتغيرين محل المتابعة، والذي يعكس توزيع النسوة المتزوجات حسب المنطقة السكنية القاطنات بها وتعرضهن للإجهاض.

الجدول رقم (8.3) توزيع الأمهات حسب المنطقة السكنية وتعرضهن للإجهاض

المنطقة السكنية	لم تجهض (%)	أجهضت (%)	المجموع (%)
الحضر	93.9	6.1	100
الريف	94.2	5.8	100
المجموع	94	6	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (8.3)، ان 6.1 % من مجموع الأمهات القاطنات في المناطق الحضرية تعرضن للإجهاض في حين 93.9 % منهن لم تتعرض له خلال حياتهن الايجابية. وفي المقابل نجد أن 5.8 % من مجموع الأمهات القاطنات في المناطق ذات الطابع الحضري تعرضن للإجهاض بينما 94.2 % منهن لم تتعرضن للإجهاض خلال حياتهن الإنجابية.

دراسة استدلالية الفرضية الرابعة:

لتأكيد صحة الفرضية نقوم بتطبيق نفس الاختبار ألا وهو الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة كما هو موضح حسب الفرضية الأولى في الصفحة رقم (37_38). اعتمادا على الفرضيات الإحصائية:

H0: لا تؤثر المنطقة السكنية على تعرض الأم للإجهاض

H1 : تؤثر المنطقة السكنية على تعرض الأم للإجهاض

خامساً: عرض وتحليل نتائج الاختبار:

تم الاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية spss والجدول التالي يوضح ذلك:

المخرج رقم (6) نتائج الانحدار اللوجستي بين المنطقة السكنية والتعرض للإجهاض.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Milieu de résidence	-,043	,065	,435	1	,509	,958

Constante	-2,700	,092	854,722	1	,000	,067

a. Introduction des variables au pas 1 : Milieu de résidence.

اتخاذ القرار: يتبين لنا من خلال المخرج ان مستوى الدلالة (0.509) أكبر من مستوى المعنوية المعمول به (0.05) وهذا يعني قبولنا الفرض الصـــفري القائل بأن المنطقة الســـكنية لا تؤثر في تعرض الأم للإجهاض، بمعنى آخر يمكننا القول بأن ظاهره الإجهاض تنتشـــر في كلا المنطقتين بنفس الحدة ولا يوجد اي تفاوت بينهما وعليه فان فرص وقوع الإجهاض هي نفســـها بدلالة الوسطين. اعتمادا على ما تقدم فان الفرضية البحثية التي تفيد بتأثير المنطقة السكنية (حضر-ريف) على تعرض الأم للإجهاض غير مثبتة إحصائيا.

مناقشة الفرضيات الخامسة:

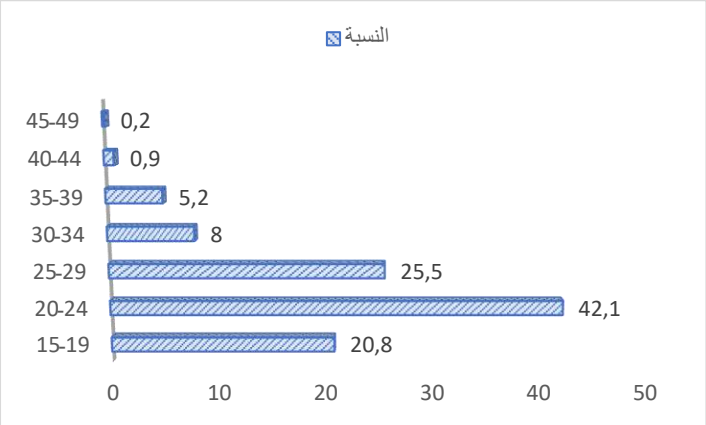
يؤثر العمر عند الزواج الأول للأم على حدوث الإجهاض، بحيث كلما انخفض عمر الأم عند الزواج الأول صـــاحبه انخفاض في احتمال تعرضها للإجهاض.

العمر الأول عند الزواج الأول: يعتبر متغير العمر عموما وخاصـــة العمر عند الزواج الأول من أهم المتغيرات في جُل البحوث بالأخص الديمغرافية منها لذلك تم إعداد هذا الجدول.

الجدول رقم (9.3) توزيع الأمهات حسب أعمارهن عند زواجهن الأول

الفئات العمرية	التكرار	النسبة المئوية%
15 _ 19 سنة	3762	20.8
20 _ 24 سنة	7594	42.1
25 _ 29 سنة	4610	25.5
30 _ 34 سنة	1447	8
35 _ 39 سنة	448	5.2
40 _ 44 سنة	163	0.9
45 _ 49 سنة	35	0.2
المجموع	18059	100

الشكل (5.3) توزيع الأمهات حسب أعمارهن عند زواجهن الأول



المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح	

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول رقم (9.3) والشكل المرافق له ان اغلب النساء المبحوثات تزوجن لأول مره وأعمارهن تتراوح بين 20 و24 سنة بحيث قدرت نسبتهن 42.1 % من مجموع النساء المبحوثات، تلتها كميا 25.5 %كنسبة للواتي تزوجن أول مره وأعمارهن بين 25 و29 سنة، وتنخفض كميا للفئة العمرية 15_19 سنة بحيث قدرت بـــــ 20.8 %، ونسجل أدنى نسبه للفئة العمرية 45_ 49 التي بلغت 0.2% من مجموع النسوة.

الجدول رقم (10.3) توزيع النسوة حسب اعمارهن عند زواجهن الأول وتعرضهن للإجهاض

الفئات العمرية	لم تجهض	أجهضت	المجموع %
19_15	93.6	6.4	100
24_20	93.6	6.4	100
29_25	94.9	5.1	100
34_30	94	6	100
39_35	95.1	4.9	100
44_40	95.7	4.3	100
49_45	100.0	0.0	100
المجموع	94	6	100

يمثل الجدول رقم (10.3) توزيع النسوة المتزوجات حسب اعمارهن عند زواجهن الأول وتعرضهن للإجهاض، ونلاحظ من خلاله ان الإجهاض يرتفع في الشريحتين العمريتين 15 _19 و 20 _ 24 بحيث بلغت نسبة المجهضات 6.4 % لكلا الشريحتين العمرتين، وتليها 6%كقيمة نسبية المجهضات المنتميات للشريحة العمرية 30_ 34 وتنخفض بفارق كبير لتصل إلى 4.3% للواتي تزوجن أول مره وأعمارهن تتراوح بين 40 و 44 سنة، بالمقابل نجد أن عدم التعرض للإجهاض يكون مرتفعا للنساء اللواتي تزوجن لأول وأعمارهن بين 45 و 49 سنه بحيث بلغت نسبتهن 100 %وتقل لتصل إلى 93.6 % للواتي تزوجن لأول مرة وأعمارهن تتراوح بين 15_24 سنة.

ç دراسة استدلالية الفرضية الخامسة:

لتأكيد صحة الفرضية قمنا بتوظيف نفس الاختبار ألا وهو الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة لبقاء الشروط والهدف على حالهما، وفق الفرضيتين الإحصائيتين:

H0: لا يؤثر العمر عند الزواج الأول للأم على حدوث الإجهاض.

H1: يؤثر العمر عند الزواج الأول للأم على حدوث الإجهاض.

عرض وتحليل نتائج الاختبار:

لاتمام الاختبار تم الاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية spss والجدول التالي يوضح ذلك:

المخرج رقم (7) نتائج الانحدار اللوجستي بين عمر الام عند زواجها الأول وتعرضها للإجهاض:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Age de la première union	-,017	,006	7,185	1	,007	,983
	Constante	-2,354	,153	236,809	1	,000	,095

a. Introduction des variables au pas 1 : Age de la première union.

اتخاذ القرار: يتبين من المخرج رقم (7) إن مستوى الدلالة (0.007) أقل من مستوى المعنوية (0.05)، اعتمادا على المقارنة بين المستويين يمكن القول بان متغير العمر عند الزواج الأول دال إحصائيا، واستنادا على قيمه لوغاريتم نسبه ارجحية نقول بان العلاقة بين العمر عند الزواج الأول للام وتعرضها للإجهاض علاقة عكسية من حيث وجهتها بحكم إشارة الناتج (0,17-)، من حيث القيمة يمكن القول بان ارتفاع العمر عند الزواج بسنة واحدة فان ذلك يؤدي الى خفض لوغاريتم نسبه ارجحية الإجهاض بقيمه 0.17. وفيما تعلق بنسبه الارجحية، ارتفاع العمر عند الزواج الأول للام بسنة واحدة يعمل على خفض ارجحية تعرضها للإجهاض على حساب عدمه بـ 0.983 مرة أي يعمل على خفض نسبة احتمالية التعرض للإجهاض بقيمة 1.7%.

من خلال ما تقدم ذكره نستنتج بان متغير العمر عند الزواج الأول للام دال إحصائيا ويدخل في تفسير ظاهره الإجهاض في الجزائر لسنة 2019 وهذا يقتضي أن الفرضية البحثية ووجهتها مثبته إحصائيا.

مناقشة الفرضيات السادسة:

يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض بحيث كلما استخدمت الأم وسائل منع الحمل قلت فرص حدوث الإجهاض لديها.

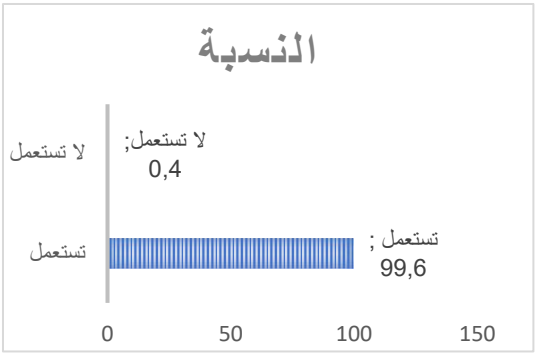
وسائل منع الحمل: يعتبر من أهم المتغيرات الديمغرافية لأنه يعبر على مدى وعي الأم بوسائل تنظيم الاسرة، منها لذلك تم إعداد هذا الجدول.

الجدول رقم (11.3) توزيع الأمهات حسب استعمالهن لموانع الحمل

موانع الحمل	التكرار	النسبة (%)
تستعمل	9685	99.6
لا تستعمل	38	0.4
المجموع	9723	100

المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات المسح

الشكل رقم (6.3) توزيع الأمهات حسب استعمالهن لموانع الحمل



يمثل الجدول رقم (11.3) والشكل المرافق له الذي يمثل توزيع النسوة المتزوجات حسب استعمالهن لموانع الحمل بحيث يتبين لنا إن 99.6 % من مجموع النسوة المتزوجات يستعملن موانع الحمل و0.4 % منهن لا يستعملن موانع الحمل.

الجدول رقم (12.3) توزيع النسوة المتزوجات حسب مدة استعمالهن لموانع الحمل وتعرضهن للإجهاض.

المدة بالأشهر	لم تجهض	أجهضت	المجموع
6_0	94.6	5.4	100
12_7	94.4	5.6	100
18_13	92.8	7.2	100
24_19	93.1	6.9	100
30_25	87.7	12.3	100
38_31	100	0	100
المجموع	94.3	5.7	100

يمثل الجدول أعلاه توزيع النسوة المتزوجات حسب مده استعمالهن لموانع الحمل وتعرضهن للإجهاض، بحيث نلاحظ عموماً 5.7 % فقط من تعرضن للإجهاض و94.3 % لم يتعرضن للإجهاض مع استعمالهن لموانع الحمل. كما نلاحظ ان أكبر نسبه للإجهاض خصت الامهات اللواتي استعملن موانع الحمل لمدة 25 إلى 30 شهرا بحيث قدرت بـــــ 12.3 % وتنخفض للمستعملات لمدة 13 إلى 18 شهراً بنسبة 7.2 %، وتكون معدومة تماما عند اللواتي يستعملن موانع الحمل بين 31_38 شهراً وهذا يعني إن 100 % لم يجهضن خلال حياتهن الإنجابية وتكون اقل نسبة 87.7 % تمثل النسوة اللواتي لم يتعرضن للإجهاض ويستعملنا موانع الحملة ما بين 25 و30 شهرا.

دراسة استدلالية الفرضية السادسة:

لتأكيد صحة الفرضية نقوم بتطبيق نفس الاختبار ألا وهو الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة كما هو موضح حسب الفرضية الأولى في الصفحة رقم (37_38). على أساس الفرضيين الإحصائيتين:

H0: لا يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض.

H1: يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض.

خامساً: عرض وتحليل نتائج الاختبار:

بهدف إثبات أحد الفرضيتين الإحصائيتين أعلاه وظفنا برنامج الحزم الإحصائية spss والذي زودنا بالنتائج المبينة في المخرج أسفله:

المخرج رقم (8) نتائج الانحدار اللوجستي بين مدة استعمال وسائل منع الحمل والتعرض للإجهاض:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	Depuis quand avez-vous commencé à utiliser la méthode la méthode contraceptive -Nombre	,016	,008	4,153	1	,042	1,016
	Constante	-2,907	,064	2045,920	1	,000	,055

a. Introduction des variables au pas 1 : Depuis quand avez-vous commencé à utiliser la méthode la méthode contraceptive -Nombre.

اتخاذ القرار: يتضح من خلال المخرج رقم (8) ان مستوى الدلالة (0.042) اقل من مستوى المعنوية المعمول به(0.05)، ومن خلال المقارنة بينهما يتضح لنا أن متغير مده استعمال وسائل منع الحمل دال إحصائيا، وبالاستناد على قيمة

لوغاريتم نسبه الارجحية يمكننا القول بان العلاقة بين مده استعمال موانع الحمل وتعرض للإجهاض علاقة طردية بحكم إشارة الناتج (0.016) ومن هذا المنطلق يمكننا القول بان زيادة استعمال موانع الحمل بمده بشهر واحد يؤدي إلى زيادة لوغاريتم نسبه ارجحية بقيمه (0.016)، واعتمادا على نسبه الارجحية يمكن القول بان الارتفاع في مده استعمال موانع الحمل بشهر واحد يعمل على رفع ارجحية تعرض الأم للإجهاض على حساب عدم حدوثه بـــــــــ 1.016 مرة أي رفع نسبة احتمالية تعرض الأم للإجهاض بقيمة 1.6%. من خلال ما تم تقديمه أعلاه يمكننا القول بان متغير مده استعمال موانع الحمل يدخل في تفسير ظاهره الإجهاض في الجزائر لسنة 2019 وهذا يعني إن الفرضية البحثية المتبناة في دراستنا ووجهتها مثبتة إحصائيا.

خلاصة الفصل

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة والممثلة في مصادر جمع المعطيات، عينة الدراسة، بالإضافة إلى التعريف بالبرامج والأساليب الإحصائية المستعملة، وكذلك تم عرض، تحليل ومناقشة الفرضيات من خلال بناء الجداول البسيطة انطلاقا من المعطيات الَّتي تم جمعها، ثم تحليلها حسب متغيرات الدراسة كل واحدة على حِدَا، و كذلك الربط بين المتغيرات باستخدام الجداول المركبة تحتوي متغيرين، المتغير التابع التعرض الإجهاض، والمتغير المستقل ممثلاً دوما بإحدى المحددات الديموغرافية وهي المستوى التعليمي للام، عمر الأم، العمر عند الزواج الأول والمنطقة السكنية، مدة استعمال موانع الحمل، كما تم خلال هذا الفصل تفسير النتائج التي ساهمت بشكل كبير في الإجابة على التساؤلات التي كانت محل انشغالنا.

خـاتمـة

خاتمة:

باعتبار العلوم السكانية مجال للتوقعات السكانية المستقبلية وذلك من أجل وضع وتحديد السياسات السكانية المناسبة، يتم دراسة مختلف الظواهر الديمغرافية، ولعل أحد أهم هذه الظواهر 'ظاهرة الإجهاض'، بحيث تحتل دراسة ظاهرة الإجهاض أهمية جد مهمة في دراسات العلوم السكانية من بين الظواهر الأخرى، وتبرز أهمية هذه الظاهرة ارتباطها بالعوامل الديمغرافية والاجتماعية التي تؤثر في جل المجتمعات.

من خلال دراستنا لهذه الظاهرة بناء على **قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنه 2019** ، وبعد توظيف الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في جل متغيرات الدراسة، من خلاله تم التعرف على المحددات الديمغرافية التي تأثرت بها ظاهرة الإجهاض، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- يؤثر عمر الأمهات على تعرضهن للإجهاض، بحيث كلما زاد عمر الأم زاد احتمال تعرضها للإجهاض بنسبة 4.1 %.
- يؤثر المستوى التعليمي للام على تعرضها للإجهاض، بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للام انخفض احتمال تعرضها للإجهاض.
- يؤثر عدد الأطفال المنجبين للام على تعرضها للإجهاض بحيث كلما زاد عدد الأطفال المنجبين يزيد احتمال التعرض للإجهاض بنسبة 16.3 %.
- لا تؤثر المنطقة السكنية على تعرض الأم للإجهاض. اذ توصلنا الى ان ظاهرة تنتشر في كلا المنطقتين بنفس الحدة ولا يوجد اي تفاوت بينهما وعليه فان فرص وقوع الإجهاض هي نفسها بدلالة الوسطين.
- يؤثر العمر عند الزواج الأول للأم على حدوث الإجهاض، بحيث كلما ارتفع عمر الأم عند الزواج الأول صاحبه انخفاض في احتمال تعرضها للإجهاض بنسبة 1.7 %.
- يؤثر الاستخدام طويل المدى لوسائل منع الحمل على الإجهاض بحيث كلما استخدمت الأم وسائل منع الحمل قلت فرص حدوث الإجهاض لديها بنسبة 1.6%.

الملاحق

التوزيع النسوة المتزوجات حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة
15	1	0
16	8	0
17	20	0.1
18	61	0.3
19	102	0.5
20	157	0.8
21	220	1.2
22	281	1.5
23	349	1.9
24	343	2.3
25	529	2.8
26	564	3
27	619	3.3
28	686	3.6
29	726	3.9
30	680	3.6
31	767	4.1
32	744	4
33	761	4
34	767	4.1
35	793	4.2
36	791	4.2
37	682	3.6
38	728	3.9
39	729	3.9
40	725	3.9
41	732	3.9
42	676	3.6
43	644	3.4

44	701	3.7
45	678	3.6
46	620	3.3
47	664	3.5
48	670	3.6
49	506	2.7
المجموع	18818	100

توزيع النسوة حسب أعمارهن وتعرضهن للإجهاض

العمر	لم تجهض	أجهضت	المجموع
15	100	0	100
16	100	0	100
17	100	0	100
18	95.1	4.9	100
19	99	1	100
20	98.7	1.3	100
21	98.2	1.8	100
22	98.9	1.1	100
23	96.8	3.2	100
24	96.8	3.2	100
25	95.5	4.5	100
26	95.7	4.3	100
27	96	4	100
28	96.6	3.4	100
29	96	4	100
30	93.8	6.2	100
31	95	5	100
32	95	5	100
33	94.1	5.9	100
34	94.7	5.3	100

100	7.4	92.6	35
100	6.3	93.7	36
100	5.3	94.7	37
100	6.3	93.7	38
100	7.4	92.6	39
100	6.3	93.7	40
100	7.5	92.5	41
100	6.4	93.6	42
100	8.7	91.3	43
100	8.5	91.5	44
100	8	92	45
100	6.6	93.4	46
100	8.4	91.6	47
100	10	90	48
100	6.7	93.3	49
100	6	94	المجموع

توزيع النسوة المتزوجات حسب العمر عند الزواج الأول

النسبة	التكرار	العمر
1.2	220	15
2.1	391	16
3.8	722	17
6.2	1164	18
7.9	1489	19
8.7	1639	20
8.6	1618	21
8.8	1651	22
7.9	1656	23
7.7	1495	24
6.8	1456	25
5.8	1284	26

5.2	1092	27
4.1	978	28
3.2	764	29
2.3	601	30
1.9	429	31
1.5	362	32
1.3	277	33
1	243	34
0.7	179	35
0.5	138	36
0.5	102	37
0.4	99	38
0.3	82	39
0.3	49	40
0.3	50	41
0.3	45	42
0.2	33	43
0.2	20	44
0.2	19	45
0.1	10	46
0.1	3	47
0.1	3	48
0	0	49
100	18059	المجموع

توزيع النسوة حسب اعمارهن عند الزواج الأول وتعرضهن للاجهاض

العمر	لم تجهض	أجهضت	المجموع
15	90	10	100
16	92.3	7.7	100
17	94	6	100
18	94.1	5.9	100
19	93.8	6.2	100
20	94.5	5.5	100
21	92.9	7.1	100
22	92.7	7.3	100
23	93	7	100
24	94	6	100
25	94.8	5.2	100
26	94.9	5.1	100
27	94.6	5.4	100
28	94.5	5.5	100
29	95.8	4.2	100
30	95.6	4.4	100
31	92.5	7.5	100
32	94.6	5.4	100
33	93.4	6.6	100
34	93.3	6.7	100
35	95.7	4.3	100
36	92.2	7.8	100
37	93.9	6.1	100
38	97.6	2.4	100
39	98	2	100
40	96	4	100
41	95.6	4.4	100
42	93.9	6.1	100
43	100	0	100

45	95	5	100
46	100	0	100
47	100	0	100
48	100	0	100
49	100	0	100
المجموع	94	6	100

توزيع النسوة المتزوجات حسب مدة استعمالهن موانع الحمل

الشهر	لم تجهض	أجهضت	المجموع
0	91.3	8.7	100
1	94.8	5.2	100
2	93.9	6.1	100
3	94.2	5.8	100
4	95.6	4.4	100
5	95.7	4.3	100
6	94	6	100
7	95.1	4.9	100
8	94.6	5.4	100
9	95.4	4.6	100
10	91.9	8.1	100
11	94.6	5.4	100
12	94.7	5.3	100
13	92.4	7.6	100
14	92.7	8.3	100
15	93.7	6.3	100
16	98.4	1.6	100
17	91.9	8.1	100
18	91	9	100
19	87.2	12.8	100
20	95.2	4.8	100
21	96.7	3.3	100
22	93	6.5	100
23	96.9	3.1	100
24	88.9	11.1	100
25	85.7	14.3	100
26	88.2	11.8	100
27	100	0	100
28	93.3	6.7	100

29	100	0	100
30	50	50	100
31	100	0	100
32	100	0	100
33	100	0	100
34	100	0	100
35	100	0	100
36	100	0	100
37	100	0	100
38	100	0	100
المجموع	94.3	5.7	100

قائمة المراجع

قائمة المراجع والمصادر:

أ . المصادر:

- . التقرير النهائي للمسح العنقودي متعدد المؤشرات6 MICS 2019
- . المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002.
- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992.

ب . الكتب

- أبو الأسباط الحافظ يوسق موسى، **الجنس بين الإسلام والعلمانية**، شركة مرامر للصاعة الإلكترونية، الرياض، 1408هـ، ص198
- احمد رضا، **معجم متن اللغة**، دار مكتبة الحياة، بيروت, 1377هـ.
- ام كلثوم يحي مصطفي الحطيب، **قضية تحديد النسل في الشريعة الإسلامية**، الدار السعودية لنشر والتوزيع، الرياض، ط2, 1404هـ.
- امينة رويحة، **المرأة قي سن الاخصاب وسن اليأس**، ط1, ذار القلم، لبنان 1974.
- الخطابي، **النهاية قي عريب الحديث**، ح4, ص356, وان منظور، لسان العرب، ح7.
- د. عبد الله عزالدين بن عامر، **التحليل السكاني الرياضي**، دار الكتب الوطنية، ط1، بنغازي، ليبيا، 2003.
- د.محمد بنيغيش، **أحكام النسب، لحماية الأسرة في الاسلام**، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت، لبنان، 2007.
- رشود بن محمد الخريف، معجم المصطلحات السكانية والتنموية، مؤسسة الملك خالد الخيرية، سنة 2010.
- رياض عثمان، **معايير الجودة البحثية في الرسائل الجامعية**، دار الكتب العلمية، ط1، بيروت،2014.
- زيتا وست، **العناية بالحامل والجنين**، أكاديميا إنترناشيونال، سبتمبر 2014، ط 8.
    - سمير الرديسي، جغراقيا الطبية، 1421 هـ، ص224
- عبد العزيز اللبدي، **القاموس الطبي العربي**، ذار البشير، ط1, عمان، الأردن, 2005.
- عبد الله الطريقي، **تنظيم النسل وموقف الشريعة الإسلامية منه**،
    - عبد المومن بن الصغير، **الصعوبات التي تعترض الباحث العلمي في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية وحدود الموضوعية العلمية** مجلة جيل العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد1، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الجيلالي اليابس سيدي بلعباس، الجزائر، 2013.
    - عبد الناصر جندلي، تقنيات **ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،2005.
- عدنان غانم، فريد خليل الجاعوني، استخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في دراسة اهم المحددات الاقتصادية والاجتماعية، لكفاية الدخل، مجلة جامعة دمشق للعوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، 2011

- علي عبد الرزاق جلبي وآخرون، **البحث العلمي الاجتماعي لغته ومداخلته ومناهجه وطرائقه**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، القاهرة ،2003.
- عمار بوحوش، **دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية**، المؤسسة الوطنية للكتاب، ط2، الجزائر.
- محمد سعيد البوطي، **مسألة تحديد النسل وقاية وعلاج**، ذار الالباب، دمشق, 1409هـ.
- محمد سيف السباعي، **الإجهاض بين الفقه والطب والقانون**، ، ذار الكتب العربية، بيروت, 1398هـ,
- محمد عبد السلام، **مناهج البحث العلمية في العلوم الاجتماعية والانسانية**، مكتبة النور، القاهرة، مصر ،2020، ص10، بتاريخ 2021/11/05 ساعة 19:31 http:// www.noor.book.com
- محمد علي البار، **مشكلة الإجهاض**، الدار السعودية لنشر والتوزيع، الرياض, 1408هـ، ط2.
- ندى جميل إسماعيل، **أمراض العقم والحمل والولادة**، المركز الثقافي للطباعة والنشر والترجمة والتوزيع، الطبعة 1، 2016.
- نورمان سميث، ترجمة: مارك عبود، **الحمل**، المحلة العربية، الرياض ,2013, ط1.

ج ـ الرسائل الجامعية والمقالات العلمية:

- بوهرارة عز الدين، **تغيير الزواج والخصوبة قي الجزائر، دراسة مقارنة بين المسح الوطني حول الاسرة سنة 2002 والمسح الوطني العنقودي المؤشرات سنة 2006**، عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الما جستير،2013_2014، جامعة باتنة.
- خديجة سواكري، **أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص الديمغرافيا**، جامعة باتنة، 2020/2019.
- دردريش أحمد، **متوسط العمر عند الزواج الأول دراسة ديمغرافية**، جامعة سعد دحلب البليدة.
- دواد بن سليمان بن حميد الصبحي، **الإجهاض بين التحريم والاباحة في الشريعة الإسلامية والنظم الوضعية** (بحث مقدم استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في مكافحة الجريمة)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض, 1998.
- فطيمة دريد، **النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه قي علم الاجتماع، جامعة قسنطينة, 2006_2007,ص26
- محمد صالح مسعى أحمد، د. علي حمزة شريف، **المحددات الديمغرافية لانتشار مرض الإيدز في الجزائر– ولاية ورقلة أنموذجا (مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية)**، العدد11، فيفري 2019، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

د ـ المواقع الإلكترونية:

[1] http://www.cesarine.org le 19/12/2021 à 13.11

.- http:// e.lol.eg.com le: 23/12/2021 à 01 :19.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدارسة إلى التعرف على المحددات الديموغرافية المؤثرة في تعرض الأم للإجهاض، بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS 6(2019) ، حيث بلغت الفئة المستهدفة 18819 مبحوثة. بالاعتماد على برنامج SPSS وبعد المعالجة الإحصائية بتوظيف اسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي وبإتباع المنهج الوصفي التحليلي، تم التوصل إلى أن المتغيرات عمر الأم، المستوى التعليمي للأم، عدد الأطفال المنجبين ومدة استعمال موانع الحمل تؤثر على تعرض الأم للإجهاض بعلاقة طردية بينما يؤثر العمر عند الزواج الأول بعلاقة عكسية على تعرض الأم للإجهاض، أما متغير المنطقة السكنية فتبين انه لا يؤثر في تعرض الأم للإجهاض.

الكلمات المفتاحية :الإجهاض، المحددات الديموغرافية، الإملاص، الولادة، الولادة الميتة.

Résumé de l'étude :

Cette étude vise à identifier les déterminants démographiques de l'avortement, à partir de la base de dnnées de l'enquête MICS 6 (2019), ciblant 18 819 mères. En s'appuyant sur le programme SPSS et après traitement statistique par la méthode de régression logistique binaire, il a été conclu que les variables : l'âge de la mère, le niveau d'instruction de la mère, le nombre d'enfants nés et la durée d'utilisation de la contraception affectent la l'exposition à l'avortement dans une relation positive, alors que l'âge au premier mariage affecte l'exposition de la mère dans une relation inverse à l'exposition de la mère Quant à la variable zone de résidence, il a été constaté qu'elle n'affecte pas l'exposition de la mère à l'avortement.

Mots clés : avortement, déterminants démographiques, naissance, mortinaissance.