



جامعة قاصدي مرباح - ورقلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم: علم الاجتماع والديمغرافيا  
مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي  
الميدان: العلوم الاجتماعية  
الشعبة: الديمغرافيا  
التخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية

من إعداد الطالبة: عقال سمية

### عنوان المذكرة:

تأثير العوامل السوسيو الديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الأمهات  
دراسة ميدانية على عينة من النساء العاملات بقطاعي التعليم والصحة والنساء غير العاملات بمدينة  
تقرت سنة 2023

### لجنة المناقشة

شمانى احمد	استاذ محاضر أ	رئيسا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة
طعبة عمر	استاذ محاضر أ	مشرفا ومقررا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة
شنقال طارق	استاذ مساعد أ	مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة

# شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، واشكره شكرا جزيلا على ما انعم به عليا، ووفقني واعانني على إتمام هذا العمل ورزفني القوة والشجاعة والعزيمة والإرادة والصبر على كل الصعوبات والانتقادات فله الحمد حمدا كثيرا وله الشكر شكرا كثيرا. كما أتقدم بالشكر الجزيل الى استاذي الفاضل "**الدكتور طعبة عمر**" المخلص في عمله الذي يعمل دون مقابل ولا عطاء الى صاحب العقل الراقى والقيم النبيلة الى من تحمل صبره معي لإتمام عملي الى من انار دروب حياتي بإرشاده توجيهه، وتشجيعه الى من يعجز الحاسوب عن حساب عمله المقدم، أرجو من الله ان يجعل له كل حرفا وكلمة وعدد وجملة وكلماته تشجيعية التي غرست في قلبي روح الامل والتفاؤل في ميزان حسناته أحسن الله اليه ورزقه الصحة والعافية. كما أتقدم بالشكر الى الأساتذة الافاضل قسم علم الاجتماع والديمغرافيا وخاصة أستاذ عبان عبد القادر-أستاذة بن نور صابرة، وأعضاء لجنة المناقشة فجزاكم الله عنا كل الجزاء، ولكم منى كل الشكر والتقدير والاحترام. كما أتقدم بشكري الى اخوتي واخواتي في الدفعة التخطيط الديمغرافي والتنمية وخاصة رفيقاتي ونعمه الصحبة"-شيماء زاوي-ايرو سارة- رزاق سالم ملاك وخوخي فريال."

# الفرحة

بعد شكر الله وفضله اهدي هذا الاهداء الى والديا اللذين هما سببا وجودي في هذه الحياة ونلت من

خالص دعائهما بالتوفيق والنجاح في مشوار دراستي فجزاهما الله عني خير الجزاء، وبارك الله فيهما وحفظهما بحفظه ومتعهما

بالصحة والعافية ورزقهما البركة في العمر. الى قرة عيني احباب قلبي اخوتي اخواتي حفظهم الله بحفظه ورعاهم وخاصة اخوتي

وسندي صلاح الدين وعبد المعز وحمزة.

## فهرس المحتويات

الصفحة	قائمة المحتويات
III	الشكر والتقدير
IV	الإهداء
V	الفهرس
VII	قائمة الجداول
أ	مقدمة
<b>الفصل الأول: الإطار المنهجي لدراسة</b>	
5	الاشكالية
6	الفرضيات
7	أهداف الدراسة
7	أهمية الدراسة
8	أسباب اختيار الموضوع
8	المنهج المستعمل
8	التعاريف الإجرائية
8	تحديد المفاهيم
9	الدراسات السابقة
13	صعوبات الدراسة الموجهة
<b>الفصل الثاني: تطور مؤشرات الصحة الإنجابية والرعاية الصحية للام في الجزائر</b>	
16	الفئات المستهدفة في إطار الصحة الانجابية
16	عناصر الصحة الانجابية
16	العوامل المؤثرة على الصحة الانجابية
16	تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة 2000 - 2015
17	المتابعة الصحية قبل الولادة
18	تطور اهم مؤشر الرضاعة الطبيعية في الجزائر
18	فوائد الرضاعة الطبيعية
19	تطور معدل وفيات الامهات



20	تعريف الاجهاض
20	التعامل مع المضاعفات الناتجة عن عملية الاجهاض
21	الأمراض المنقولة جنسيا
21	الرعاية الصحية خلال فترة الحمل
21	الرعاية الصحية بعد الولادة
21	تعليم الام
<b>الفصل الثالث: الإطار التطبيقي للدراسة</b>	
24	تمهيد
25	الإجراءات المنهجية للدراسة
25	مجالات الدراسة
25	عينة الدراسة
25	الأساليب الإحصائية
26	أدوات جمع البيانات
26	الخصائص العامة للمبحوثات
33	مؤشرات الصحة الإيجابية
37	اختبار ومناقشة الفرضيات
51	نتائج الدراسة
53	خلاصة الفصل
58	خاتمة

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم 1.2	المتابعة الصحية قبل الولادة من 1 زيارة الى 4 زيارات على الأقل خلال سنوات 1992-2012	17
جدول رقم 2.2	تطور نسب تلقي النساء الحوامل للرعاية الصحية بعد الولادة خلال سنوات 1992-2006	17
جدول رقم 3.2	تطور نسب استعمال منع الحمل في الجزائر خلال سنوات 1986-2012	18
جدول رقم 4.2	تطور نسب استمرار الرضاعة في الجزائر من 1992 الى 2019	19
جدول رقم 5.2	تطور وفيات الرضع في الجزائر حسب الجنس خلال الفترة 2007-2016	19
جدول رقم 1.3	توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية الخماسية	26
جدول رقم 2.3	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي	27
جدول رقم 3.3	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن	28
جدول رقم 4.3	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية	29
جدول رقم 5.3	توزيع المبحوثات حسب نوع العمل في التعليم	29
جدول رقم 6.3	توزيع المبحوثات حسب نوع العمل في الصحة	30
جدول رقم 7.3	توزيع المبحوثات حسب الدخل الشهري	31
جدول رقم 8.3	توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية لأزواجهن	31
جدول رقم 9.3	توزيع المبحوثات حسب الدخل الخاص بأزواجهن	31
جدول رقم 10.3	توزيع المبحوثات حسب طبيعة المسكن	32
جدول رقم 11.3	توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن	32
جدول رقم 12.3	توزيع المبحوثات حسب المتابعة قبل الولادة	33
جدول رقم 13.3	توزيع المبحوثات حسب المتابعة بعد الولادة	33
جدول رقم 14.3	توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن الاجهاض	34
جدول رقم 15.3	توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الصحية بعد الاجهاض	34
جدول رقم 16.3	توزيع المبحوثات حسب نوع المضاعفات الصحية بعد الاجهاض	34
جدول رقم 17.3	توزيع المبحوثات حسب نوع الحمل بعد الاجهاض	35
جدول رقم 18.3	توزيع المبحوثات حسب الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل	35
جدول رقم 19.3	توزيع المبحوثات حسب الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل	36

36	توزيع المبحوثات حسب نوع الوسيلة المستعملة	جدول رقم 20.3
37	توزيع المبحوثات حسب السن الأول للزواج والمتابعة قبل الولادة	جدول رقم 21.3
39	توزيع المبحوثات حسب السن الحالي للام والمتابعة بعد الولادة	جدول رقم 22.3
41	توزيع المبحوثات حسب عدد المواليد والمتابعة بعد الولادة	جدول رقم 23.3
42	توزيع المستجوبات حسب نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين والاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل	جدول رقم 24.3
44	توزيع المبحوثات حسب نمط المسكن والاستعمال الحالي لموانع الحمل	جدول رقم 25.3
45	توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية وحالات الاجهاض	جدول رقم 26.3
46	توزيع المبحوثات حسب مستواهن التعليمي واستعمال وسائل تنظيم الاسرة	جدول رقم 27.3
48	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن واستعمال وسائل تنظيم الاسرة	جدول رقم 28.3
49	توزيع المبحوثات حسب حالتهم الاقتصادية واستعمال موانع الحمل	جدول رقم 29.3

# المقدمة



نشهد في الوقت الحالي تغيرات عديدة في التحولات ديمغرافية و الصحة الإنجابية في جل دول العالم والجزائر واحدة من بين هذه الدول، وذلك بانتشار ثقافة تنظيم الاسرة بين الاسر الجزائرية وانخفاض معدلات وفيات الأمهات الناجمة عن مضاعفات الصحية خلال فترتي الحمل والولادة والنفاس، وتم تحقيق ذلك التحسن الملحوظ نتيجة محاولة إنجاز الأهداف الإنمائية للألفية تبعا لتطور الخدمات الصحية للمرأة في جميع مستويات عملية التنمية التي تكتمل بصحة نجابية جيدة ورعاية كاملة"، واعتمادا على احدث الإحصائيات الخاصة بنتائج الإنمائية للألفية 2015 نجد تباينا ملحوظ في مؤشرات الصحة الإنجابية للمرأة بين مختلف دول العالم.

حرصت الجزائر على تقديم خدمات الرعاية الصحية والنظام الصحي لحماية صحة الامومة والطفولة اذ يعد الاهتمام بالصحة الإنجابية جزء مهما في حياة الانسان فهي تبدأ من مرحلة الطفولة الى مرحلة الشيخوخة لذا اهتمت الجزائر بالفحص الطبي قبل الزواج واعتمدت على مجموعة من البرامج والسياسات لتحسين نوعية الحياة للفئات المستهدفة للوصول الى مستوى عال من الجودة، ويهدف الفحص الطبي قبل الزواج الى الوقاية الأكثر من العلاج.

فضلا عن ذلك التطور في المستوى التعليمي وخصوصا للفتيات الذي ساهم في تحقيق تنمية القدرات العقلية من اجل المحافظة والعناية بالجوانب الصحية الأخرى منها النفسية والبدنية والاجتماعية فسلامة العقل من سلامة الجسم خاصة ما تعلق بالصحة الإنجابية وصحة الجنين اذ يعتبر الانجاب امرا مهما لاستمرار جودة الحياة.

لهذا الغرض اخذنا هذه الدراسة بالتساؤل «ما أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الأمهات بمدينة تقرت» وقد اشتمل هذا العمل على مقدمة وثلاثة فصول.

**الفصل الأول:** تناولنا فيه الإطار المنهجي للدراسة من خلال تحديد الإشكالية، الفرضيات، أسباب اختيار الموضوع، الاهداف المرجوة، المنهج المستعمل، التعاريف الإجرائية والمفاهيم، الدراسات السابقة وصعوبة الدراسة.

**الفصل الثاني:** خصصناه لتطور مؤشرات الصحة الإنجابية والرعاية الصحية للام في الجزائر.

**الفصل الثالث:** عرضنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة، كيفية اختيار العينة، الأساليب الإحصائية المستعملة، اختبار وتحليل ومناقشة

الفرضيات ثم استخلاص النتائج.

# الفصل الأول

# الفصل الأول

## الإطار المنهجي للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- أسباب اختيار الموضوع

6- المنهج المستعمل

7- التعاريف الإجرائية

8- تحديد المفاهيم

9- الدراسات السابقة

10- صعوبات الدراسة الموجهة

## الإشكالية:

تعد الصحة نعمة من نعم الله تعالى، فان أغلى ما يملكه الانسان صحته، وان غاية ما يتمناه ان يكون سليما معافا بدنيا وعقليا من كل الامراض والأوبئة ليعيش حياة صحية وسعيدة لتحقيق امكانياته ورغباته في الحياة. فالصحة هي كنز للإنسان، وهي مصدر للثروة وتحقيق التنمية الاقتصادية والنمو الاقتصادي.

تعد الصحة الإنجابية جزءا جوهريا وأساسيا من الصحة العامة، فهي أحد الحقوق الأساسية لتحقيق السلم والامن في المجتمع، فهي سلامة الانجاب المتعلق بسلامة الام والطفل الذي يساهم في تحقيق بناء المجتمعات الإنسانية وتطويرها والحفاظ على نمو السكان بشكل سريع ومتزايد، فالتمتع بالصحة من الضروريات الأساسية للأفراد والازواج والاسر.

ان متابعة الرعاية الصحية للمرأة اثناء الحمل والولادة يمكنها من التمتع بصحة جيدة طوال فترة حياتها، فالرعاية الصحية أحد اهم ركائز الرئيسية لأمومة الامنة، لكن قلة الوعي و الاهتمام المتعلق بالرعاية الصحية من طرف الأمهات او قلة الهياكل الصحية و سبل الوقاية قد تؤدي الى زيادة انتشار الامراض المتعلقة بصحة الام والطفل، مما يساهم في ارتفاع وفيات الأمهات اثناء الولادة و بعد الوضع، و تعتبر مؤشرات معدلات وفيات الأمهات و وفيات الأطفال من اهم المؤشرات ديمغرافية لأنها تعبر عن مدى التطور الصحي والتنمية التي تهتم بصحة الأمهات للإنجاب لأنهن يتعرضن لمناعب الحمل و المخاطر وتختلف المؤشرات حسب وسط إقامة الأمهات. "حيث كشف تقرير لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ان 700 امرأة حامل تتوفى سنويا في الجزائر، نتيجة تعقيدات ترتبط بالحمل او الولادة بمعدل قدره 97 وفاة بين كل مئة ألف ولادة. وتسجل نصف وفيات النسوة الحوامل في المناطق الريفية داخل سيارات الإسعاف، اثناء تحويلهن من هياكل طبية الى المستشفيات. وأكد المصدر ذاته ان 18,4% من الحوامل يتوفين بسبب ارتفاع ضغط الدم، الذي يغفل عنه الحوامل وترتبط وفيات 16,6% من الحوامل بالتنزيف".

وتختلف مرحلة الحمل والولادة من امرأة الى أخرى وذلك باختلاف الظروف السوسيو ديمغرافية للمرأة، رغم ان الانجاب عملية طبيعية تمر بها كل امرأة خلال فترة حياتها الإنجابية. حيث تساهم هذه المؤشرات ديمغرافية في تحقيق وتكوين اسرة صحية وقوية حيث ان الاسرة هي النواة المجتمع فسلامة الاسرة من سلامة المجتمع. "كما حثت الشريعة على اتباع طرق الصحة العامة لكثرة الانجاب وخوفا من الوقوع في الامراض والعلل وانتقال عدوى الامراض." "واستنادا لإحصائيات منظمة الصحة العالمية تتوفى كل سنة 536 ألف امرأة بسبب

عوامل ترتبط بفتري الحمل والولادة. " ولذلك يجب انقاذ حياة النسوة والتخفيف من معاناتهن والوضع الخطير الذي يؤدي الى فشل التنمية الصحية.

وتعد عملية التخطيط للتنمية الصحية امرا ضروريا ورئيسيا لما له أهمية كبيرة حيث ساهم في توفير الهياكل والمنشآت الصحية والنظام الصحي وهذا يتيح الحصول على الخدمات الصحية الملائمة للمرأة، كما ان عملية التخطيط للتنمية الصحية له أثر إيجابي في تحسين صحة الام والطفل وارتفاع امل الحياة عند الولادة. وهذا ما نلمسه انطلاقا من الواقع الديمغرافي في الجزائر، بحيث ارتفع امل الحياة من 75,6 سنة عند الذكور، و 77 سنة عند الاناث سنة 2010 ومرد ذلك تحسن الصحي والمعيشي بشكل عام.

وتشير الإحصائيات الى ارتفاع عدد سكان العالم بشكل كبير جدا، بحيث كان عددهم 3 مليارات نسمة سنة 1960، وتجاوز 5 مليارات نسمة عام 1987، ليلعب سنة 2018 حوالي 7,6 مليار نسمة. نفس الامر ينطبق على الجزائر بحيث ارتفع عدد سكانها من حوالي 12 مليون نسمة سنة 1966 الى 35 مليون نسمة سنة 2008 ، واستمر معدل النمو السكاني في الارتفاع ليفوق 2% سنة 2010، وقد حققت الجزائر تحسنا ملحوظا في الشروط الحياتية للمرأة بدرجة كبيرة تدخل ضمن الأهداف الإنمائية للألفية 2000-2015 فيما تعلق بتنظيم الاسرة وتخفيض وفيات الأمهات، حيث ركزت الأهداف الإنمائية للألفية بشكل كبير على الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية وهذا ما أسهم في تحسين وضعية العوامل السوسيو ديمغرافية التي لها بالغ الأثر على الصحة الإنجابية، ويمكن ملاحظة ذلك في الجزائر عموما وفي تفرقت خصوصا. فمن خلال ما تقدم نطرح التساؤل التالي: ما أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الامهات

بمدينة تفرقت؟

ومنه تنبثق مجموعة من الأسئلة الفرعية وهي:

- 1-هل يؤثر السن الأول للزواج على مؤشرات الصحة الإنجابية؟
- 2-هل يؤثر سن الام الحالي على مؤشرات الصحة الإنجابية؟
- 3-هل يؤثر عدد الأطفال على مؤشرات الصحة الإنجابية؟
- 4-هل يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على مؤشرات الصحة الإنجابية؟
- 5-هل يؤثر نمط المسكن على مؤشرات الصحة الإنجابية؟
- 6-هل تؤثر الحالة الفردية على مؤشرات الصحة الإنجابية؟

7- هل يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على مؤشرات الصحة الإنجابية؟

8- هل تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على مؤشرات الصحة الإنجابية؟

### فرضيات الدراسة:

تعتبر الفرضيات من بين أحد أهم خطوات البحث العلمي، والتي من شأنها ان توجه الباحث خلال دراسته. بحيث يطور الباحث الفرضيات بشكل يوضح مختلف التفسيرات المحتملة والمقترحة للعلاقة بين عاملين أحدهما العامل المستقل (وهو السبب) والآخر العامل التابع (وهو النتيجة) التي حدثت نتيجة كافة العوامل المستقلة، وبهذا تمثل الفرضيات احتمالات وإمكانات لحل المشكل المطروح وإجابات أولية للتساؤلات الفرعية المطروحة، وعليه نقترح في هذه الدراسة الفرضيات التالية: (طبعة، 2016-2017، صفحة 17)

1- يؤثر السن الأول للزواج على مؤشرات الصحة الإنجابية.

2- يؤثر سن الام الحالي على مؤشرات الصحة الإنجابية.

3- يؤثر عدد الأطفال على مؤشرات الصحة الإنجابية.

4- يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على مؤشرات الصحة الإنجابية.

5- يؤثر نمط المسكن على مؤشرات الصحة الإنجابية.

6- تؤثر الحالة الفردية على مؤشرات الصحة الإنجابية.

7- يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على مؤشرات الصحة الإنجابية.

8- تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على مؤشرات الصحة الإنجابية.

### اهداف الدراسة:

تسعى دراسة أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية الى تحقيق مجموعة من الأهداف الأساسية التي تخدم طبيعة

المشكل المدروس، وتكمن اهم هذه الأهداف فيما يلي:

- معرفة مدى وعي الأمهات للمتابعة الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة في مدينة تقرت.
- التعرف على موقف الأزواج في استخدام وسائل منع الحمل وتنظيم الاسرة بما يتوافق مع الظروف السوسيو ديمغرافية نحو أولادهم وأنفسهم، وما نوع الوسيلة الأكثر استعمالا؟ وما انعكاساتها على صحة الام والطفل في مدينة تقرت؟



- معرفة اهم الأسباب لحدوث الإجهاض ونوع المضاعفات الصحية الناتجة عنه والأكثر انتشار لدى الامهات وما المددة بينه وبين الحمل الموالى في مدينة تقرت.
- التعرف على العوامل التي تؤثر على نمط الانجاب والمباعدة بين عدد المواليد.
- معرفة المددة المستغرقة للرضاعة الطبيعية بين عدد المواليد في مدينة تقرت.
- معرفة مدى اسباب انتشار الولادة القيصرية وانعكاساتها السلبية على صحة الام والمولود في المدينة.

### أهمية الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات السكانية التي تتطرق لمعرفة المؤشرات الصحية الإنجابية التي تبحث في مجال التوعية المتعلقة بالرعاية الصحية الملائمة للأمهات للوصول الى صحة إنجابية جيدة، وتتلخص أهمية هذه الدراسة فيما يلي:

ان أهمية متابعة الرعاية الصحية للحوامل تعتبر نقطة بداية جيدة وسليمة التي تمكن النساء من المرور بفترات الحمل والولادة بأمان للحصول على ولادة امنة حول صحتهن وصحة طفلهن.

### أسباب اختيار الموضوع:

يرجع السبب في اختيار عنوان هذه الدراسة بسبب اهتمامات الشخصية يعتبر أولاً لتخصص التخطيط ديمغرافي الذي يهدف الى تحقيق التنمية الشاملة والمستدامة، وثانيا من اجل العزيمة والإرادة في التخصص وموضوعه هذا، ويكمن السبب الثالث لأهميته و رغبة مني في البحث عن معرفة تلك المشاكل المتعلقة بالصحة الانجابية من اجل اكتساب معارف ومعلومات جديدة وزيادة الفهم والوعي الثقافي والصحي في هذا الجانب ويتم ذلك من خلال الإجابات التي تم جمعها من طرف الأمهات المبحوثات لتحليل تلك الأسباب وتفسير النتائج للوصول الى حقائق علمية و ذلك بتطبيق الأساليب الإحصائية.

### المنهج المستعمل في الدراسة:

يفهم من المنهج العلمي انه أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها، وبالتالي الوصول الى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة محل الدراسة، وبما ان طبيعة الدراسة او الموضوع هي المعيار الأساسي الذي يملى علينا اختيار المنهج الأنسب الذي يجب اعتماده، ولان الموضوع محل دراستنا يدور أساسا حول ما أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الامهات في

مدينة تقرت؟ وعلى هذا الأساس فإن الإحاطة بهذا الموضوع وبلوغاً للأهداف المرجوة من الدراسة تم اعتماد كل من المنهج الوصفي والمنهج التحليلي (طبعة، البنى الاسرية الجزائرية و تراكيبها العائلية من خلال معطيات المسح mics3،2006، تطورها خصائصها و علاقتها بالخصوبة، 2017، صفحة 20).

## التعريفات الإجرائية:

**1-العوامل الاقتصادية:** تعد الحالة الفردية للام من اهم العوامل الاقتصادية، وتتمثل العوامل الاقتصادية في نوع المهنة، مكان العمل، ساعات العمل، والدخل الاسري للأزواج.

**2-العوامل الديمغرافية:** والمقصود بها مجموع المحددات ديمغرافية والمتمثلة في عمر الأزواج عند الزواج الأول-والعمر عند الانجاب -السن الحالي-وعدد الأطفال المنجبين، حجم الاسرة والمستوى التعليمي والثقافي.

**3-العوامل الاجتماعية:** ويقصد بها جميع الخصائص السكانية المتمثلة في نوع السكن، طبيعة المسكن، نوع ملكية السكن، والمنطقة السكنية، وتواجد المرافق العامة من مستشفيات.

## تحديد المفاهيم

**1 -الصحة:** تختلف الصحة باختلاف الافراد. وكذلك تختلف مع مرور الزمن والتطور العلمي والتكنولوجي ونجد من بين مجموعة من التعريفات للصحة بأنها تحقيق حالة السلامة العامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد حيث ان هذا التوازن يلزم من جهة اشباع الحاجات الأساسية للإنسان كالحاجات العاطفية الغذائية والصحية والتربوية والاجتماعية. (عزيزي و بلخيري، 2022، صفحة 280)

**2-مفهوم الصحة الإنجابية:** هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض او الإعاقة. ولذلك تعني "الصحة الإنجابية" قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الانجاب، وحريرتهم في تقرير الانجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمنا، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الاسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من ان تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص الانجاب وليد متمتع بالصحة. "وتعرف الرعاية الصحية الإنجابية:" بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع الحمل وحل المشاكل الصحية الإنجابية وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي الى

تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، 2002، صفحة 1)

### الدراسات السابقة:

نضع تحت هذا العنوان بعض الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع بحثنا والتي تساعدنا في تحديد معالجة هذا الموضوع المطروح للبحث، وتكمن أهمية الدراسات العلمية انما تمكن الباحث على التعرف من خلال ما توصل اليه الباحثون من خلال دراستهم على اهم المناهج المستعملة والفرضيات والأهداف والأهمية والنتائج التي توصلت اليها هذه الدراسات.

### 1-الرسائل الجامعية:

**الدراسة الأولى:** دراسة بعنوان المحددات السوسيو ديمغرافية للإنجاب، قامت بها الباحثة حياة بوتفوشات وهي أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديمغرافيا، وقد تمت سنة 2010-2011، وهي دراسة ميدانية على عينة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب بمركز حماية الامومة والطفولة، بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، ولاية الجزائر.

اما عن اهداف هذه الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:

- محاولة التعرف عن العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية وكذا الظروف الصحية والاسرية التي ترتبط بالسلوك الانجابي.
- محاولة معرفة مدى تأثير حدة الخلافات الزوجية على الرغبة في إنجاب الأطفال.
- محاولة معرفة مدى ارتباط السلوك الانجابي لدى الافراد بالوازع الديني لديهم كون الدين الإسلامي يرفض التحكم في النسل.

ومن بين نتائج هذه الدراسة نجد:

- ان السلوك الانجابي مرتبط بظروف الأشخاص المختلفة.
- نسبة قليلة من الأزواج يأخذون الوازع الديني بعين الاعتبار في مسالة استخدام وسائل منع الحمل.
- تتفق الدراسة السابقة " المحددات السوسيو ديمغرافية للإنجاب " مع الدراسة الحالية " أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الأمهات " في المتغيرات المستقلة والتابعة، الا اننا في الدراسة الحالية تطرقنا الى مؤشرات الصحة الإنجابية.
- ويكمن أوجه اختلاف الدراستين من ناحية نوعية العينة والمدينة:

- الدراسة الأولى السابقة: " دراسة ميدانية على عينة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب بمركز حماية الامومة والطفولة، بمستشفى مصطفى باشا الجامعي، ولاية الجزائر.

- الدراسة الثانية الحالية: " دراسة ميدانية على عينة من النساء العاملات بقطاعي التربية والصحة وغير العاملات بمدينة تفرت.

الدراسة الثانية: بعنوان "الرعاية الصحية للأمهات الحوامل في فترة الحمل واثناء وبعد الولادة"، قامت بها الباحثة بوحفص سمية وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، وقد تمت سنة 2011-2012، وهي دراسة ميدانية لعينة من الأمهات اللواتي يتراوح سنهن ما بين (15-49) سنة، من دائرة عين صالح ولاية تلمسان.

اما عن اهداف هذه الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:

- محاولة الكشف عن مدى تأثير مكان الإقامة على متابعة الأمهات الجزائريات عامة والصحراويات خاصة للرعاية الصحية.

- محاولة التعرف عن مدى تأثير نمط الاسرة على تلقي الأمهات الرعاية الصحية.

- محاولة معرفة دور المركز الاجتماعي في التزام الأمهات على تلقي الرعاية الصحية.

اما عن نتائج هذه الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:

- ان مكان الإقامة للأمهات الحوامل له تأثير واضح في سهولة الوصول الى الخدمات الصحية المتاحة، وهي عامل هام في تحديد نوع

الرعاية الصحية المتبعة خاصة اثناء الحمل واثناء عملية الولادة وبعدها وقد وجد نسبة 88,8% من الأمهات اللاتي يقطن في وسط

المدينة وقد قمن بالرعاية الصحية اثناء حملهن الأخير مقابل 61,6% من الأمهات اللاتي قمن بالرعاية الصحية خلال حملهن الأخير

الا انهن يقطن في ضواحي المدينة.

- نوع الاسرة له تأثير على تلقي الأمهات الرعاية الصحية فقد وجد نسبة 43,2% من الأمهات اللاتي قمن بمتابعة صحية وهن يقطن

مع اسرة نواويه مقابل 50,0% من الأمهات اللاتي يقطن في اسرة ممتدة.

- أفادت دراسة " الرعاية الصحية للأمهات الحوامل في فترة الحمل واثناء وبعد الولادة" في دراسة " أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على

الصحة الإنجابية لدى الأمهات. في " تكوين الأفكار الأساسية بما يتعلق بالمتابعة الصحية للحوامل وكذلك معرفة العوامل المؤثرة في

الرعاية الصحية للمرأة وكيفية بناء الاستمارة حول البيانات الخاصة بالرعاية الصحية للام.

- **أوجه الاختلاف:**

- الدراسة الأولى: دراسة ميدانية لعينة من الأمهات اللواتي يتراوح سنهن بين 15-49 سنة من دائرة عين صالح ولاية تلمسان.

- المتغير التابع: المتابعة الصحية اثناء فترة الحمل والولادة وبعد الولادة.
  - الدراسة الحالية: دراسة ميدانية لعينة من الأمهات العاملات بقطاعي التربية والصحة وغير العاملات بمدينة تڤرت.
  - المتغير التابع: مؤشرات الصحة الإنجابية.
- الدراسة الثالثة:** بعنوان " المحددات السوسيو ديمغرافية المؤثرة على تنظيم الاسرة" قامت بها الباحثة شاهد نجاه، وهي مذكرة لنيل شهادة الماستر في الديمغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، وقد تمت سنة 2021-2022، وهي دراسة ميدانية لعينة من نساء بلدية تڤرت بمستشفى الام والطفل.
- اما عن اهداف هذه الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:
- تسليط الضوء على واقع تنظيم الاسرة على مستوى بلدية تڤرت.
  - إضافة قاعدة بيانات ومعلومات جديدة تتعلق بتنظيم الاسرة ومستوياتها.
  - دور نمط الانجاب الحالي ومستواه في تعزيز صحة المرأة.
  - محاولة المساهمة في اثراء هذا النوع من الدراسات السكانية.
- اما عن نتائج هذه الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:
- العمر يؤثر في الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الاسرة
  - عدد الأطفال لدى المرأة يؤثر على استعمال وسائل تنظيم الاسرة
  - المستوى التعليمي لا يؤثر على استعمال وسائل تنظيم الاسرة
  - تتفق الدراسة السابقة " المحددات السوسيو ديمغرافية المؤثرة على تنظيم الاسرة" مع الدراسة الحالية" أثر العوامل السوسيو ديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الأمهات" في المتغيرات المستقلة وتختلف من حيث المتغيرات التابعة. ويتفقان كذلك في نفس المدينة" تڤرت".
  - **أوجه الشبه** " العوامل السوسيو ديمغرافية" وهي العوامل ديمغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية.
  - **أوجه الاختلاف:**
  - من حيث المتغير التابع: تنظيم الاسرة، مؤشرات الصحة الإنجابية.
  - من حيث عينة الدراسة السابقة: دراسة ميدانية لعينة من نساء بلدية تڤرت بمستشفى الام والطفل.

- من حيث عينة الدراسة الحالية: دراسة ميدانية لعينة من النساء العاملات وغير العاملات.
- كما أفادت هذه الدراسة السابقة في بناء معطيات الاستمارة للدراسة الحالية.

## 2- الدراسات الإحصائية:

### دراسة: المسح الجزائري لصحة الام والطفل:

نظرا للاهتمام الذي يوليه موضوع صحة الام والطفل تم اجراء مسح على مستوى التراب الوطني سنة 1992، حيث قام بتنفيذه كل من وزارة الصحة والسكان، والديوان الوطني للإحصاء. يهدف هذا المسح الى: تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للام والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

- دراسة الظواهر ديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصاءات الرسمية.
- تقسيم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الاسرة واتجاهاتها.
- تحديد ودراسة المحددات المؤثرة على صحة الام وارتباطها بالخصوبة.
- دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل.
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة، وأثرها على صحة الام والطفل.

كما تساهم هذه الدراسة في تحسين الحالة الصحية للام والطفل من خلال ابراز اهم المشكلات وتحديد الأولويات، ورسم الخطوط والسياسات واعداد البرامج الوطنية المرتبطة بصحة الام والطفل ومن اجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، موزعة بين الريف والحضر، وقدر حجم العينة ب: 6694 اسرة، شملت 5881 امرأة (متزوجة ومطلقة وارملة يقل عمرها عن 55 سنة) و5288 طفلا دون الخامسة من العمر منهم 4125 عمرهم ما بين (0-1) سنة.

اهتم المسح بإبراز ظاهرة وفيات الأمهات، وذلك باستخدام أسلوب التقدير غير المباشر والذي يعرف باسم أسلوب الاخوات، وقدر من خلالها معدل وفيات الأمهات ب: 215 لكل 100000 ولادة حية، منها 224 لكل 100000 ولادة حية في الريف مقابل 202 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في الحضر.

خلاصة بيانات المسح يشير اهتمام واضعي برامج السياسة الصحية الى وضع برامج تؤدي الى خفض أكثر المعدلات وفيات الأطفال والرعاية الصحية الجيدة للام وخاصة التركيز على التقليل في معدلات وفيات الأطفال الرضع، والتباين في الرعاية الصحية بين المناطق الريفية والحضرية،

إضافة الى تحسين البيئة داخل المنزل والأماكن المحيطة به حالياً كل هذه الخطوات تساعد على التقليل من انتشار الأمراض المعدية ونقص معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع.

### صعوبات الدراسة:

لا يخلو أي بحث من بعض الصعوبات التي تواجه الدارس أثناء عمله، وقد تختلف هذه صعوبات من دراسة الى أخرى، ومن

باحث الى اخر، ومن أبرز هذه الصعوبات التي اعترضتنا أثناء عملية البحث كثيرة من أهمها:

-عدم استجابة بعض المجيبات عن بعض الأسئلة المطروحة عليهن.

-عدم ضبط بعض الإجابات.

-فقدان بعض من الاستمارات



# الفصل الثاني

## الفصل الثاني

### تطور مؤشرات الصحة الإنجابية والرعاية الصحية للام في الجزائر

- 1- الفئات المستهدفة في إطار الصحة الإنجابية
- 2- عناصر الصحة الإنجابية
- 3- العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية
- 4- تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة (2000-2015)
- 5- تطور مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر
- 6- الرعاية الصحية للمرأة الحامل في الجزائر
- 7- تعليم الام

### تمهيد:

تعتبر المتابعة الطبية للأم خلال فترة الحمل احد المقومات الأساسية لبناء اسر سليمة البنيان التي تستطيع القيام بوظائف كبيرة ومهمة فالمتابعة الصحية المستمرة تزود الأمهات بالخبرات الصحية لرفع الوعي الصحي والارتقاء بالصحة بصفة عامة والصحة الإيجابية بصفة خاصة، كما تعتبر المتابعة الصحية هي الوسيلة الفعالة لتطور مؤشرات الصحة الإيجابية التي تزود الأمهات بالمعلومات والمعارف وتوعيتهن بالسلوكيات الصحية وتنمية القدرات الفكرية الإيجابية لضمان ولادة دون مخاطر صحية، ولذلك يتركز موضوع عملنا في هذا الجانب على مؤشرات الصحة الإيجابية للأمهات في سن الانجاب 15-49 سنة في الجزائر.

## 1- الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية:

الرجل والمرأة في سن الانجاب لرفع المستوى الصحي لهما. المراهقون والشباب لتجنبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي الى انتشار الامراض المنتقلة بالجنس ليجهزوا أنفسهم للمستقبل ويتحملوا مسؤولياتهم تجاه صحتهم والاسر التي سيشكلونها. النساء ما بعد سن الانجاب للوقاية من الامراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي وتديرها. الطفل ما بعد الولادة للحفاظ على صحته وبقائه وحمايته ونمائه. (تجمع ضمة، 2018)

## 2- عناصر الصحة الإنجابية:

وتشمل الرعاية الصحية الإنجابية في سياق الرعاية الصحية الأولية على العناصر التالية:

- 1- المشورة، التنقيف، الاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الاسرة،
- 2- الخدمات والتنقيف بالأومومة الامنة، وتضم الرعاية قبل الولادة، والرعاية بعد الولادة ورعاية المولود بما في ذلك الرضاعة الطبيعية والاحتياجات الغذائية للام.
- 3-الوقاية من الإجهاض غير الامن، ومعالجة عواقبه. (بنون، 2017، صفحة 72)

## 3-العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية.

الصحة الإنجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فهي تتأثر سلبا بانتشار الامية والبطالة وتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه كما تتأثر بالبيئة الاسرية والعلاقات المتشابكة بين افرادها كعلاقة الام بالأب وعلاقة كليهما بالأبناء والبنات وعلاقة الاخوة ذكورا واناثا. يتأثر مستوى الصحة الإنجابية بتوافر خدمات صحية ذات جودة عالية لتلبي الاحتياجات الصحية لفئات مختلفة ويسهل الوصول اليها. (تجمع ضمة، 2018)

## 4-تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة (2000-2015)

في أحدث التقارير الصادرة عن الأمم المتحدة والمرتبطة بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، تبرز الإحصائيات ذلك التقدم الملحوظ في تجسيد الأهداف الثمانية في جميع الدول. وتمكنت بعض الدول من الاستجابة العميقة لمختلف الاليات والبرامج التي طرحتها المنظمات التابعة للأمم المتحدة خصوصا ما تعلق منها بالصحة الإنجابية للمرأة. والتي جسدها الهدف الخامس، الذي انطوى على غايتين وخمس مؤشرات تعكس الجوانب المرتبطة بالصحة الإنجابية للمرأة. (بنون، تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الاهداف الانمائية للألفية- المرآة الجزائرية نموذجاً-، 2017، صفحة 73).

4-1- تطور مؤشرات الغاية الأولى: تخفيض معدل الوفيات النفاسية خلال الفترة (1990-

2015)

1- معدل وفيات الأمهات (معدل الوفيات النفاسية)

2- غياب الرعاية الصحية اثناء الولادة

4-2- تطور مؤشرات الغاية الثانية: تعميم اتاحة خدمات الصحة الإيجابية للمرأة بحلول عام

2015

1- استخدام وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة لتنظيم الاسرة

2- معدل الولادات لدى المراهقات

3- تطور الرعاية الطبية قبل الولادة

5- تطور مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر.

1.5. المتابعة الصحية قبل الولادة وبعد الولادة:

المتابعة الصحية للام الحامل قبل الولادة وبعد الولادة من الأولويات الأساسية للحد من وفيات الأمهات.

فقد اكدت المنظمة العالمية للصحة ان الرعاية الصحية للمرأة الحامل اثناء فترة الحمل وبعدها تلعب دور كبير في الحد من وفيات الأمهات

والرضع، فضلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة وقلة الوزن، إضافة الى هذا فان هذه الرعاية تسمح لمقدمي الخدمات الصحية بمعرفة كل

المعلومات المتعلقة بصحة المرأة الحامل من تاريخ الطي، وتقدير الموعد المحتمل للولادة، وسبل التغذية والرعاية الصحية السليمة. (ريم و فضيل

عبد الكريم، 2016، صفحة 171)

الجدول رقم 1.2: المتابعة الصحية قبل الولادة من 1 زيارة الى 4 زيارات على الأقل خلال سنوات

1992-2012

السنوات	1992	2002	2006	2012
المتابعة قبل الولادة%	58	81	90.4	97.5

المصدر: ا. د. فضيل عبد الكريم، واقع الصحة الإيجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي " تونس والمغرب" مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 23/ مارس 2016، جامعة وهران (الجزائر) ص 171.

من خلال المعطيات الإحصائية نلاحظ انه بفضل التوعية الصحية وبرنامج التكفل بالمرأة الحامل، وتنظيم الطب الخاص بفترة الولادة وما بعد الولادة (عبد الكريم، 2016، صفحة 171)، شهدت الجزائر ارتفاع كبير في نسب النساء الحوامل اللواتي يلقين متابعة الرعاية الصحية قبل الولادة، حيث سجلت نسبة 58% سنة 1992 وارتفعت الى 97.5% سنة 2012 فان هذا يدل على زيادة الوعي الصحي للأمهات من خلال المتابعة والمواظبة عليها.

## الجدول رقم 2.2: تطور نسب تلقي النساء الحوامل للرعاية الصحية بعد الولادة خلال سنوات

2006-1992

السنوات	1992	2002	2006
نسب المتابعة الصحية بعد الولادة%	20.3	30.1	30.6

المصدر: يعقوب خديجة، الرعاية الصحية للمرأة الحامل وعلاقتها بالعوامل الديمو اقتصادية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الديمغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2017-2018 ص 27.

من خلال المعطيات الملخصة في الجدول رقم 2.2 يتبين لنا نسب نسوة اللواتي يتحصلن على متابعة صحية بعد الولادة وهي قيمة كميا متدنية على عكس النسب المتابعة الصحية قبل الولادة، حيث قدرت نسبتهم ب 20.3% سنة 1992 ووصلت سنة 2006 الى 30.6% وهذا يعني على قلة الوعي الصحي لدى الأمهات حول صحتهم وصحة اطفالهن، حيث تصيب بعض النساء بالأمراض الصحية ومضاعفاتها بعد الولادة وتظهر بعد 40 يوما من النفاس.

## الجدول رقم 3.2: تطور نسب استعمال منع الحمل في الجزائر خلال سنوات 2012-1986

السنة	1986	1992	1995	2002	2006	2012
مستعملة	36	50.7	56.9	57	61.4	57.1
غير مستعملة	64	49.3	43.1	43	38.6	42.9

المصدر: د. طلبة عمر، (2018)، تراجع الاقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، اهم العوامل المسببة، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 33 / مارس 2018، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة ص57.

من خلال قاعدة بيانات المسح نلاحظ ان نسب النساء المستعملات لوسائل منع الحمل في الجزائر شهد ارتفاعا طفيفا حيث انتقل من 36% سنة 1986 الى 57.1% سنة 2012، بينما يختلف الامر بالنسبة للنسوة غير المستعملات لوسائل منع الحمل بنسب متدنية حيث انخفض من 64% سنة 1986 الى 42.9% سنة 2012.

## تطور اهم مؤشر للرضاعة الطبيعية في الجزائر من 1992 الى 2019

**الرضاعة المستمرة:** ان الاستمرار في الرضاعة الطبيعية بعد سنة من العمر له فوائد كثيرة، فالرضاعة تمد الطفل بالمواد المناعية والعناصر الغذائية اللازمة لنموه، كما انها تساعد على الأتعة الصلبة، وتعزز نمو الحسي والادراكي وتحميه من الامراض المعدية والمزمنة، وتوصي منظمة الصحة العالمية بان يرضع الأطفال رضاعة طبيعية لمدة تصل الى سنتين او أكثر. (طلبوي، 2022، صفحة 430)

**فوائد الرضاعة الطبيعية:** تنعكس الرضاعة الطبيعية إيجابا على كل من الام والطفل:

### 1- بالنسبة للرضيع:

-تحمي المولود من العديد من العدوى والامراض.

-ترسيخ عادات غذائية صحية.

-تساعد على نمو الفك والعقل نمو سليما.



## 2- بالنسبة للأم:

-تحد من دم النفاس.

-تخفيض معدلات الإصابة بسرطان الثدي والمبيض.

-تبطئ عودة الدورة الشهرية. (طبعة، المحددات السوسيو الديمغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي

متعدد المؤشرات (mics4) المنجز سنة 2012-2013، 2022، صفحة 320)

### الجدول رقم 4.2: تطور نسب استمرار الرضاعة في الجزائر من 1992 الى 2019

المتغير	1992	2002	2006	2012	2019
استمرار الرضاعة بين 12-15	45.1	43.4	46.5	46.7	48.8
استمرار الرضاعة بين 20-23	19.6	26.6	22.2	26.6	26.4

المصدر: د. طلباوي الحوسين، (2022)، واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 (mics 6)، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 14(01)/2022، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة ص 430.

يظهر من خلال الجدول رقم 4.2 ان نسب الأمهات المستمرات في مدة الرضاعة الطبيعية لأطفالهن بين الفترة 12 و 15 شهر هي قيم كمية متقاربة فيما بينها والمقدرة ب 45.1% و 48.8% خلال سنوات من 1992 الى 2019، اما فيما يتعلق بنسب النساء المتواصلات في ارضاع موالدهن بين المدة الزمنية 20 و 23 شهر هي نسب مرتفعة والمتمثلة بقيمة من 19.6% الى 26.4% خلال سنوات 1992 الى 2019.

### تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال الفترة 1990-2015

تعتبر نسبة وفيات الأمهات المقياس الأكثر استخداما لتحديد احتمال حدوث الوفاة عند المرأة الحامل ونسبة الخطر المرتبطة بالحمل والتي تعرف بأنها نسبة وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي. في الجزائر، عرفت نسبة وفيات الأمهات تراجعاً ملحوظاً خلال الفترة 1990-2015 حيث تراجع من 216 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي سنة 1990 الى 117.4 حالة وفاة سنة 1999، ليبلغ 57.7 حالة وفاة سنة 2016. (خديجة، محاضرة)

يعود سبب تراجع معدل وفيات الأمهات الى التحسينات الكبيرة في المجال الصحي والمستوى المعيشي وتوفير التغذية الصحية السليمة مما ساهم ذلك في خفض الامراض المؤدية للوفاة اثناء الولادة او بعدها وذلك بسبب التقدم العلمي مما نتج عنه توفير خدمات الرعاية الصحية والمتخصصين في مجال الطب والتوليد.

الجدول رقم 5.2: تطور وفيات الرضع في الجزائر حسب الجنس خلال الفترة 2007-2016

الفارق	معدل وفيات الرضع		السنة
	اناث	ذكور	
3.5	24.4	27.9	2007
3	23.9	26.9	2008
3.7	22.9	26.6	2009
3	22.2	25.2	2010
3	21.6	24.6	2011
2.7	21.2	23.9	2012
2.4	21.2	23.6	2013
3.1	20.4	23.5	2014
3	20.7	23.7	2015
3.1	19.3	22.4	2016

المصدر: د. حمزة شريف علي، (2018)، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ال عدد32/1-2018، مخبر السكان والتنمية المستدامة في الجزائر، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان(الجزائر) ص 196.

من خلال المعطيات الملخصة في الجدول نلاحظ معدلات وفيات الرضع لكلا الجنسين في الجزائر عرف تراجعا كبيرا خلال عشر سنوات، حيث قدر معدل الوفيات لدى الذكور ب 27.9 بالألف سنة 2007 مقابل 24.4 بالألف لدى الاناث أي بمفارقة 3.5 نقطة. تنخفض هذه المعدلات تدريجيا الى ان وصلت 22.4 بالألف لدى الذكور يقابله معدل 19.3 بالألف لدى الاناث بفرق 3.1 نقطة سنة 2016.

وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على التحسن في المستوى الاقتصادي والاجتماعي والمستوى الصحي داخل البلد مما ساهم بشكل مباشر على الحفاظ والعناية على صحة الام والطفل، خاصة من خلال المستوى الصحي بتطبيق مجانية العلاج واجبارية التلقيح وتوفير الهياكل الصحية.

### تعريف الإجهاض: في بعض من الحالات قد لا يكتمل الحمل لدى المرأة ويموت الجنين وتتعرض المرأة لعملية تسمى

الإجهاض فهو القاء المرأة جنينها قبل اكتمال مدة الحمل سواء كان حيا ثم مات او وضعته ميتا دون ان يعيش وسواء كان ذلك الالقاء بفعل منها او من غيرها. (عزيزي و الخيري،2022، صفحة 283)

### التعامل مع المضاعفات الناتجة عن عملية الإجهاض

يجب امداد الأماكن الصحية التي تجرى فيها عمليات الإجهاض بالتجهيزات الكافية، وتوفير فريق عمل مدرب تكون له القدرة على تشخيص مضاعفات الإجهاض والتعامل معها فورا. وفي حالة عدم توافر الإمكانيات، يجب توافر أنظمة للتحويل الى أماكن مجهزة. (تركي و اوشا ماهوترا،2004، 295)

### الامراض المنقولة جنسيا:

الامراض المنقولة جنسيا هي حالات عدوى تسري من شخص الى اخر عن طريق الاتصال الجنسي بما في ذلك ممارسة الجنس. -وقد يكون سبب هذه الامراض المنقولة جنسيا أنواعا مختلفة من الجراثيم، بما في ذلك: المتدثرة (الكلاميديا)، ومرض السيلان، وفيروس العوز المناعي البشري، ومرض الزهري.

-يمكن ان تنتشر بعض الامراض المنقولة جنسيا من خلال الاتصال الوثيق بالجسم، وليس مجرد الجماع.

-وقد تسبب بعض الامراض المنقولة جنسيا مشاكل صحية خطيرة جدا في جميع أنحاء الجسم.

-يمكن ان يساعد استخدام الواقي الذكري في منع الامراض المنقولة جنسيا. (حقائق سريعة: نظرة عن الامراض المنقولة جنسيا)

## 6- الرعاية الصحية للمرأة الحامل في الجزائر

### 1.6. رعاية نسوة اعمار الانجاب 15-49 سنة صحيا خلال فترة الحمل:

تمتع الرعاية الصحية خلال فترة الحمل حدوث مضاعفات قد تضر بالأم والجنين معا، اذ تساعد على التأكد من سلامة الحمل واكتشاف الامراض مبكرا، وهذا يعني وضع الام تحت الاشراف الطبي المستمر من خلال مراكز رعاية الامومة والطفولة، المستشفيات او الوحدات الصحية ذات الصلة. (خديجة، 2020، صفحة 140)

### 2.6. الرعاية الصحية بعد الولادة:

تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الامنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهة الأمهات. حيث توضع الام تحت الاشراف الطبي بعد الولادة، وهي حوالي ستة أسابيع، تتم هذه الرعاية عن طريق الأطباء والمولدرات، واهم المشكلات التي تصادف المرأة في هذه هي النزيف الرحمي، وارتفاع درجة الحرارة، كما تلقن الام في هذه المرحلة معلومات تثقيفية حول الرضاعة الطبيعية وفوائدها، وكيفية تغذية الولد وتنشئته وأهمية تحصينه ضد الامراض المعدية.

أظهرت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics3 ان نسبة نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة والتي كانت لمن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب قيامهن بفحوصات ما بعد الولادة انما ما تزال منخفضة بين نسوة الجزائر عامة (30.6%) وبين نسوة الجنوب خاصة (24%) أصغر نسبة إذا ما قورنت بالمناطق الجغرافية. (سواكري، 2017، صفحة 115).

## 7. تعليم الام

تفيد دراسة المستوى التعليمي معرفة مدى وعي المجتمع بالنسبة للإنجاب وتنظيم النسل خاصة عند الفتيات، ويؤثر ذلك في نسبة تباين الخصوبة السكانية لدى المجتمع. ويعتبر التعليم الثروة الأساسية بالنسبة للدول النامية ومنها الجزائر حيث ان الغالبية العظمى من السكان تهتم بتعليم أولادهم كضمان لمستقبلهم. (بلحول، 2013-2012، صفحة 41)

ويعتبر التعليم الى جانب الصحة الإنجابية وسيلة من اهم وسائل تمكين المرأة بإكسابها ما يلزم من معارف ومهارات وثقة بالنفس للمشاركة على نحو كامل في عملية التنمية، والتعليم حجر ا

لزواية في تمكين المرأة لأنه يمكنها من الاستجابة للفرص ويؤدي الى تغيير حياتها ويعود بالفائدة على المجتمع بأسره وتأثيره أيضا على الفقر والتنمية أكبر من تأثير تعليم الرجل. حيث ان هناك علاقة وثيقة بين المستوى التعليمي للنساء وصحتهن وصحة أبنائهن ويعتبر

التعليم من اهم وأكثر المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية لتحسين وضع المرأة بشكل عام ووضعها الصحي بشكل خاص. والأمهات الأكثر تعليماً يمتلكن مهارات أفضل في الحصول على المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية والوقاية من الامراض كما انهن يتمتعن بإمكانية أفضل

للوصول الى ولادة امنة. (زويد،2007، صفحة 51)

# الفصل الثالث

## الفصل الثالث

### الإطار الميداني للدراسة

#### تمهيد

#### 1- الإجراءات المنهجية للدراسة

##### 1.1. مجالات الدراسة

##### 2.1. العينة وكيفية اختيارها

##### 3.1. الأساليب الإحصائية

##### 4.1. أدوات جمع البيانات

#### 2- تحليل ومناقشة الفرضيات

##### 1.2. الخصائص العامة للمبحوثات

##### 2.2. مؤشرات الصحة الإنجابية

##### 3.2. اختبار ومناقشة الفرضيات

##### 4.2. نتائج الدراسة

##### 5.2. خلاصة الفصل



## تمهيد

بعدها تطرقنا في الفصلين السابقين الذي يشمل، الفصل الأول المتعلق بالجانب المنهجي للإشكالية وفرضيات الدراسة، والفصل الثاني النظري الذي يتعلق بمؤشرات الصحة الإنجابية للأمهات و علاقتها بالعوامل السوسيو ديمغرافية في الجزائر ثم سنحاول بعد ذلك التطرق الى الجانب التطبيقي من خلال الإجراءات المنهجية للدراسة و المتمثلة في: العينة وكيفية اختيارها و الأساليب الإحصائية المستعملة و أدوات جمع البيانات ثم بعد ذلك تحليل و تفسير النتائج المحصل عليها من طرف الاستبيان، وأخيرا اختبار ومناقشة فرضيات الدراسة التي يمكن تعميمها على المجتمع الكلي للمدينة و وصولا الى النتائج العامة.

## 1- الإجراءات المنهجية للدراسة

**1.1. المجال المكاني:** طبقت هذه الدراسة بمدينة تقرت، وقد أجريت في المؤسسة التعليمية "متوسطة نصرات حشاني

حي عياد تبسبت" والمؤسسة الاستشفائية " للام والطفل خليل عبد الوهاب حي لبدوعات تبسبت" وتم تطبيق المقابلة للنساء غير العاملات.

**2.1. المجال الزمني:** أجريت هذه الدراسة ابتداء من 2023 /1/1 الى غاية 2023 /02/26.

**3.1. العينة وكيفية اختيارها:** تم اختيار العينة بطريقة قصدية، مستخرج من قاعدة بيانات المسح: حسب توزيع

النسوة المتابعات للرعاية الصحية اثناء الحمل، وتم استخراج الحجم الأدنى التمثيلي لها باستخدام القانون التالي:

$$n \geq (p * q * z^2) / (d^2)$$

حيث:

P : نسبة السكان الحاملين للصفة.

q : النسبة المتممة لها.

: القيمة المعيارية الموافقة لمستوى معنوية 5% مستخرجة من جدول التوزيع الطبيعي Z

=0.05 : هامش الخطأ المسموح به d

وبتطبيق عددي نجد:

$$n \geq (0.948 * 0.052 * 1.96^2) / (0.05^2)$$

$$n \geq 0,1893755 / 0.0025 = 75.75 \approx 76$$

مما نتقدم، نجد ان الحجم الأدنى التمثيلي للعينة للإحاطة بالظاهرة محل هو: 76 زوجة. وتم اخذ عينة الدراسة 86 امرأة.

**4.1. الاساليب الإحصائية:** تم استخدام الأسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي كونه الأسلوب الملائم لمتغيرات الدراسة

وذلك تم تطبيقه باستعمال البرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss).

**تعريف الانحدار اللوجستي الثنائي:** يبنى نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي على فرض أساسي هو ان المتغير

التابع (y) متغير الاستجابة الذي نهتم بدراسته هو متغير ثنائي يتبع توزيع بيرنولي Bernoulli يأخذ القيمة (1) باحتمال (p) والقيمة (0)

باحتمال  $q = (1-p)$  أي حدوث الاستجابة وعدم حدوثها. (طبعة و الطالب مسعي ، 2022، صفحة 30)

**5.1. ادوات جمع البيانات:** تعد أدوات جمع البيانات الوسيلة الاتصالية بين الباحث والمبحوث التي تمكنه للحصول

على معلومات جديدة المراد دراستها والتحقق منها، وتعتبر الوسائل الأكثر استخداما في مجالات العلوم الاجتماعية وهي **الاستمارة والمقابلة.**

**تعريف الاستمارة:** هي وسيلة الاتصال الأساسية للباحث والمبحوث، تحتوي على عدة أسئلة تدور حول الموضوع المراد

الإجابة عليه من طرف المبحوث. (العزة، صفحة 1)

**تعريف المقابلة:** تعرف بانها محادثة بين شخصين، يبدأها الشخص الذي يجري المقابلة – الباحث لأهداف معينة –

وتهدف الى الحصول على معلومات وثيقة الصلة بالبحث. وتعرف أيضا، "بانها عملية مقصودة، تهدف الى إقامة حوار فعال بين الباحث

والمبحوث او أكثر، للحصول على بيانات مباشرة ذات صلة بمشكلة البحث". (بن الطاهر، 2020، صفحة 7)

## 2- الخصائص العامة للمبحوثات:

يعتبر متغير السن من اهم المتغيرات في جميع البحوث الديمغرافية حيث تم استجواب المبحوثات حول اعمارهن واعمار ازواجهن

الحالية والاعمار عند الزواج الأول والسن عند اول حمل، لأنه يعتبر عامل رئيسيا في تحديد الحياة الإنجابية لدى الأزواج، سواء لغرض المباحدة

بين الولادات او الاستعمال لوسائل منع الحمل او معرفة عدد الأطفال المرغوب انجابهم، حيث اثبتت الدراسات الطبية ان الزواج المبكر جدا

يؤدي بدوره الى الحمل المبكر قد يؤدي الى الإصابة بالعقم.

**الجدول رقم 1.3: توزيع المبحوثات حسب الفئات العمرية الخماسية:**

الفئات	التكرار	التكرار النسبي
19-15	2	2.3
24-20	18	20.9
29-25	19	22.1
34-30	24	27.9
39-35	15	17.4
44-40	8	9.3
المجموع	86	100.0

يتضح من خلال الجدول رقم (1.3) ان الفئة العمرية (30-34 سنة) مثلت اعلى نسبة للنساء المستجوبات وقدرت ب 27.9%، لتليها الفئة (25-29 سنة) بنسبة 22.1%، في حين تراوحت نسب نساء الفئتين (20-24 سنة) و (35-39 سنة) قيما كميما وقدرت 20.9% و 17.4% على الترتيب، واخيرا مثلت الفئتين العمريتين الاولى والأخيرة (40-44 سنة) و (15-19 سنة) أدنى قيم 9.3% و 2.3%.

قدر متوسط العمر للمبحوثات بـ 35 سنة صاحبه انحراف معياري قدره 6 سنوات. ما يدل عموما بان النسوة مازال امامهن مدة زمنية معتبرة للإنجاب قدرها حوالي 14 سنة، وبالتالي وجب عليهن التمتع بثقافة صحية تمكنهن من التحلي بالصحة الانجابية وبالتالي التمتع بحمل سليم والوصول الى ولادة امنة.

### المستوى التعليمي:

يعتبر المستوى التعليمي للأفراد عموما وللنسوة خصوصا أحد اهم العوامل السوسيو ديمغرافية الذي يساهم في زيادة الوعي الصحي للأمهات، هذا الأخير ينعكس إيجابا على انتشار الثقافة الصحية من خلال الاهتمام البالغ بالمتابعة والمواظبة على الرعاية الصحية للأمهات اثناء حملهن وصولا الى الولادة الامنة وامتداد الى بعد الولادة.

**جدول رقم 2.3: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي:**

التكرار النسبي	التكرار	المستوى التعليمي
3.5	3	ابتدائي
12.8	11	متوسط
19.8	17	ثانوي
64.0	55	جامعي
100.0	86	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول رقم (2.3) ان المبحوثات تميزت بمستويات تعليمية جد متباينة كميًا، حيث أكثر من نساء العينة من ذوات المستوى التعليمي العالي اذ قدرت نسبتهن ب 64% من مجموع المبحوثات، مقابل 19.8% و 12.8% من مجموع العينة المستهدفة من ذوات المستوى الثانوي والمتوسط على التوالي، وجاءت في المرتبة الأخيرة فيما يخص النسوة المتعلمات نسبة النساء ذوات المستوى الابتدائي بقيمة جد ضئيلة كميًا مقارنة مع ذوات المستوى التعليم العالي قدرت 3.5%.

**جدول رقم 3.3: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن:**

النسب الفعلية	التكرار	المستوى التعليمي
1.2	1	بدون مستوى
7.1	6	ابتدائي
32.9	28	متوسط
32.9	28	ثانوي
25.9	22	جامعي
100.0	85	المجموع

يتبين من خلال معطيات الجدول رقم (3.3) الملخص لتصريحات المبحوثات فيما يخص المستوى التعليمي لأزواجهن ان أكبر النسب خصت الأزواج ذوي المستوى التعليمي المتوسط والثانوي المقدرة ب 32.9%، ثم تليها مباشرة نسبة الأزواج الذين تميزوا بمستوى التعليم العالي المقدرة ب 25.9%، و اقل النسب الخاصة بالأزواج الذين تدرسوا سابقا كانت من نصيب أصحاب المستوى الابتدائي ذات القيمة 7.1%، اما بنسبة الأزواج بدون مستوى فتمثلت في قيمة جد متواضعة كميًا قدرت ب 1.2% من مجموع ازواج النسوة المستهدفات.

مما تقدم، يتضح لنا قلة انتشار ظاهرة نسبة الامية في المدينة، كما ان المستوى التعليمي في مدينة تقرت للجنسين يمتاز عموما بالارتفاع، الا اننا نلاحظ فرقا في المستوى التعليمي بين الجنسين حيث مجموع نسبي الرجال ذوي المستوى التعليمي الثانوي والعالي 58.8%، بينما بلغت نسبة النساء ذوات المستوى التعليمي العالي 64% لوحدها اما النسوة ذوات المستوى التعليمي الثانوي والعالي مثلن 83.8% أي بفرق 25 نقطة بينهن وبين الرجال (ازواجهن) وهذا دليل على اهتمام الاناث بالدراسة أكثر من الذكور.

#### جدول رقم 4.3: توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية:

الحالة المهنية للزوجة	التكرار	التكرار النسبي
مأكثة بالبيت	28	32.6
بطالة	1	1.2
عاملة	57	66.3
المجموع	86	100.0

حسب المعطيات الملخصة في الجدول رقم (4.3) والمصرح بها من خلال المبحوثات عن حالتهم الفردية وجدنا ان 66.3% من مجموع النساء محل البحث صرحن بأنهن عاملات. عموما، يتمثل النوع الأول من العمل في التعليم (أستاذة، مستشارة، إدارة، موظفة، مديرة)، اما النوع الثاني من العمل فيتمثل في الصحة (ممرضة، مساعدة ممرضة، مخبرية، شبه طبي، قابلة، سكريتية، عاملة في الصحة). تأتي بعد ذلك نسبة النساء المأكثات بالبيت والمقدرة بقيمة 32.6% من مجموع النساء المبحوثات. اما البطالات فكادت ان تنعدم نسبتهم من مجموع المبحوثات بحيث لم تمثل سوى 1.2% حسب تصريحات المبحوثات.

عموماً، نلمس وجود فرق واضح بين نسب النساء العاملات وغير العاملات في مدينة تقرت وهذا دليل على تفضيلهن للحياة المهنية أكثر، هذا من جهة، ومن جهة أخرى ارتفاع المستوى التعليمي للنسوة بهذه المدينة بحيث مثلت النساء ذات المستوى التعليمي الثانوي والعالى معا بقيمة 83.8% (حسب معطيات الجدول رقم 2.3 في الصفحة 26 الخاص بتوزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي) الارتفاع الملحوظ في المستوى التعليمي للنسوة من شأنه إعطاء فرصة كبيرة للولوج الى الحياة العملية وخاصة بقطاعي الصحة والتربية.

### جدول رقم 5.3: توزيع المبحوثات حسب نوع العمل في التعليم:

النسب الفعلية	التكرار	نوع العمل في التعليم
73.5	25	أستاذة
5.9	2	مستشارة
8.8	3	إدارة
5.9	2	موظفة
2.9	1	معلمة
2.9	1	مديرة
100.0	34	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول رقم (5.3) الخاص بتصريحات المبحوثات حسب نوع العمل في التعليم ان نسبة النساء المشتغلات كأستاذات مثلت 73.5% من مجموع المشتغلات في قطاع التربية، بينما قدرت نسبة العاملات في الإدارة 8.8%، في حين مثلت نسب العاملات كمستشارة، موظفة، معلمة ومديرة قيما جد متواضعة بحيث لم تمثل مجتمعة سوى 17.6% من مجموع المشتغلات في قطاع التربية.

### جدول رقم 6.3: توزيع المبحوثات حسب نوع العمل في الصحة:

النسب الفعلية	التكرار	نوع العمل في الصحة
40	8	ممرضة
5	1	مساعدة ممرضة
20.0	4	مخبرية
15	3	شبه طبي
10	2	سكرتيرية
10	2	عاملة في الصحة
100.0	20	المجموع

تلخص معطيات الجدول رقم(6.3) تصنيفات المبحوثات حسب نوع عملهن في الصحة. وتمثلت أكبر نسبة من مجموع العاملات في قطاع الصحة في المهنات بالتمريض وذلك بقيمة 40%، تليها 20% تمثلت في العاملات كمخبرية، وتليها العاملات بشبه طبي بنسبة 15%، ثم كل من العاملات كسكرتيرية، وعاملة في الصحة بنفس القيمة 10% اخر نسبة 5% مثلتها العاملات كمساعدة ممرضة.

### جدول رقم 7.3: توزيع المبحوثات حسب الدخل الشهري:

النسب الفعلية	التكرار	الدخل الشهري للزوجة
29.6	24	لا يوجد دخل
1.2	1	لا يوجد دخل ثابت
1.2	1	بين 10000 و 15000
3.7	3	بين 15000 و 20000
4.9	4	بين 20000 و 30000
59.3	48	30000 فأكثر
100.0	81	المجموع

من خلال الجدول رقم(7.3) نلاحظ ان نسبة المبحوثات اللاتي دخلهن الشهري 30000 فأكثر بلغ بقيمة 59.3 %، وقد سجلت نسبة اللاتي لا يوجد لهن دخل 29.6% من المستجوبات، في حين 4.9% و 3.7% من المستجوبات اللاتي يتراوح مستوى



دخلهن بين (20000 و 30000) وبين (15000 و 20000)، كما تساوت بسبتي النساء ذوات مستوى الدخل بين (10000 و 15000) واللاتي لا يوجد لهن دخل ثابت عند القيمة 1.2 %.

### جدول رقم 8.3: توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية لأزواجهن:

النسب الفعلية	التكرار	نوع المهنة للزوج
81	68	عامل
11.9	10	بطال
7.1	6	متقاعد
100.0	84	المجموع

توضح لنا المعطيات الملخصة في الجدول رقم (8.3) تصريحات المبحوثات حسب الحالة المهنية لأزواجهن، حيث تبين ان 81% من مجموع النسوة المصحات ازواجهن عمال مقابل 11.9% كنسبة للمصحات ببطالة الأزواج، في حين بلغت نسبة المتزوجات بمتقاعدين 7.1% من مجموع المبحوثات المصحات.

### جدول رقم 9.3: توزيع المبحوثات حسب الدخل الخاص بأزواجهن:

النسب الفعلية	التكرار	الدخل الشهري للزوج
7.1	6	لا يوجد دخل
31	26	لا يوجد دخل ثابت
2.4	2	اقل من 10000
3.6	3	بين 10000 و 15000
2.4	2	بين 15000 و 20000
11.9	10	بين 20000 و 30000
41.7	35	30000 فأكثر
100.0	84	المجموع

يتضح لنا من بيانات الجدول (9.3) صرحت بعض النسوة ان المستوى الدخل الشهري للأزواج بين 30000 فأكثر بنسبة 41.7%، كما نجد 31% من الأزواج لا يوجد لهم دخل ثابت، كما قد صرحت 11.9% من النسوة ان مستوى دخل الأزواج بين

20000 و30000، بينما صرحت 7.1% لا يوجد لهم دخل، في حين صرحت بعض النسوة ان الدخل الشهري للأزواج بين (10000 و15000) بقيمة 3.6%، كما يتراوح المستوى الدخل (اقل من 10000) وبين (15000 و20000) بنفس القيمة 2.4%.

### جدول رقم 10.3: توزيع المبحوثات حسب طبيعة المسكن:

طبيعة المسكن	التكرار	التكرار النسبي
مستقل	42	48.8
مع اهل الزوج	42	48.8
مع اهل الزوجة	2	2.3
المجموع	86	100.0

تشير بيانات الجدول رقم(10.3) ان النسوة المنتمية الى اسر قاطنة ب مسكنها الخاص والنسوة التي تقطن في مسكن اسرة الزوج تساوت في انتشارها بين النسوة المبحوثات حيث سجلتا نفس النسبة بين نسوة العينة والبالغة 48.8% من مجموع الاسر المستهدفة (النساء المستهدفات)، كما نجد نسبة قليلة جدا من النسوة تعيش في مسكن اهلها مع زوجها وذلك بقيمة 2.3%.

### جدول رقم 11.3: توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن:

نوع المسكن	التكرار	التكرار النسبي
فيلا	3	3.5
شقة	31	36.0
بيت تقليدي	52	60.5
المجموع	86	100.0

يبين الجدول رقم (11.3) ان اغلب الاسر تسكن في بيت تقليدي بحيث سجلت ما نسبته 60.5% من مجموع اسر النسوة المبحوثات، تليها كميا نسبة الاسر القاطنة بشقق محققة نسبة 36% من مجموع الاسر، بينما الاسر التي تسكن في فيلا فلم تمثل غير 3.5% من مجموع اسر النسوة المبحوثات.

## 3- مؤشرات الصحة الإنجابية:

## جدول رقم 12.3: توزيع المبحوثات حسب المتابعة الرعاية قبل الولادة:

التكرار النسبي	التكرار	الرعاية قبل الولادة
96.5	83	نعم
3.5	3	لا
100.0	86	المجموع

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (12.3) المصرح بها من طرف المبحوثات ان 96.5% من مجموع نساء العينة قمن بمتابعة حملهن قبل الولادة، مقابل 3.5% الممثلة لنسبة النساء اللاتي صرحن بعدم خضوعهن للرعاية الصحية قبل الولادة بالرغم من وجود مراكز في المنطقة التي يقطن بها، وكان السبب لعدم المتابعة الصحية حسب ما صرحن به انعدام أي مشكل صحي او مرض.

## جدول رقم 13.3: توزيع المبحوثات حسب المتابعة بعد الولادة:

التكرار النسبي	التكرار	الرعاية بعد الولادة
57.0	49	نعم
43.0	37	لا
100.0	86	المجموع

يبين لنا الجدول ان حوالي 57% من النساء قمن بمتابعة الرعاية الصحية بعد الولادة، بينما مثلت غير الخاضعات للرعاية الصحية بعد الولادة نسبة 43% من مجموع المستجوبات، وحسب تصريحتهن كان السبب لعدم المتابعة الصحية بعد الولادة راجع لعدم وجود أي مرض او مضاعفات صحية بسبب الولادة للام كما ان اطفالهن كانوا ينعمون بصحة جيدة.

## جدول رقم 14.3: توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن الإجهاض:

التكرار النسبي	التكرار	الإجهاض
35.5	27	نعم
64.5	49	لا
100.0	76	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم(14.3) الخاص بالتعرض لظاهرة سابقا، انه وحسب تصريحات المبحوثات 64.5% منهن لم

يسبق لهن التعرض لظاهرة الإجهاض في حين صرحت 35.5 % منهن بأنهن سبق لهن الإجهاض.

### جدول رقم 15.3: توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الصحية بعد الإجهاض:

النسب الفعلية	التكرار	المضاعفات الصحية
29.6	8	نعم
70.4	19	لا
100.0	27	المجموع

تشير البيانات الموضحة في الجدول رقم(15.3) بان 70.4% من مجموع النسوة السابق لهن التعرض لظاهرة الإجهاض صرحن

بعدم مصاحبته بمضاعفات صحية بعده، مقابل 29.6% مجموع النسوة السابق لهن التعرض لظاهرة الإجهاض من وقعت لهن مضاعفات

بعد التعرض له.

### جدول رقم 16.3: توزيع المبحوثات حسب نوع المضاعفات الصحية بعد الإجهاض:

النسب الفعلية	التكرار	نوع المضاعفات الصحية
25	2	ضغط الدم
12.5	1	داء السكري
62.5	5	امراض أخرى
100.0	8	المجموع

تبين المعطيات الجدول رقم (16.3) ان 62.5% من النساء اللاتي سبق لهن الاجهاض تعرضن بعده وكمضاعفات صحية الى امراض اخرى غير المضاعفات الصحية مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم، في حين صرحت 25% من المعنيات بأنهن أصبن بضغط الدم، بينما 12.5% من المضاعفات الصحية تمثلت في التعرض لداء السكري.

### جدول رقم 17.3: توزيع المبحوثات حسب الحمل بعد الإجهاض:

النسب الفعلية	التكرار	الحمل بعد الإجهاض
91.3	21	نعم
8.7	2	لا
100.0	23	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17.3) وحسب تصريحات المستجوبات ان النسوة اللواتي حملن الحمل بعد تعرضهن للإجهاض مثلن نسبة 91.3% من المجهضات، بينما مثلت النسوة اللاتي لم تحمل بعد الإجهاض نسبة 8.7%. وكانت تصريحاتهن حول حدوث الإجهاض لأسباب تلقائية نتيجة ظروف صحية وهي تختلف من امرأة الى أخرى وكانت تلك الأسباب متمثلة في: السفر، الإرهاق، توقف الحمل عن النمو، تختز الدم، فيبروم، ومنهن من صرحت لأسباب غير معروفة، كما كانت تصريحات حول المدة الزمنية بين الإجهاض الأول والحمل الموالي منهن من دام لشهر، شهرين، 3 أشهر، 4 أشهر، 6 أشهر، 7 أشهر، سنة وستين. بينما صرحت بعض النسوة ان الفترة بين الإجهاض الثاني والحمل الموالي منهن من دام 3 أشهر، سنة، سنتين، و3 سنوات في حين نجد امرأة واحدة من مجموع نسوة العينة وصلت الي 11 سنة لوقوع الحمل. وكانت اخر تصريحات للنسوة التي وقع لها الإجهاض الثالث والحمل الموالي منهن من دام سنة، سنة ونصف، و3 سنوات، ونجد نسبة قليلة من بعض المستجوبات وقع لها الإجهاض في الفترات الثلاثة الأولى والثاني والثالث ودامت المدة بينه وبين الحمل لشهرين او 3 أشهر.

### جدول رقم 18.3: توزيع المبحوثات حسب الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل:

النسب الفعلية	التكرار	الاستعمال السابق
57.5	42	نعم
42.5	31	لا
100.0	73	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم (18.3) يتضح لنا ان 57.5% من النساء سبق لهن استعمال وسائل منع الحمل من مجموع نسوة العينة المبحوثة مقابل 42.5% منهن لم يستعملن أي وسيلة من وسائل منع الحمل سابقا. وكانت تصريحات بعض المستجوبات ان سبب عدم الاستعمال السابق لتلك الوسائل يعود الى عدة عوامل وتتمثل في: الرغبة في الانجاب، عدم موافقة الزوج، ضد استعمال وسائل منع الحمل، ولأسباب أخرى، وذلك خوفا من استعمالها لأنهن يدركن بانها لا تخلوا من اضرار ومضاعفات على صحة الام.

### جدول رقم 19.3: توزيع المبحوثات حسب الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل:

التكرار النسبي	التكرار	الاستعمال الحالي
43.9	36	نعم
56.1	46	لا
100.0	82	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19.3) المبني حسب تصريحات المبحوثات ان اللاقي لا يستعملن وسائل منع الحمل حاليا وقدرت نسبتهن ب 56.1%، بينما النساء اللاقي تستعملن وسائل منع الحمل حاليا بلغت نسبتهن 43.9% من مجموع المصريحات. وحسب تصريحات بعض النسوة ان سبب الاستعمال الحالي لتلك الوسائل منع الحمل من اجل تنظيم الولادة بين عدد الأطفال، ومثلت اعلى نسبة للحبوب ب 75% مقارنة بالوسائل الأخرى وكانت فترة المباشرة بين المواليد في الغالب هي 3 سنوات. بينما اختلفت تصريحات بعض النسوة لعدم الاستعمال الحالي بعد مواجهتهن لمشاكل الصحية والنفسية جراء استعمالهن حبوب منع الحمل وتمثلت في حدوث مضاعفات صحية أكثرها شيوعا ضغط الدم ومرض القلب والارهاق والقلق.

كما وصرحت بعض النسوة حدوث الإجهاض بسبب توقف الحمل عن النمو ومنهن بسبب تحتر الدم، بينما صرحت بعض النسوة بإصابتهم بالعقم الجزئي واختلفت مدته من امرأة الى أخرى هناك من دام 3 سنوات، 5 سنوات، و 9 سنوات، مما أدى الى تعسر الولادة وطفل مصاب ونمو ضعيف، ومنهن من وصلت الى الولادة القيصرية وعدم ارضاع المولود. فاستعمال حبوب منع الحمل انعكس سلبا على صحة المرأة في مدينة تقرت.

جدول رقم 20.3: توزيع المبحوثات حسب نوع الوسيلة المستعملة:

نوع الوسيلة	التكرار	النسب الفعلية
حبوب	27	75
الواقى الذكري	2	5.6
العزل	2	5.6
اللولب	4	11.1
رضاعة طبيعية	1	2.8
المجموع	36	100.0

من خلال المعطيات الجدول رقم(20.3) نلاحظ ان الوسيلة الأكثر استخداما لوسائل منع الحمل تمثلت في الحبوب بنسبة 75%، كما نجد الوسيلة الثانية تمثلت في اللولب بقيمة 11.1%، ثم تليهما الواسيلتين الواقى الذكري والعزل بنفس القيمة والمقدرة ب 5.6% من مجموع المستعملات، واكل الطرق استعمالا بين النسوة تمثلت للرضاعة الطبيعية وذلك بنسبة قليلة قدرها 2.8%.

**-اختبار ومناقشة الفرضيات:**

بعد عرض البيانات الخاصة بخصائص العينة (المتغيرات المستقلة) ومؤشرات الصحة الإنجابية (المتغيرات التابعة) واطهارها في شكل جداول بسيطة وتحليلها وتفسيره تبينها، سنحاول استخراج الجداول المركبة التي تستخدم لكشف وجود علاقة بين متغيرين او أكثر، وبذلك ستكون تمهيدا لاختبار صحة الفرضيات وذلك عن طريق تطبيق الاختبارات الإحصائية المناسبة التي تعد معيارا لنفي أو لقبول الفرضيات، إضافة إلى توظيف الأسلوب الإحصائي المناسب بهدف القياس الكمي للأثر للمتغيرات ديموغرافية المعتمدة في الدراسة على متغيرات الصحة الإنجابية. عموما، تحمل مؤشرات الصحة الإنجابية في دراستنا مجموعة المتغيرات التابعة ممثلة في المتابعة قبل الولادة، الإجهاض، المتابعة بعد الولادة، استعمال موانع الحمل، وتنظيم الاسرة.

**اختبار ومناقشة الفرضية الأولى:** يؤثر السن الأول للزواج على مؤشرات الصحة الإنجابية.

يمكننا مناقشة الفرضية الأولى وخطوة تمهيدية من خلال الجدول المتقاطع بين السن الأول للزواج للسيدات المبحوثات من جهة وإقبالهن على المتابعة الصحية قبل الولادة من جهة أخرى.

**الجدول رقم 21.3: توزيع المبحوثات حسب السن الأول للزواج والمتابعة الصحية قبل الولادة.**

المجموع		لا		نعم		السن عند الزواج الأول للام
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%1.2	1	%0.0	0	%100	1	15
%1.2	1	%100	1	%0.0	0	16
%1.2	1	%0.0	0	%100	1	17
%5.8	5	%0.0	0	%100	5	19
%4.7	4	%0.0	0	%100	4	20
%3.5	3	%0.0	0	%100	3	21
%7.0	6	%0.0	0	%100	6	22
%10.5	9	%11.11	1	%88.88	8	23
%9.3	8	%0.0	0	%100	8	24
%14.0	12	%0.0	0	%100	12	25
%11.6	10	%0.0	0	%100	10	26
%15.1	13	%0.0	0	%100	13	27
%1.2	1	%0.0	0	%100	1	28
%2.3	2	%0.0	0	%100	2	29
%7.0	6	%0.0	0	%100	6	30
%1.2	1	%0.0	0	%100	1	31
%2.3	2	%50	1	%50	1	32
%1.2	1	%0.0	0	%100	1	33
%100.0	86	%3.5	3	%96.5	83	المجموع

تلخص معطيات الجدول رقم 21.3 تصريحات المستجوبات حسب السن الأول للزواج والمتابعة الصحية قبل الولادة، اجمالاً،

وجدنا ان اغلب المبحوثات قمن بمتابعة حملهن قبل الولادة وذلك بتسجيلهن نسبة 96.5% من مجموع النسوة المستجوبات، وبتركيز الملاحظة



على كل عمر بشكل منعزل وجدنا ان النسوة قامت بمتابعة حملهن قبل الولادة بشكل تام أي بنسبة 100% عند العمر الملاحظ عند كل الأعمار باستثناء 16،23 و32 سنة.

بما ان المتغير المستقل (السن الأول للزواج للام) متغير كمي والمتغير التابع (المتابعة قبل الولادة) متغير كيفي اسمي ثنائي الاستجابة يحمل صفتين متنافيتين (نعم، لا) فان الأسلوب الإحصائي المناسب لمناقشة تأثير السن الأول للزواج للسيدات على المتابعة من حيث وجوده اساسا وقياسه في حال وجوده هو اسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي. ولإجراء هذا الاسلوب يمكن صياغة الفرضيتين الإحصائيتين كالتالي:

**الفرضية الصفرية:** لا يؤثر السن الأول للزواج على المتابعة الصحية قبل الولادة.

**الفرضية البديلة:** يؤثر السن الأول للزواج على المتابعة الصحية قبل الولادة.

بالاعتماد على برنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية spss.

#### Variabes de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> السن_عند_الزواج_الاول	-.079-	.160	.243	1	.622	.924
Constante	-	3.844	.134	1	.714	.244
	1.409-					

1 : Introduction des variables au pas 1. a. السن\_عند\_الزواج\_الاول.

**اتخاذ القرار:** نجد قيمة مستوى الدلالة الإحصائية تساوي 0.622 وهي أكبر من قيمة مستوى المعنوية 0.05، فإننا نقبل

الفرضية الصفرية التي تنص على عدم تأثير السن الأول للزواج على المتابعة الصحية ونرفض الفرضية البديلة التي تنص على عكس ذلك. بمعنى انه لا يوجد دور للعمر عند الزواج الأول بالنسبة للنساء المتابعات وغير المتابعات للرعاية الصحية قبل الولادة، فهو ينتشر بنفس الحدة سواء للزواج المبكر او المتأخر وهذا ما يدل على انتشار الوعي الثقافي والصحي للنساء في مدينة تفرت.

**اختبار ومناقشة الفرضية الثانية:** يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة.

الجدول رقم 22.3: توزيع المبحوثات حسب السن الحالي للام والمتابعة الصحية بعد الولادة.

المجموع		لا		نعم		سن الام الحالي
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
100	2	%0.0	0	%4.1	2	24-20
100	18	%24.3	9	%18.4	9	29-25
%22.1	19	%21.6	8	%22.4	11	34-30
%27.9	24	%35.1	13	%22.4	11	39-35
%17.4	15	%10.8	4	%22.4	11	44-40
%9.3	8	%8.1	3	%10.2	5	49-45
%100.0	86	%100.0	37	%100.0	49	المجموع

حسب المعطيات الملخصة في الجدول رقم (22.3) قدرت نسبة النساء 4.1% من مجموع النسوة المصريحات اللواتي قمن بمتابعة رعايتهن الصحية بعد الولادة وبلغت اعمارهن بين الفئة (24-20 سنة) تليها الفئة (29-25 سنة) للنساء المتابعات للرعاية و سجلت نسبتهن ب 18.4% من مجموع النسوة المستجوبات، و ترتفع عند نسب نساء من عدم المتابعة وهن ينتمين لنفس الفئة العمرية و مثلت نسبتهن 24.3% مما تدل هذه المفارقة بين النسب النساء المتابعات وغير المتابعات على عدم وجود اثر للسن الحالي للام، اما فيما يخص اعمار النساء من 30 الى 34 سنة وهن يتابعن رعايتهن الصحية و بلغت بقيمة 22.4% من مجموع النسوة المبحوثات ، نظيرتها النسب النساء اللواتي لم يقمن بمتابعتهن الصحية و المقدرة نسبتهن ب 21.6% من مجموع النسوة المصريحات وهي قيم كمية متقاربة جدا ، كما وجدنا ان اغلب المبحوثات اللواتي يتحصلن على متابعة رعايتهن بعد الولادة و ذلك بتسجيلهن بنسبة 22.4% من مجموع النسوة المستجوبات و اعمارهن بين (35-39) توافقها مباشرة نسب الأمهات اللواتي لم يتحصلن على الرعاية و المقدرة ب 35.1%، اما بالنسبة للنسوة اللواتي سنهن بين (40-44) المتابعات للرعاية بعد ولادتهن وبلغت قيمتهن ب 22.4% من مجموع النسوة المستجوبات تقابلها نسب نساء 10.8% غير المتابعات وتدل هذه المفارقة على انتشار الوعي الثقافي للسيدات حول صحتهن وصحة اطفالهن، اما فيما يتعلق بالأعمار من 45 سنة الى 49 سنة للأمهات اللواتي تحصلن على المتابعة ومثلن بقيمة 10.2% من مجموع النسوة المبحوثات على عكس النساء غير المتابعات والمقدرة ب 8.1% من مجموع النسوة المصريحات. أي ان لا يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة.

### الفروض البحثية:

**الفرض الصفري:** لا يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة.

**الفرض البديل:** يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة.

#### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> السن_الحالي	-,020	,034	,326	1	,568	,981
Constante	,409	1,225	,111	1	,739	1,505

ا. السن\_الحالي. Introduction des variables au pas 1 :

**اتخاذ القرار:** من خلال المخرج اعلاه لاحظنا بان قيمة مستوى الدلالة الإحصائية تساوي 0.568 وهي أكبر مقارنة من

قيمة مستوى المعنوية 0.05، على هذا الاساس نقبل الفرضية الصفريّة ونرفض البديلة وبالتالي يمكن القول بان سن الام الحالي لا يؤثر على اقبالها على الرعاية الصحية بعد الولادة. مما يعني بان متابعة الرعاية الصحية بعد الولادة تنتشر بنفس الحدة بين النساء مهما كانت أعمارهن الحالية، أي ان عمر المرأة الحالي في حال تقدمه لا يعتبر مشجعاً لها في اقبالها على الرعاية الصحية بعد الولادة وفي نفس الوقت لا يعتبر عائقاً على ذلك في حال تقدمه وهذا دليل كذلك على انتشار الثقافة الصحية بين اوساط الامهات في المدينة محل الدراسة.

#### اختبار ومناقشة الفرضية الثالثة: يؤثر عدد الأطفال على المتابعة بعد الولادة.

حسب المعطيات الموضحة في الجدول رقم (23.3) و المصريح بها من طرف المستجوبات حسب عدد اطفالهن و المتابعة الصحية بعد الولادة وجدنا ان قيمة 20.4% من مجموع نسوة المتابعات للرعاية بعد الولادة ولهن طفل واحد مقابل نسبة 33.3% من مجموع نسوة غير متابعات للرعاية بعد ولادتهن، ثم تليها النسب النساء 28.6% من مجموع نسوة اللواتي تحصلن على متابعة صحية ولهن طفلين تقابلها قيمة 16.7% النسوة اللواتي لم يتلقين متابعة بعد الولادة، ثم تأتي بعدها مباشرة قيمة 20.4% من مجموع نسوة المستجوبات ولهن رعاية صحية بعد الولادة توافقها 27.8% من مجموع نسوة المصريحات اللواتي لم يتحصلن على رعاية صحية، كما نجد من مجموع الامهات المبحوثات اللواتي يتابعن رعاية صحية و مثلن بنسبة 16.3% ولديهن 4 أطفال تليها مباشرة نسبة غير التابعات للرعاية وقدرت بقيمة 11.1%، لتاتي بعدها نفس النسبة 6.1% من مجموع نساء المستجوبات للمتابعة ولهن 5 و 6 أطفال، كما سجلنا نفس القيمة من مجموع

نساء المبحوثات غير التابعات للرعاية بعد ولادتهن وبلغت ب 2.8%. وبلغت أدنى نسبة 2% من مجموع الأمهات المستجوبات التابعات للرعاية ولديهن 7 أطفال اما نسبة 5.6% فتمثلت من مجموع نسوة المبحوثات اللواتي لم يتابعن رعاية بعد الولادة. لمعرفة عدم تأثير سن الام على المتابعة الصحية بعد الولادة تم تطبيق نموذج الانحدار اللوجيستي ثنائي الاستجابة للتأكد من صحة ذلك.

### جدول رقم 23.3: توزيع المبحوثات حسب عدد المواليد والمتابعة بعد الولادة.

المجموع		لا		نعم		عدد الأطفال
النسبة%	التكرار	النسبة%	التكرار	النسبة%	التكرار	
100.0%	22	33.3%	12	20.4%	10	1
100.0%	20	16.7%	6	28.6%	14	2
100.0%	20	27.8%	10	20.4%	10	3
100.0%	12	11.1%	4	16.3%	8	4
100.0%	4	2.8%	1	6.1%	3	5
100.0%	4	2.8%	1	6.1%	3	6
100.0%	1	0.0%	0	2.0%	1	7
100.0%	2	5.6%	2	0.0%	0	8
100.0%	85	100.0%	36	100.0%	49	المجموع

### الفروض الإحصائية:

**الفرض الصفري:** لا يؤثر عدد الأطفال المنجبين من طرف الام على المتابعة بعد الولادة.

**الفرض البديل:** يؤثر عدد الأطفال المنجبين من طرف الام على المتابعة بعد الولادة.

Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> عدد_مواليد_الاحياء	-.060-	.134	.199	1	.656	.942
Constante	-.143-	.430	.110	1	.740	.867

**اتخاذ القرار:** بما ان مستوى الدلالة الناتج ذو القيمة 0.656 أكبر من مستوى المعنوية المعمول به 0.05 فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بعد تأثير عدد الأطفال المنجبين من طرف الام على المتابعة الصحية بعد الولادة. حيث لا توجد أهمية لعدد الأطفال المنجبين بالنسبة للنساء المتابعات بعد الولادة مقابل عدم المتابعة فهو يتزايد بنفس الزيادة، أي انه لا توجد فروق من حيث المتابعة الصحية بعد الولادة حسب عدد الأطفال المنجبين لدى النساء في المدينة.

**اختبار ومناقشة الفرضية الرابعة:** يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل.

**الجدول رقم 24.3: توزيع المستجوبات حسب نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين والاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل.**

المجموع		لا		نعم		نمط الاسرة
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%47.6	39	%43.5	20	%52.8	19	مستقل
%51.2	42	%56.5	26	%44.4	16	مع اهل الزوج
%1.2	1	%0.0	0	%2.8	1	مع اهل الزوجة
%100.0	82	%100.0	46	%100.0	36	المجموع

من خلال الجدول رقم (24.3) المبني حسب تصريجات المستجوبات نلاحظ ان 52.8% من مجموع النسوة المبحوثات الخاضعات لوسائل منع الحمل تقطن بمسكن مستقل مقابل 43.5% من مجموع النسوة غير المستعملات لتلك الوسائل. بينما بلغت نسبة النساء من مجموع المستجوبات اللواتي تستعملن وسائل منع الحمل 44.4% وهن قاطنات مع اهل الزوج، مقابل 56.5% كنسبة لغير المستعملات لموانع الحمل، اما النسوة اللواتي تعشن في بيت أهلها مع زوجها فكلهن تتناولن موانع الحمل وتمثلن نسبة 2.8% من مجموع

النسوة المستعملات لتلك الوسائل. عموماً نجد ان النسب متباينة فيما بينها من حيث التوزيع مما تشير على عدم وجود تأثير نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على استعمال وسائل منع الحمل وللتأكد من صحة ذلك تم استخدام نموذج الانحدار الثنائي الاستجابية.

### الفروض الإحصائية:

**الفرض الصفري:** لا يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل.

**الفرض البديل:** يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل.

في دراستنا هذه، يحمل متغير نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين ثلاثة صفات متمايزة، وهي اسر مستقلة من حيث السكن، اسر مقيمة مع اهل الزوج واسر مقيمة مع اهل الزوجة، وهو متغير كيفي اسمي وعلى هذا الاساس وعند تطبيق اسلوب الانحدار الثنائي اخذنا صفة الاسرة المنتمي اليها الزوجين مع اهل الزوجة كفضة مرجعية للمقارنة بين الأنواع الأخرى للأسرة.

### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> ما_طبيعة_المسكن			,926	2	,629	
ما_طبيعة_المسكن(1)	21,25	40192,18	,000	1	1,000	1700475356,3
ما_طبيعة_المسكن(2)	21,68	40192,18	,000	1	1,000	2625108831,4
Constante	-21,2	40192,18	,000	1	1,000	,000

a. Introduction des variables au pas 1 : ما\_طبيعة\_المسكن.

**اتخاذ القرار:** نتج مستوى الدلالة الإحصائية المرافق لمتغير نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين بصفة عامة بقيمة 0.629 وهي

أكبر من 0.05، وعليه فإننا نقبل الفرض الصفري القائل لا يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لموانع الحمل مما يعني ان الاختبار غير دال إحصائياً. اما بالنسبة لبقية الأنواع الأخرى فان الاختبار كذلك غير دال إحصائياً. نستنتج من هذا ان نسب النساء المستعملات لوسائل منع الحمل حالياً وكذا نسب النساء غير المستعملات لوسائل منع الحمل حالياً أي اثناء المقابلة تنتشر بنفس الوتيرة في كامل انواع الاسر المعتمدة في البحث، أي انه لا توجد فروق بين نمط الاسرة المنتمي اليها الزوجين من حيث الاستعمال الحالي لموانع الحمل في المدينة.

اختبار ومناقشة الفرضية الخامسة: يؤثر نمط المسكن على الاستعمال الحالي لموانع الحمل.

الجدول رقم 25.3: توزيع المبحوثات حسب نمط المسكن والاستعمال الحالي لموانع الحمل

المجموع		لا		نعم		نمط المسكن
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
2.4%	2	2.2%	1	2.8%	1	فيلا
34.1%	28	32.6%	15	36.1%	13	شقة
63.4%	52	65.2%	30	61.1%	22	بيت تقليدي
100.0%	82	100.0%	46	100.0%	36	المجموع

يبين الجدول رقم (25.3) ان اغلب النساء المستعملات حاليا لوسائل منع الحمل تسكن في بيت تقليدي بحيث سجلت ما نسبته 61.1% من مجموع النسوة المبحوثات المستعملات، نفس الملاحظة تمس النساء غير المستعملات حاليا لوسائل القاطنات بنفس نمط المسكن اذ بلغت نسبتهن 65.2% من مجموع النسوة المصريحات بعدم الاستعمال حاليا، كما صرحت بعض النسوة باستعمال موانع الحمل وهن يقطن بشقق و المقدره نسبتهن ب 36.1% من مجموع النسوة المستعملات، اما غير المستعملات لموانع الحمل وقاطنات كذلك بشقق فمثلن نسبة 32.6% من مجموع النسوة غير المستعملات، ونجد اقل نسبة للمستعملات وغير المستعملات مسجلة للواتي تقطن في فيلا بقيمة ب 2.8% و 2.2% على التوالي.

بما ان نسب الاسر الخاضعات لوسائل منع الحمل وعدم الخاضعات هي قيم متقاربة فيما بينها من حيث نمط المسكن فهذا يوحي بعدم وجود تأثير لنوع المسكن على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل، وللتأكد من صحة ذلك نقوم بتطبيق الاختبار الإحصائي الانحدار الثنائي.

### الفروض الإحصائية:

**الفرضية الصفرية:** لا يؤثر نمط المسكن للأسرة على الاستعمال لوسائل منع الحمل حاليا

**الفرضية البديلة:** يؤثر نمط المسكن للأسرة على الاستعمال لوسائل منع الحمل حاليا.

يتميز متغير نمط المسكن كذلك بثلاثة صفات مختلفة في دراستنا وهي فيلا، شقة ومسكن تقليدي، ولكونه متغيرا كيفيا اسميا فقد

أخذنا نوع المسكن بيت تقليدي كقائمة مرجعية للمقارنة بالأنماط الأخرى عند توظيف أسلوب الانحدار الثنائي الاستجابية.

### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> ما_نوع_المسكن			,156	2	,925	
ما_نوع_المسكن(1)	-,310	1,442	,046	1	,830	,733
ما_نوع_المسكن(2)	-,167	,472	,125	1	,723	,846
Constante	,310	,281	1,221	1	,269	1,364

: Introduction des variables au pas 1 : ma\_نوع\_المسكن.

**اتخاذ القرار:** نلاحظ ان قيمة الدلالة الإحصائية لنوع المسكن بصفة اجمالية تساوي 0.925 وهي أكبر من 0.05 فان

الفرضية القائلة بعدم تأثير نمط المسكن على الاستعمال لوسائل منع الحمل حاليا مثبتة احصائيا. اما فيما يخص المقارنة بين انواع المساكن فيما بينها من حيث تأثيرها على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل فهي الأخرى غير دالة إحصائيا وهذا يشير الى ان اقبال النساء على الاستعمال لتلك الوسائل وامتناعهم عليها منتشر بنفس الوتيرة في كل الانواع السكنية. أي انه لا وجود لفرق في الاستعمال بين انماط المسكن.

**اختبار ومناقشة الفرضية السادسة:** تؤثر الحالة الفردية على حالات الاجهاض.

**الجدول رقم 26.3: توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية وحالات الإجهاض.**

المجموع		لا		نعم		الحالة الفردية للام
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%34.2	26	%34.7	17	%33.3	9	ماكثة بالبيت
%1.3	1	%2.0	1	%0.0	0	بطالة
%64.5	49	%63.3	31	%66.7	18	عاملة
%100.0	76	%100.0	49	%100.0	27	المجموع



توضح معطيات الجدول رقم 26.3 والمصرح بها من خلال المبحوثات عن حالتهم الفردية والتعرض لخطر الإجهاد، تمثلت أكبر النسبة لدى النسوة العاملات سواء للواتي تعرضن لخطر الإجهاد أو سلمن منه بقيمة 66.7% من مجموع النسوة المجهضات سابقا و63.3% من مجموع النسوة غير المجهضات. تليها ترتيبا حسب الحالة الفردية للنسوة الماكثات بالبيت، بحيث بلغت نسبتهن 33.3% عند المصريحات بالتعرض لخطر الإجهاد و34.7% للواتي لم تتعرض له، اما البطالات فصرحن كلهن بالسلامة ممثلات بذلك 2% من مجموع المصريحات بعدم التعرض لخطر الإجهاد. لمسنا عموما وجود نفس الترتيب والتقارب النسبي للعرض للإجهاد حسب الحالة الفردية للام العاملات وهذا ما يمهد لقبول فكرة عدم تأثير الحالة الفردية للام على تعرضها لخطر الإجهاد. من خلال استعمالنا لتطبيق الاختبار ثنائي الاستجابة سيتم الجزم بذلك.

### الفروض الإحصائية:

**الفرضية الصفرية:** لا تؤثر الحالة الفردية للام على حالات الإجهاد.

**الفرضية البديلة:** تؤثر الحالة الفردية للام على حالات الإجهاد.

تحمل الحالة المهنية للام كمتغير ثلاث صفات مختلفة ماكثة بالبيت، بطالة وعاملة وقد استخدمنا الفئة المرجعية الفئة الأخيرة عاملة لمعرفة وجود الأثر أو عدمه من خلال المقارنة بالأنواع السابقة.

### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> ما_هي_حالتك_المهنية			,033	2	,984	
ما_هي_حالتك_المهنية(1)	,092	,508	,033	1	,856	1,097
ما_هي_حالتك_المهنية(2)	20,6	40192,9	,000	1	1,0	938017650,6
Constante	,544	,296	3,365	1	,067	1,722

a. Introduction des variables au pas 1 : ما\_هي\_حالتك\_المهنية.

**اتخاذ القرار:** بما ان نسبة الدلالة الإحصائية لنوع الحالة المهنية للام بصفة عامة سجلت بقيمة 0.984 وهي أكبر من

0.05 فإننا نقبل الفرضية الصفرية ونرفض الفرضية البديلة. حيث ان ظاهرة الإجهاد تفس النساء بنفس الوتيرة بالنسبة مع اختلاف حالاتهن

الفردية، بحيث لا توجد فروق بين انتشار احداث الإجهاد راجعة للحالة المهنية للام في المدينة.

اختبار ومناقشة الفرضية السابعة: يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على استعمال وسائل تنظيم الأسرة.

الجدول رقم 27.3: توزيع المبحوثات حسب مستواهن التعليمي واستعمال وسائل تنظيم الأسرة.

المجموع		لا		نعم		المستوى التعليمي للام
النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	التكرار	
3.7%	3	4.3%	2	2.8%	1	ابتدائي
13.4%	11	13.0%	6	13.9%	5	متوسط
18.3%	15	19.6%	9	16.7%	6	ثانوي
64.6%	53	63.0%	29	66.7%	24	جامعي
100.0%	82	100.0%	46	100.0%	36	المجموع

من خلال معطيات الجدول رقم (27.3)، ان المبحوثات تميزت بنسب مختلفة فيما يخص استعمالهن لوسائل تنظيم الأسرة.

حيث وردت أكبر نسبة للنساء ذوات المستوى العالي والمقدرة ب 66.7% من مجموع النسوة المصريحات باستعمالهن لتلك الوسائل بينما المصريحات بعدم الاستعمال فمثلن 63% من مجموع النسوة ضمن نفس المستوى التعليمي.

انت بعد ذلك نسب الأمهات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة وهن ذوات المستوى الثانوي بقيمة 16.7% من مجموع

النسوة المبحوثات كما قد سجلنا نسب نساء 19.6% من مجموع المصريحات اللاتي لم يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ، تليها النسب على

الترتيب للنساء ذوات المستوى المتوسط وهن يتناولن وسائل تنظيم الأسرة و بلغت نسبتهن ب 13.9% من مجموع النسوة المصريحات فهي

نسبة متقاربة جدا مع قيم النساء عدم الخاضعات لموانع الحمل والمقدرة ب 13%، و اخر قيم كمية وردت للنسوة اللواتي يأخذن وسائل تنظيم

الأسرة و المسجلة ب 2.8% وهن ذوات مستوى ابتدائي قابلتها نسبة الامهات 4.3% من مجموع النسوة المصريحات بعدم خضوعهن

لوسائل تنظيم الأسرة.

### الفروض الإحصائية:

**الفرضية الصفرية:** لا يؤثر المستوى التعليمي للزوجة على استعمالها لوسائل تنظيم الأسرة.

**الفرضية البديلة:** يؤثر المستوى التعليمي للزوجة على استعمالها لوسائل تنظيم الأسرة.

يتميز المستوى التعليمي للمبحوثات بأربع مستويات مختلفة فقد اخذنا المستوى العالي كقوة مرجعية للمقارنة بالمستويات الثلاثة الأخرى الأقل منه.

### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> المستوى التعليمي للزوجة			.278	3	.964	
المستوى التعليمي للزوجة (1)	.504	1.25	.161	1	.688	1.655
المستوى التعليمي للزوجة (2)	-.007	.665	.000	1	.992	.993
المستوى التعليمي للزوجة (3)	.216	.595	.132	1	.716	1.241
Constante	.189	.276	.470	1	.493	1.208

Introduction des variables au pas 1 : المستوى التعليمي للزوجة.

**اتخاذ القرار:** نتج مستوى الدلالة الاحصائية الخاص بالمستوى التعليمي بصفة عامة بقيمة 0.964 وهي أكبر من 0.05

وعليه فهو غير دال إحصائيا. وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم تأثير المستوى التعليمي للزوجة على استعمالها لوسائل تنظيم الأسرة، وفيما يتعلق بمعنوية المستويات الأخرى فهي غير مثبتة احصائيا وهذا يعني ان النساء المستعملات وغير مستعملات لوسائل تنظيم الأسرة تنتشر بينهم بنفس الحدة بالرغم من اختلاف مستوياتهم التعليمية. حيث انه لا توجد فروق بين الاستعمال وعدم الاستعمال مهما كان المستوى التعليمي للأمهات في المدينة.

بتكيز الملاحظة على المستوى التعليمي للزوج، نجد حسب معطيات الجدول رقم (28.3) الخاص بتصريحات المبحوثات حسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي لأزواجهن، حيث أكبر نسبة خصت المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة وأزواجهن ذوي مستوى تعليمي متوسط بقيمة 44.4% من مجموع النسوة المصريحات بالاستعمال، قابلهما نسبة 26.1% من عدم المستعملات لأزواج في نفس المستوى، كما بلغت المستعملات لموانع الحمل وهن لأزواج ذوي المستوى التعليمي الثانوي نسبة 27.8% من مجموع النسوة المصريحات

بالاستعمال مقابل 37% من مجموع المصريحات بعدم الاستعمال وهن زوجات لأفراد في نفس المستوى، وردت كترتيب بعدها نسب زوجات ذوي التعليم العالي المستعملات وغير المستعملات على الترتيب 22.2% من فئة المستعملات 26.1% من فئة غير المستعملات. لتأتي أخيراً كترتيب نسبتاً زوجات ذوي التعليم الابتدائي بحيث كل زوجاتهم من فئة غير المستعملات.

**الجدول رقم 28.3: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي لأزواجهن واستعمال وسائل تنظيم**

الأسرة.

المجموع		لا		نعم		المستوى التعليمي للزوج
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
1.2%	1	2.2%	1	0.0%	0	بدون مستوى
7.3%	6	8.7%	4	5.6%	2	ابتدائي
34.1%	28	26.1%	12	44.4%	16	متوسط
32.9%	27	37.0%	17	27.8%	10	ثانوي
24.4%	20	26.1%	12	22.2%	8	جامعي
100.0%	82	100.0%	46	100.0%	36	المجموع

**الفروض البحثية:**

**الفرضية الصفرية:** لا يؤثر المستوى التعليمي للأزواج على استعمال وسائل تنظيم الأسرة.

**الفرضية البديلة:** يؤثر المستوى التعليمي للأزواج على استعمال وسائل تنظيم الأسرة.

يتميز المستوى التعليمي بالنسبة للأزواج بخمس مستويات مختلفة فقد اخذنا المستوى العالي كفئة مرجعية لمعرفة وجود مفارقة بين مستويات الأربعة الأخرى الأقل منها مستوى او عدم وجوده.

**Variables de l'équation**

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup> ما_هو_مستواه_التعليمي			2.838	4	.585	
ما_هو_مستواه_التعليمي(1)	20.7	40192.96	.000	1	1.00	1076983228.5
ما_هو_مستواه_التعليمي(2)	.288	.979	.086	1	.769	1.333

ما_هو_مستواه_التعليمي(3)	-.69	.595	1.357	1	.244	.500
ما_هو_مستواه_التعليمي(4)	.125	.606	.043	1	.836	1.133
Constante	.405	.456	.789	1	.374	1.500

**اتخاذ القرار:** نتجت قيمة مستوى الدلالة للمستوى التعليمي للأزواج بالمقدار 0.585 وهي أكبر من مستوى المعنوية

0.05، انطلاقاً من هذه المقارنة يمكن القول بان المستوى التعليمي للأزواج غير دال إحصائياً وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية القائلة بان المستوى التعليمي للأزواج لا يؤثر على قرار استعمال الزوجات لوسائل تنظيم الأسرة، وفيما يخص المستويات التعليمية الأخرى للأزواج رافقتها مستويات غير دالة.

مما سبق نستنتج توافقاً بين المستوى التعليمي للمبحوثات والمستوى التعليمي لأزواجهن من حيث عدم تأثيره على استعمال وسائل تنظيم الأسرة، أي ان الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة ينتشر بين السيدات بنفس الحدة مهما كان المستوى التعليمي للسيدات او المستوى التعليمي لأزواجهن.

### اختبار ومناقشة الفرضية التاسعة: تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمال موانع الحمل.

المجموع		لا		نعم		الحالة الاقتصادية للام
النسبة%	التكرار	النسبة%	التكرار	النسبة%	التكرار	
30.8%	24	31.1%	14	30.3%	10	لا يوجد دخل
1.35	1	0.0%	0	3.0%	1	لا يوجد دخل ثابت
1.3%	1	2.2%	1	0.0%	0	بين 10000 و 15000
3.8%	3	0.0%	0	9.1%	3	بين 15000 و 20000
3.8%	3	6.7%	3	0.0%	0	بين 20000 و 30000
59.0%	46	60.0%	27	57.6%	19	30000 فأكثر
100.0%	78	100.0%	45	100.0%	33	المجموع

حسب معطيات الجدول رقم (29.3) مثلت ذوات الدخل 30000 فأكثر نسبة 57.6% من مجموع المصحات باستعمال

وسائل تنظيم الأسرة تناظرها 60% من مجموع المصحات بعدم الاستعمال لنفس ذوات الدخل. كما لاحظنا ان نسبة اللواتي لا يوجد لهن

دخل وهن مستعملات لوسائل منع الحمل بلغت 30.3% من مجموع المستعملات مقابل 31.1% عند نفس الفئة من مجموع النسوة غير المستعملات، بينما النسوة ذوات الدخل في المستويين بين (10000 و 15000) وبين (15000-20000) فلم تمثل سوى نسبة ضئيلة كليا سواء تعلق الامر بالاستعمال او عدمه.

### الفروض البحثية:

**الفرضية الصفرية:** لا تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمالها لموانع الحمل.

**الفرضية البديلة:** تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمالها لموانع الحمل.

في دراستنا، يتميز مستوى الأجور للمستجوبات بستة مستويات متميزة عن بعضها البعض، وقد اخذنا مستوى الدخل الشهري 30000 فأكثر كفئة مرجعية للمقارنة بمستويات الدخل الخمس الاقل منه.

### Variables de l'équation

	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1a			,001	5	1,00	
الدخل_الشهري_للزوجة						
الدخل_الشهري_للزوجة(1)	-,015	,511	,001	1	,977	,985
الدخل_الشهري_للزوجة(2)	-21,5	40192,9	,000	1	1,00	,000
الدخل_الشهري_للزوجة(3)	20,85	40192,9	,000	1	1,00	1136815630,1
الدخل_الشهري_للزوجة(4)	-21,5	23205,4	,000	1	,999	,000
الدخل_الشهري_للزوجة(5)	20,8	23205,4	,000	1	,999	1136815630,1
Constante	,35	,299	1,377	1	,241	1,421

Introduction des variables au pas 1 : a. الدخل\_الشهري\_للزوجة.

**اتخاذ القرار:** نجد ان قيمة مستوى الدلالة الإحصائية بصفة عامة قدرت ب 1.000 وهو أكبر من مستوى المعنوية 0.05

فإننا نقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم تأثير الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمالها لموانع الحمل. حيث ان استخدام موانع الحمل ينتشر في المدينة بنفس الوتيرة اوساط السيدات للنساء مهما كان مستوى دخل الاسر المنتمية اليها النسوة.

### النتائج المتوصل اليها من خلال اختبار الفرضيات

### الفرضية الأولى: يؤثر السن الأول للزواج على المتابعة قبل الولادة. حيث كلما ارتفع العمر بسنة

واحدة عند الزواج الأول للام أدى ذلك الى رفع عدد مرات متابعتها الصحية قبل الولادة، وتم الوصول من خلال مناقشة الفرضية ان الاختبار غير دال إحصائيا.

### الفرضية الثانية: يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة. أي كلما ارتفع سن

الام الحالي بسنة واحدة عند ولادتها أدى ذلك الى خفض عدد مرات متابعتها الصحية بعد الولادة، فتوصلنا من خلال اختبار الفرضية. لا يؤثر سن الام الحالي على المتابعة بعد الولادة.

### مناقشة الفرضية الثالثة: يؤثر عدد الأطفال على المتابعة بعد الولادة. بحيث كلما زاد عدد الأطفال

المنجبن لدى المرأة أدى ذلك الى قلة عدد متابعة الرعاية الصحية بعد الولادة نستنتج من خلال الفرضية ان الاختبار غير دال إحصائيا.

### مناقشة الفرضية الرابعة: يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي

لوسائل منع الحمل. نستنتج من خلال الفرضية ان الاختبار غير دال إحصائيا حيث لا يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على استعمالهما الحالي لموانع الحمل.

### الفرضية الخامسة: يؤثر نمط المسكن على الاستعمال الحالي لموانع الحمل. أي كلما انتقلنا

من نوع المسكن من فيلا الى شقة الى بيت تقليدي أدى ذلك الى قلة استخدام موانع الحمل، وتم التوصل من خلال اختبار الفرضية ان الاختبار غير دال إحصائيا حيث لا يؤثر نمط المسكن على الاستعمال لوسائل منع الحمل حاليا فهو ينتشر بنفس الوتيرة بين الاسر.

### الفرضية السادسة: تؤثر الحالة الفردية على حالات الإجهاض. حيث كلما كانت النساء غير عاملات

أدى ذلك الى قلة اصابتهن لخطر الإجهاض على عكس العاملات وتم استخلاص الفرضية ان لا تؤثر الحالة الفردية للام على حالات لخطر الإجهاض.

**الفرضية السابعة: يؤثر المستوى التعليمي للام على استعمالها لوسائل تنظيم الاسرة. يتضح**

انه كلما تأخرت المرأة في التعليم كلما أدى ذلك الى رفع نسبة استخدامها لوسائل تنظيم الاسرة وبالتالي يؤدي الى قلة عدد الانجاب، وتم استخلاص من خلال الفرضية ان الاختبار غير دال إحصائيا بحيث لا يؤثر المستوى التعليمي للام على استعمالها لوسائل تنظيم الاسرة فهو ينتشر بنفس الحدة مهما كان مستواهن التعليمي.

**الفرضية الثامنة: يؤثر المستوى التعليمي للأزواج على استعمال وسائل تنظيم الاسرة. تم**

الوصول الى لا يؤثر المستوى التعليمي للأزواج على استعمالها لوسائل تنظيم الاسرة.

**الفرضية التاسعة: تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمالها لموانع الحمل. يتضح**

انه كلما كان مستوى دخل مرتفع للام كلما زادت نسبة استخدامها لوسائل تنظيم اسرتها، وتم استخلاص بانه لا تؤثر الحالة الاقتصادية للام على استعمالها لموانع الحمل.



## خلاصة الفصل:

لقد تم اجراء دراسة موضوع الصحة الإنجابية في مدينة تقرت بناء على معطيات الاستمارة والمقابلة، وتمثلت العينة المستهدفة للنساء في سن الانجاب بين 15-49 سنة واللاتي كان عددهن 86 عينة من السيدات العاملات بقطاعي الصحة والتعليم و النساء غير العاملات، وقد أجرينا في هذا الفصل الثالث الخاص بالجانب الميداني المتعلق بخصائص العينة للمتغيرات المستقلة وهي العوامل السوسيو ديمغرافية المؤثرة على الصحة الإنجابية ثم تطرقنا بعد ذلك الي استخراج الجداول المتقاطعة التي تكون ربط بين المتغيرات المستقلة والتابعة، وقمنا بالتأكد من صحة فرضيات الدراسة التي يمكن تعميم نتائجها على كامل المجتمع التقري، وذلك باستعمال الأسلوب الإحصائي المناسب لهذه الفرضيات الا وهو الأسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي باعتباره الاختبار الملائم للمتغيرات التابعة الكيفية.

# الخاتمة

### خاتمة:

من خلال الدراسة التحليلية لمؤشرات الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة بناء على معطيات الاستمارة بمدينة تقرت تم استنتاج النتائج المتوصل اليها:

- تم استجواب عينة من النسوة في سن الانجاب 15-49 سنة.

- قدر عدد النسوة التي شملتها عينة الدراسة 86 امرأة بمتوسط العمر بلغ ب 35 سنة صاحبه انحراف معياري قدره 6 سنوات.

- قدر المستوى التعليمي للنسوة مرتفعا بحيث سجلت اعلى نسبة ذوات المستوى التعليم العالي ب 64% ثم ذوات المستوى التعليم الثانوي ب 19.8% ثم ذوات المستوى التعليم المتوسط ب 12.8% وأخيرا ذوات المستوى الابتدائي ب 3.5%.

- مثلت نسبة النساء العاملات بصفة عامة 66.3% بينما بلغت نسبة النساء غير العاملات ب 32.6%.

- سجلت نسبة النسوة الخاضعين للمتابعة الرعاية الصحية بعد الولادة بقيمة 57% بينما شملت قيمة غير الخاضعات ب 43%.

- بلغت نسبة استخدام الحالي لوسائل تنظيم الاسرة بقيمة 43.9% مقابل عدم الاستعمال ب 56% وشملت الوسيلة الأكثر استعمالا هي حبوب منع الحمل بقيمة 75% مقارنة بالوسائل الأخرى.

- يرجع اتخاذ القرار في استخدام موانع الحمل للزوجين معا.

وفي الأخير نستنتج من انجاز هذا العمل انه تم الوصول للإجابة على التساؤلات المطروحة والوصول الى اهم النتائج المتمثلة في: ان هناك انتشار الوعي الثقافي والصحي للنساء في المدينة من خلال اقبالهن على المتابعة الصحية قبل الولادة وبعدها، وهذا ما أدى الى عدم تأثير المتغيرات ديموغرافية على الصحة الانجابية، بحيث:

- لا يؤثر السن الأول للزواج على المتابعة الصحية قبل الولادة.

- لا يؤثر سن الام الحالي على المتابعة الصحية بعد الولادة.

- لا يؤثر عدد الأطفال المنجبين من طرف الام على المتابعة بعد الولادة.

- لا يؤثر نوع الاسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل.

- لا يؤثر نمط المسكن للأسرة على الاستعمال وسائل منع الحمل حاليا.

- لا تؤثر الحالة الفردية للام على حالات الإجهاض.

- لا يؤثر المستوى التعليمي للأزواج على استعمال وسائل تنظيم الاسرة.

- لا تؤثر الحالة الاقتصادية لأسرة المرأة على استعمالها لموانع الحمل

## الملاحق

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمقراطية

شعبة: الديمغرافيا

التخصص: سنة ثانية ماستر التخطيط الديمغرافي والتنمية

### استبيان:

في إطار اجراء البحث العلمي تحضير لمذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص التخطيط الديمغرافي والتنمية بعنوان " ما أثر العوامل السوسيو الديمغرافية على الصحة الإنجابية لدى الامهات بمدينة تقرت" وبالتالي اضع بين ايديكن سيداتي النساء مجموعة من الأسئلة التي يجب من خلالها اجابتكن عنها بصدق وصراحة، لأنها تستعمل لأغراض علمية وعملية فالرجاء منكن المساعدة بمليء هذه الاستمارة وذلك بوضع علامة (x) للإجابة المناسبة من بين الاقتراحات وذلك بدقة ووضوح. وشكرا لكن على الإجابة.

السنة الجامعية 2022 - 2023

## البيانات الشخصية:

1- كم عمرك عند الزواج الاول

ما هو سنك الحالي

ما هو مستواك التعليمي:

بدون مستوى  ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

هل تجيد القراءة والكتابة؟ نعم  لا

هل تطالعين؟ نعم  لا

هل لديك الاتصال بالانترنت؟ نعم  لا

2-- كم عمر زوجك عند الزواج الأول

ما هو عمر زوجك الحالي

ما هو مستواه التعليمي:

بدون مستوى  ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي

## بيانات الحالة الفردية:

1- ماهي حالتك المهنية؟

ماكثة بالبيت  بطالة  عاملة

ما نوع العمل

كم يبلغ دخلك الشهري؟

لا يوجد دخل  لا يوجد دخل ثابت  اقل من 10000

بين 10000 و 15000

بين 15000 و 20000

بين 20000 و 30000  30000 فأكثر

2- ماهي الحالة المهنية للزوج؟

عامل  بطال  متقاعد

كم يبلغ الدخل الشهري للزوج؟

لا يوجد دخل  لا يوجد دخل ثابت  اقل من 10000

بين 10000 و 15000

بين 15000 و 20000

بين 20000 و 30000  30000 فأكثر

البيانات الخاصة بالحالة الصحية اثناء الحمل

كم سنك عند اول حمل؟





كم عدد المواليد الاحياء؟

هل قمت بالمتابعة الرعاية الصحية قبل الولادة؟

نعم  لا

هل قمت بالمتابعة الرعاية الصحية بعد الولادة؟

نعم  لا

كم عدد مرات متابعة الرعاية الصحية؟

هل يوجد مراكز المتابعة الرعاية الصحية في المنطقة التي تقيمين بها؟ نعم

لا

إذا كانت الإجابة بنعم ما نوع مركز المتابعة هل هي:

عيادة عامة  عيادة خاصة  مستشفى

إذا كانت الإجابة ب لا:

كيف تنتقلين لمتابعة الرعاية الصحية عن طريق؟

حافلة  سيارة خاصة  سيارة اجرة

المشي على الاقدام  عدم المتابعة

إذا كانت الإجابة بعدم متابعة الرعاية الصحية فما هو السبب

هل سبق لك الإجهاض من قبل؟ نعم  لا

ما هو سبب الإجهاض؟

كم عدد مرات الإجهاض؟

هل سبق لك مضاعفات صحية بعد الإجهاض؟ نعم  لا

في حالة الإجابة بنعم ما نوع الحالة؟

ضغط الدم  داء السكري  مرض القلب  امراض أخرى

هل تم الحمل بعد الإجهاض؟ نعم  لا

ما هي المدة بعد الإجهاض الأولى والحمل الموالي؟

ما هي المدة بعد الإجهاض الثاني والحمل الموالي؟

ما هي المدة بعد الإجهاض الثالث والحمل الموالي؟

هل استعملت وسائل منع الحمل؟ نعم  لا

هل تستعملين وسائل منع الحمل حالياً؟ نعم  لا

إذا كان الجواب بنعم ما نوع الوسيلة المستعملة؟

إذا كان الجواب ب لا ما هو سبب عدم استعمالك لوسائل منع الحمل؟

الرغبة في إنجاب الأطفال  ضد استعمال وسائل منع الحمل

عدم موافقة الزوج  لأسباب أخرى

هل لديك معلومات قبلية عن استعمال وسائل منع الحمل؟ نعم

لا

ما هي هذه المعلومة؟

### البيانات الخاصة بالسكن:

ما طبيعة المسكن؟ مستقل  مع اهل الزوج

مع اهل الزوجة

ما نوع المسكن؟ فيلا  شقة  بيت تقليدي

بيت قصديري

نوع ملكية السكن ملك  كراء

كم عدد غرف المسكن؟

ما هي نوعية الأرضية؟

## 1- قائمة المذكرات

1. طعبة عمر، البني الاسرية الجزائرية وتراكيبها العائلية من خلال معطيات مسح 2006 (mics 3) تطورها، خصائصها وعلاقتها بالخصوبة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم في الديمغرافيا، سنة 2016-2017.
2. سواكري خديجة، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15 - 49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1 الحاج لخضر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص ديمغرافيا، سنة 2019 - 2020.
3. تمزوت بلحول، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيو اقتصادية دراسة حالة بلدية غليزان، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، التخصص ديمغرافيا اقتصادية واجتماعية، سنة 2012 - 2013.
4. حسين احمد، مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإنجابية، أطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير الصحة العامة، بكلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس فلسطين، سنة 2007.
5. يعقوب خديجة، الرعاية الصحية للمرأة الحامل وعلاقتها بالعوامل الديمو اقتصادية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الديمغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، سنة 2017 - 2018.

## 2- قائمة المجلات

1. دليلة عزيزي، سليمة بلخيري، الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر، جامعة العربي التبسي - تبسة (الجزائر)، مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الإنسانية، المجلد: 07 / العدد: 02 / افريل 2022.
2. د. امال ينون، تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية - المرأة الجزائرية نموذجاً - الجزائر، مجلة الدراسات، سنة 2017.

3. فيصل عبد الكريم، بن زيد ريم، واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر، سنة 2016.
4. د. فضيل عبد الكريم، واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي " تونس والمغرب"، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 23/ مارس 2016، جامعة وهران الجزائر.
5. د. طيبة عمر، (2018)، تراجع الاقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، اهم العوامل المسببة، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 33/ مارس 2018، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
6. د. طلباوي الحوسين، (2022)، واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019 (mics6)، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 2022/01/14، الجزائر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
7. د. طيبة عمر، المحددات السوسيو الديمغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجيستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (mics4) المنجز سنة 2012 – 2013، مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 14 – 01 – 2022، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر).
8. د. طيبة عمر، حمزة مسعي احمد، استخدام تقنية الانحدار اللوجيستي الثنائي في تفسير اهم العوامل المؤثرة على ظاهرة الولادة في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (mics4) 2012 – 2013، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 2022/02/14، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
9. د. حمزة شريف على، (2018)، تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ الاستقلال، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ال عدد 32 – 01 – 2018، مخبر السكان والتنمية في الجزائر، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان (الجزائر).
10. أ. خديجة سواكري، واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15 – 49) سنة بمنطقة الجنوب بناء على معطيات مسح العنقودي متعدد المؤشرات mics3، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 29/ جوان 2017، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
11. د. فراس العزة، دراسة رقم (4) الاستبيان، تم اعداد الدراسة بالاستناد الى مجموعة دراسات ومقالات منشورة على الانترنت.

### 3. التقرير

1. إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز)، التقرير الموجز، الأمم المتحدة، نيويورك، 2002.

### 4. المحاضرة

1. أ. حسين خديجة، لمحّة عامة عن الصحة الإنجابية، مقياس: التخطيط العائلي والصحة الإنجابية، السنة الثانية ديمغرافيا.

### 5. الكتب

1. د. فتيحة تركي، د. اوشا ماهوترا، الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، الطبعة الثالثة، سنة 2004.

### 6. المعاهد

1. أ. حافظ بن الطاهر، أدوات البحث، المعهد العالي لإطارات الطفولة، 14 - 04 - 2020.

### 7. المواقع

1. تجمع ضمة، الصحة الإنجابية. 2018، arg، Dammahug .
2. موضوعات صحية، لمحّة عامة عن الامراض المنقولة جنسيا، M sdmanuals.com .

## ملخص

تهدف الدراسة الى التعرف على مؤشرات الصحة الإنجابية للأمهات التي تتأثر بالعوامل السوسيو ديمغرافية في مدينة تفرت، و ذلك بناء على معطيات الاستبيان وتفرغها على البرنامج الإحصائي SPSS ، ومعرفة وعي الأمهات العاملات وغير العاملات وخاصة العاملات في القطاع الصحي اللواتي يعتبرن أكثر خبرة وثقافة حول الصحة بصفة عامة والصحة الإنجابية بصفة خاصة، ومعرفة وعيهن حول الانجاب والمتابعة الصحية بعد الولادة والوسيلة الأكثر استخداما لتنظيم الأسرة، واهم ما توصلنا اليه في هذه الدراسة عدم تأثير كل من سن الأم الحالي وعدد الأطفال على المتابعة الصحية بعد الولادة، عدم تأثير نوع الأسرة المنتمي اليها الزوجين على الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الاسرة. مما يعني بان المتابعة الصحية بعد الولادة والاستعمال الحالي لموانع الحمل تنتشر بنفس الحدة بين النساء مهما كانت أعمارهن، ومهما كان نوع الاسرة المنتمي اليها، ومهما كانت حالتها المهنية، وهذا ما يدل على انتشار الوعي الثقافي والصحي للنساء في المدينة.

**الكلمات المفتاحية:** العوامل السوسيو الديمغرافية - الصحة العامة - الصحة الإنجابية - الانجاب - المتابعة الصحية - الولادة - تنظيم

الاسرة.

### summary:

The study aimed to identify indicators of reproductive health for mothers that are affected by socio-demographic factors in the city of Touggourt, and to know the awareness of working and non-working mothers, especially those working in the health sector, who are considered more experienced and educated about health in general and reproductive health in particular. The most important finding in this study is that the current age of the mother and the number of children do not affect health follow-up after childbirth, and that the type of family the couple belongs to does not affect the current use of family planning methods. This means that health follow-up after childbirth and the current use of contraceptives spread equally among women, regardless of their age, and this indicates the spread of cultural and health awareness of women in the city.

- childbearing -reproductive health- public health -demographic factors- socio:**Keywords**  
family pla- childbirth-up-health follow