

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د.)

شعبة: علم السكان

تخصص: علم السكان

أثر الأمراض المزمنة على الخصوبة في الجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح
العنقودي المتعدد المؤشرات Mics₆ (2019)

إشراف الأستاذ:

د. عمر طعبة

من إعداد الطالب:

أحمد عبد المقتدر شنين

لجنة المناقشة:

الرقم	الإسم واللقب	الرتبة	المؤسسة	الصفة
01	محمد صالي	أستاذ	جامعة ورقلة	رئيسا
02	عمر طعبة	أستاذ	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
03	الحوسين طلباوي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	مناقشا
04	يمينة قوارح	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	مناقشا
05	محمد الطويل	أستاذ	جامعة غارداية	مناقشا
06	سهيل يخلف	أستاذ محاضر "أ"	جامعة قالم	مناقشا

السنة الجامعية: 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

قال سبحانه و تعالى على لسان سيدنا سليمان في الآية رقم 19 سورة النمل: ((رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ))

احمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، ولا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم، وصلى اللهم على سيدنا وحبیبنا نبي الله محمد بن عبد الله، وعلى اله وصحبه ومن اتبعه إلى يوم الدين وسلم تسليما، احمد لله الذي وفقني ومن علي بكال هذا العمل المتواضع فله الحمد والشكر دائما وأبدا وأولا وآخرأ أما بعد:

من باب قوله صلى الله عليه وسلم: من لا يشكر الناس لا يشكر الله، فإني أتوجه بالشكر الجزيل للشرف الاستاذ الدكتور: عمر طعنة نظير قبوله الإشراف على هذا العمل ولصبره وتحمله لنا طيلة فترة إنجازة، فلم أجد منه إلا النصيحة والتشجيع والارشاد لكل خير، فجزاه الله عنا كل خير، كما أتقدم أيضا بالشكر إلى الاستاذة الافاضل، أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه العمل المتواضع، والشكر موصول كذلك إلى جميع الأستاذة في كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية بجامعة ورقلة، وأخص بالذكر أساتذة شعبة الديمغرافيا الذين لم يبخلوا علي بنصائحهم وارشاداتهم. وإلى كل من أمدني بيد العون أو ساندني وشجعني خلال إنجاز هذا العمل.

أحمد عبد المقتدر

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى أمي الحبيبة، التي حملتني وهنأ علي وهن، بارك الله في
عمرها ورزقني برها، وإلى حبيب القلب أبي رحمه الله الذي ما فتى، يشجعني ويقف

بجانبي فجزاه الله عني كل الخير،

إلى زوجتي الغالية شريكة دربي، إلى قررة عيني بناتي الغاليات: عائشة وربحانة وأميرة،

إلى إخوتي وأخواتي كل باسمه،

إلى كل من علني حرقاً،

إلى جميع طلبة علم السكان أين ما كانوا وأخص بالذكر دفعة الدكتوراه 2023/2020

بجامعة قاصدي مرباح ورقلة،

إلى كل أصدقائي وكل من عرفني، إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع.

أحمد عبد المقتدر

شكر وعرّفان

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس المحتويات

أ.....مقدمة

الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة

- 1.1. الإشكالية: 17
- 2.1. الأسئلة الفرعية: 22
- 3.1. فرضيات الدراسة: 23
- 4.1. أهمية الدراسة: 26
- 5.1. أهداف الدراسة: 28
- 6.1. صعوبات الدراسة: 29
- 7.1. تحديد المفاهيم العامة والإجرائية: 30
- 1.7.1. المفاهيم العامة: 30
- 2.7.1. تحديد المفاهيم الإجرائية: 31
- 8.1. منهج الدراسة: 33
- 1.8.1. المنهج الوصفي التحليلي: 34
- 2.8.1. المنهج المقارن: 34
- 9.1. الدراسات السابقة: 35
- 1.9.1. الدراسة الأولى: 35
- 2.9.1. الدراسة الثانية: 38
- 3.9.1. الدراسة الثالثة: 41
- 4.9.1. الدراسة الرابعة: 44
- 5.9.1. التعقيب على الدراسات والاستفادة منها: 48

54	10.1.التأصيل النظري للدراسة:
55	1.10.1 النظريات السكانية:
56	2.10.1.لمحة عن الفكر السكاني ونظريات الخصوبة:.....
61	3.10.1 نظرية الإنتقال الديموغرافي.....
63	4.10.1 نظرية الإنتقال الوبائي:
64	5.10.1 الاقتراب النظري للدراسة.....

الفصل الثاني: وضعية الخصوبة في الجزائر

69	1.2.الوضعية الديموغرافية في الجزائر:.....
69	1.1.2.حجم السكان :
72	2.1.2.معدل النمو السكاني:.....
73	3.1.2 التركيبة العمرية والنوعية في الجزائر:.....
76	2.2.الخصوبة في الجزائر
76	1.2.2.معدل المواليد الخام:.....
81	2.2.2. المعدل العام للخصوبة:.....
82	3.2.2. معدل الخصوبة حسب الفئات العمرية:.....
84	4.2.2 المؤشر التركيبي للخصوبة:.....
86	3.2.العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية المؤثرة على الخصوبة
86	1.3.2 العمر الأول عند الزواج:
88	2.3.2 مكان الإقامة:.....
89	3.3.2 الأقاليم الجغرافية:
90	4.3.2 المستوى التعليمي:.....
92	5.3.2 عمل المرأة:.....
94	6.3.2 مؤشر الثروة.....

لفصل الثالث: واقع الأمراض المزمنة في الجزائر

99	1.3.مفهوم الإنتقال الوبائي
99	1.1.3 نظرية التحول الوبائي:.....

100	2.1.3 فرضيات نظرية التحول الوبائي :
100	3.1.3 مراحلها
105	4.1.3 نماذجها
108	2.3. الأمراض المزمنة والعوامل المسببة لها
108	1.2.3 تعريف الأمراض المزمنة:
110	2.2.3 أهم العوامل المسببة لها:
113	3.3. العبء العالمي للأمراض المزمنة وأسباب الوفيات العشر في العالم
117	4.4. الأمراض المزمنة في الجزائر
119	1.4.3 حسب التقارير الرسمية للمسوح الوطنية:

الفصل الرابع: مصادر المعطيات وتقييمها والأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

131	1.4. مصادر جمع البيانات:
132	1.1.4. المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS ₆ (2019)
137	2.1.4. أنواع الاستبيانات المعتمدة في مسح 2019:
139	2.4. المتغير التابع:
140	1.2.4. المتغير المستقل :
140	2.2.4. المتغيرات الوسيطة.
140	3.4. تقييم جودة المعطيات:
142	1.3.4. مؤشر ويبيل (Indice de Wipple):
147	2.3.4. مؤشر مايرس (Indice de Mayers):
154	3.3.4. المؤشر المركب للأمم المتحدة INCU:
159	4.4. معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة:
160	5.4. خطة العمل وكيفية استغلال البيانات:
161	6.4. الوسائل والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسة:

الفصل الخامس: أثر الأمراض المزمنة على الخصوبة من خلال مسح 2019

166	1.5. واقع الإصابة بالأمراض المزمنة للنساء في السن (15-49) سنة
167	1.1.5. مدة الإصابة:

168	2.1.5 الحالة الزوجية للنسوة حسب الإصابة:
171	3.1.5 نوع المرض المزمن:
172	2.5 الخصائص السوسيو ديموغرافية والإقتصادية للنساء في السن 15-49 سنة:
173	1.2.5 العمر الحالي للنساء في السن 15-49 سنة:
175	2.2.5 وسط إقامة النساء في السن 15-49 سنة:
177	3.2.5 الأقاليم الجغرافية:
180	4.2.5 المستوى التعليمي للنساء في السن 15-49 سنة:
182	5.2.5 مؤشر الثروة:
184	6.2.5 الحالة المهنية:
186	3.5 مناقشة وتحليل الفرضيات
186	1.3.5 الفرضية الأول:
191	2.3.5 الفرضية الثانية:
199	3.3.5 الفرضية الثالثة:
206	4.3.5 الفرضية الرابعة:
216	5.3.5 الفرضية الخامسة:
230	6.3.5 الفرضية السادسة:
243	7.3.5 الفرضية السابعة:
254	8.3.5 الفرضية الثامنة:

النتائج العامة للدراسة والتوصيات

265	1.6 النتائج العامة للدراسة:
274	2.6 مناقشة نتائج الدراسة في ظل الدراسات السابقة:
278	3.6 التوصيات
282	7 قائمة المراجع

خاتمة

فهرس الجداول

الفصل الثاني: واقع الخصوبة في الجزائر

- جدول 2- 1: تطور عدد السكان في الجزائر في الفترة 1830-1886..... 69
- جدول 2- 2: تطور عدد سكان في الجزائر في الفترة 1891-1960..... 70
- جدول 2- 3: تطور عدد السكان في الجزائر من سنة 1962 إلى 2019..... 71
- جدول 2- 4: تطور متوسط معدل نمو السكان في الجزائر من 1970 إلى 2018..... 72
- جدول 2- 5: تطور التركيبة العمرية والتنوعية في الجزائر..... 74
- جدول 2- 6: تطور الفرق بين نسبة الذكور والإناث..... 76
- جدول 2- 7: معدل المواليد الخام في الجزائر من 1901 إلى 2018..... 77
- جدول 2- 8: تطور معدل الخصوبة العام من 1966 إلى 2013..... 81
- جدول 2- 9: تطور معدلات الخصوبة العمرية من 1970 إلى 2018..... 83
- جدول 2- 10: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بين 1970- 2019..... 84
- جدول 2- 11: تطور العلاقة بين استعمال وسائل الحمل و المؤشر التركيبي للخصوبة..... 86
- جدول 2- 12: تطور سن الزواج في الجزائر حسب الجنس..... 87
- جدول 2- 13: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة..... 88
- جدول 2- 14: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب الأقاليم الجغرافية..... 90
- جدول 2- 15: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب المستوى التعليمي..... 91
- جدول 2- 16: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب مؤشر الثروة..... 94

الفصل الثالث: واقع الأمراض المزمنة في الجزائر

- جدول 3- 1:نسب إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة وعدد المراض..... 120
- جدول 3- 2: إنتشار الأمراض المزمنة عند النساء غير العازيات 15-49 سنة ونوع المرض..... 121
- جدول 3- 3:نسب إنتشار الأمراض المزمنة في مسح 2006..... 123
- جدول 3- 4: نسب إنتشار الأمراض المزمنة مسح 2012-2013..... 124
- جدول 3- 5: نسب إنتشار الأمراض المزمنة 2019..... 126

الفصل الرابع: مصادر المعطيات وتقييمها والأساليب الإحصائية المستخدمة

- جدول 4- 1: توزيع الأفراد حسب العمر والجنس مسح 2019.....144
- جدول 4- 2: توزيع الأفراد في السن: 10-89 سنة حسب السن والجنس مسح 2019.....150
- جدول 4- 3: حساب مؤشر مايرس مسح 2019.....151
- جدول 4- 4: حساب مؤشر مايرس للذكور (مسح 2019).....152
- جدول 4- 5: حساب مؤشر مايرس للاناث مسح (2019).....153
- جدول 4- 6: توزيع الأفراد حسب الفئة والجنس (مسح 2019).....157
- جدول 4- 7: حساب مؤشر المركب للأمم المتحدة مسح(2019).....158
- جدول 4- 8: معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة(مسح 2019).....159

الفصل الخامس: أثر الأمراض المزمنة على الخصوبة

- جدول 5- 1: توزيع النساء في السن (15-49) سنة حسب الإصابة.....167
- جدول 5- 2: توزيع النساء في السن (15-49) سنة حسب الحالة الزوجية والإصابة.....168
- جدول 5- 3: توزيع النساء (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية لها.....171
- جدول 5- 4: توزيع النساء (15-49) سنة حسب العمر الحالي والإصابة.....173
- جدول 5- 5: توزيع النساء حسب الإصابة ووسط الإقامة.....176
- جدول 5- 6: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة والأقاليم الجغرافية.....178
- جدول 5- 7: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة والمستوى التعليمي.....180
- جدول 5- 8: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة و مؤشر الثروة.....182
- جدول 5- 9: توزيع النساء حسب الإصابة والحالة المهنية.....184
- جدول 5- 10: توزيع المصابات حسب الحالة المهنية والمستوى التعليمي.....185
- جدول 5- 11: المتزوجات حسب السن الأول للزواج والإصابة.....187
- جدول 5- 12: توزيع عدد الأطفال المنجبين حسب الإصابة.....192
- جدول 5- 13: توزيع المتزوجات حسب مدد الحياة الزوجية والإصابة.....200
- جدول 5- 14: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والمدة الفأصلة بين كل ولادتين.....201
- جدول 5- 15: ترميز متغيري الدراسة: المستقل والتابع.....206
- جدول 5- 16: توزيع المتزوجات حسب الإصابة ووسط الإقامة.....207

- جدول 5- 17: توزيع نسب الانتشار ونسب الإصابة ووسط الإقامة.....213
- جدول 5- 18: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والأقاليم الجغرافية.....216
- جدول 5- 19: توزيع نسبة الانتشار والإصابة حسب الأقاليم الجغرافية.....225
- جدول 5- 20: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب الأقاليم الجغرافية.....228
- جدول 5- 21: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والإنجاب والمستوى التعليمي.....231
- جدول 5- 22: توزيع نسبة الانتشار والإصابة حسب المستوى التعليمي.....238
- جدول 5- 23: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب المستوى التعليمي.....241
- جدول 5- 24: توزيع المتزوجات حسب مؤشر الثروة والإصابة والإنجاب.....243
- جدول 5- 25: توزيع نسبة الانتشار والإصابة حسب مؤشر الثروة.....250
- جدول 5- 26: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب مؤشر الثروة.....252
- جدول 5- 27: توزيع المتزوجات حسب الحالة المهنية والإصابة والإنجاب.....254
- جدول 5- 28: توزيع نسبة الانتشار والإصابة حسب الحالة المهنية.....258
- جدول 5- 29: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب الحالة المهنية.....260

فهرس الأشكال:

- الشكل 1: منحى بياني يوضح العلاقة بين المؤشر التركيبي للخصوبة واستعمال وسائل منع الحمل . 86
- الشكل 2: المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة..... 89
- الشكل 3: المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب الأقاليم الجغرافية..... 90
- الشكل 4: المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب المستوى التعليمي Erreur ! Signet non défini.
- الشكل 5: رسم بياني يوضح تباين نسبة الإصابة حسب مدة المرض.....168
- الشكل 6: أعمدة بيانية توضح توزيع المصابات حسب نوع المرض.....172
- الشكل 7: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة ومعدل الانتشار حسب العمر.....175
- الشكل 8: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة والانتشار حسب وسط الإقامة.....176
- الشكل 9: رسم بياني يوضح نسب الإصابة والانتشار حسب الأقاليم الجغرافية.....178
- الشكل 10: رسم بياني يوضح نسب الإصابة والانتشار حسب المستوى التعليمي.....181
- الشكل 11: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة والانتشار حسب مؤشر الثروة.....183

مقدمة:

إن دراسات علم السكان لا تقتصر على المعنى الضيق التقليدي الذي يدرس حجم وتركيب السكان والتغيرات التي تطرأ على السكان فحسب بل تتعدى إلى المعنى الواسع ولقد عرفها: يونس بن حمادي علي الاستاذ بجامعة بغداد سنة 1985 في كتابه مبادئ علم الديموغرافية: ((الديموغرافية بمعناها الواسع تشمل خصائص إضافية للسكان كالخصائص الحضارية للسكان: وهي اللغة والدين والقومية وغيرها، والخصائص الإجتماعية للسكان: وهي المكانة والعائلة والتحصيل العلمي والثقافي وغيرها والخصائص الإقتصادية للسكان: وهي الأنشطة الإقتصادية التي يمارسها السكان، المهنة الصناعة، الدخل وغيرها، وأخيرا تدرس الديموغرافية الخصائص الصحية للسكان بكافة جوانبها)) (فاضل البياتي، 2013، ص18).

وانطلاقا من هذا التعريف وتحديدنا الخاصة الأخيرة ونعني بها الخصائص الصحية للسكان بدأ التفكير في صياغة عنواننا لأطروحتنا يتناول الجانب الصحي والديموغرافي للسكان، فوقع الإختيار على متغير الحالة الصحية للمرأة في سن الإنجاب ممثلا في الإصابة بالمرض المزمن، ودراسة مدى تأثيره على الخصوبة لديها وذلك بالإعتماد على قاعدة المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

نجد أن أهم ما ميز نتائج التحول الوبائي الذي مر به معظم دول العالم نتيجة لتحسن الظروف الصحية والمعيشية وتوفر الأدوية واللقاحات هو تجنيب البشرية جحيم الأمراض المعدية التي كانت تحصد الملايين من البشر، لكنه

بالمقابل سرعان ما تفشى نوع آخر من الأمراض وهو ما يسمى بالأمراض المزمنة، وتعرف بأنها أمراض لا تنتقل من شخص لآخر (أي لا تنتقل بالعدوى) وعادة ما تستمر إصابة الشخص بها فترة طويلة ضمن عملية بطيئة نسبيا، وبطبيعة الحال أثرت هذه الأمراض على جل مناحي الحياة الإجتماعية والإقتصادية والثقافية بما في ذلك الظواهر الديموغرافية، ولعل الخصوبة من أشد تلك الظواهر تأثرا، باعتبارها من أهم الظواهر تتاولا من طرف الباحثين في الدراسات السكانية والعلوم الإجتماعية وحتى الإقتصادية، ومن صناع القرار كذلك نظرا لكونها مؤشرا هاما للنمو السكاني والذي بدوره يعد محور التنمية في جميع ميادينها، ومما تقدمنا به في الفقرة الأولى حاولنا في هذه الدراسة الوقوف على مدى أثر الإصابة بالأمراض المزمنة (التي تم تناولها في مسح 2019) على خصوبة النساء في الجزائر تبعا لأهم المؤشرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (Mics₆ 2019)، من خلال 05 فصول كالتالي :

1. الفصل الأول :

تطرقنا فيه للجانب المنهجي للدراسة من إشكالية وفرضيات، وأهمية وأهداف الدراسة، الصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة، تحديد المفاهيم العامة والإجرائية، ومن ثم منهج الدراسة وذكر الدراسات السابقة، والتأصيل النظري للدراسة.

2. الفصل الثاني:

في هذا الفصل سنستعرض وضعية الخصوبة في الجزائر بدءا بالتطور السكاني في الجزائر وانتهاء لمستوياتها بدلالة العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية المؤثرة فيها والتي تم التطرق إليها في الجانب التطبيقي للدراسة.

3. الفصل الثالث:

في هذا الفصل سنتطرق إلى المتغير المستقل للدراسة، ويتعلق الأمر بالأمراض المزمنة عموما من خلال تعريفها والعوامل المسببة لها والمرتبطة بتفاتها كما سنحاول الوقوف على العبء العالمي للأمراض المزمنة، وعلى الأسباب العشر المؤدية للوفاة عالميا والتي تمثل هذه الأمراض 07 منها، بناء على تقارير وإحصائيات منظمة الصحة العالمية، وتتبع تطورها في الجزائر من خلال المسوح التي قامت بها وزارة الصحة الجزائرية، وننوه هنا أن موضوع دراستنا لا يتناول الأمراض النسائية التي تتعلق بالولادة والحمل والجهاز التناسلي للمرأة بشكل خاص، حيث إن هذا يصب في موضوع الصحة الإنجابية للمرأة والذي يختلف عن موضوع دراستنا.

4. الفصل الرابع:

في هذا الفصل قمنا بتحديد مصدر معطيات الدراسة التي تم الاعتماد عليه ونقصد بها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS₆ لسنة (2019)، من خلال وصف عينة الدراسة، واختيار متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، وتقييم جودة

المعطيات الواردة في المسح العنقودي الخامس متعدد المؤشرات (Mics₆ 2019) الخاصة بالملف المدمج الأسرة - النساء في سن الإنجاب، الذي تم الإعتماد عليه باستخدام كل من مؤشر وبييل، مؤشر مايرس، مؤشر الأمم المتحدة، وكذا معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسة مع توضيح الطريقة المتبعة في استغلال البيانات.

5. الفصل الخامس:

خصص هذا الفصل للجانب الميداني للدراسة، بداية بعرض لواقع الأمراض المزمنة في الجزائر للنساء في الأعمار 15-49 سنة والتي شملهن مسح 2019، وذلك من خلال عرضها في جداول بسيطة و مركبة بدلالة المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية التي تعتبر متغيرات وسيطية في هذه الدراسة باعتبار أن المتغير المستقل هو الإصابة بالأمراض المزمنة، ثم الإنتقال إلى التحليل والمناقشة الإحصائية لفرضيات الدراسة من خلال استعمال الأساليب الإحصائية المناسبة، للوصول إلى نتيجة البحث التي مفادها اثبات أو نفي الفرضيات البحثية للدراسة.

1. الفصل الأول : الإطار

المنهجي للدراسة

1.1. الإشكالية:

شهدت المجتمعات البشرية تغيرا هاما في الحالة الصحية، ارتبط هذا التغير أساسا بنمط الأمراض السائدة بين أوساط المجتمعات السكانية، بحيث نميز في العصر الحديث نمطين من الأمراض التي تصيب الإنسان، ففي المجتمعات الزراعية ذات البناء الاجتماعي التقليدي سيطر النمط الأول من الأمراض وهي ما اصطلح علي تسميتها بالأمراض المعدية كالطاعون والحمى القرمزية التيفوئيد والكوليرا.....الخ، والتي سهل إنتشارها بسبب تدهور الوضع الصحي، انعدام ضروريات الحياة الحديثة من عدم كفاية المياه الصالحة للشرب وسوء التغذية وغياب شبه كامل لأساليب التشخيص الطبي، نتج عن هذه الوضعية إرتفاع في معدلات الوفيات، وقد رافق هذا الإرتفاع الرهيب لمعدلات الوفاة إرتفاع في معدلات الولادات والذي يفسر بمحاولة تعويض الوفيات، إضافة إلى عدم كفاية وسائل تنظيم الأسرة حينها فعلى سبيل المثال في نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن 19 تراوحت معدلات الوفيات في بين (25-28)% في كل من فرنسا وفنلندا والنرويج(زنون، 2018، ص188،187) مما أدى إلى خفض معدلات الزيادة الطبيعية، ولأن معدلات الولادات كانت مرتفعة وبنفس النمط تقريبا إذ تراوحت تقريبا ما بين (32-45)% في كل من فنلندا والنرويج بمعدل نمو صافي قدره (0.9-1.2)%، أما في فرنسا كادت تنعدم بعدما سجلت معدلات الولادات 35-26.1%

ويعادل نمو صافي قدره 0.2%، وفي بعض الأحيان كانت سالبة مثل دولة المكسيك إذ بلغت معدلات الوفيات والولادات في سنة 1970: 31.0% و30.4% على التوالي: إذ تعد الظروف الإقتصادية، الإجتماعية، الصحية والثقافية المتصفة بالتخلف حينها كعامل مفسر لإرتفاع معدلات الوفيات.

الآن أنه بعد الثروة الصناعية والتي زامننها ثورة زراعية قلت حدة إنتشار الإصابة بهذه الأمراض لأسباب عديدة منها تحسن وسائل التشخيص الطبي واختراع اللقاحات الطبية، تحسن المستوى المعيشي.

ومع بداية زوال وقلة حدة إنتشار النمط الأول من الأمراض ظهر النمط الثاني والذي اصطلح على تسميته بالأمراض المزمنة نتيجة لتبني أساليب للحياة مختلفة عن الوقت السابق وسلوكيات صحية وغذائية جديدة، واستمرت الأمراض المزمنة في الإنتشار إلى غاية الوقت الراهن، إن تغير نمطية الأمراض من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة ترجمته و بصورة جد واضحة نظرية التحول الوبائي في إطار ما يطلق عليه بمصطلح التحديث، ويقصد بالأمراض المزمنة تلك الأمراض التي ترافق الإنسان لمدة طويلة تفوق 03 أشهر وتتطلب عناية خاصة مما سبب عبئا عالميا جديدا.

تعتبر الأمراض المزمنة السبب الرئيسي للوفاة، ففي سنة 2005 كان ما نسبته 60% من جميع الوفيات في العالم يعزى إلى الأمراض المزمنة بناء على

تصريح مساعدة المدير العام للمنظمة العالمية للصحة الدكتورة كاثرين لو جليس، وحسب ما صرحت به مساعد المدير العام اوليغشستتوف في تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير سارية لسنة 2014 قد تسببت في وفاة 36 مليون شخص عام 2008، و38 مليون شخص من أصل 56 مليون حالة وفاة سنة 2012 أي ما يعادل 68 % من مجموع الوفيات في العالم، واعتمادا على تقرير خاص بمنظمة الصحة العالمية والذي نشر على موقعها في 19 كانون الثاني/يناير 2015 بجنيف أن أمراض القلب والرئة والسكتة الدماغية والسرطان وداء السكري تسبب في الوفاة المبكرة - دون السبعين من العمر - لنحو 16 مليون، وتقول الدكتورة مارغريت تشان، المديرية العامة لمنظمة الصحة العالمية: "إن الفرصة سانحة أمام المجتمع العالمي كي يغير مسار وباء الأمراض غير السارية، فباستثمار 1-3 دولارات امريكية سنويا للفرد، تستطيع البلدان أن تخفض معدلات المرض والوفاة الناجمة عن الأمراض غير السارية بقدر هائل، ويجب في 2015 على البلدان أن تحدد غايات وطنية وأن تنفذ إجراءات عالية المردود، و إن لم تفعل فسوف نستمر في فقد ملايين الأرواح قبل الأوان"، إن عواقب الأمراض المزمنة تؤثر في جميع بلدان العالم إنسانيا واقتصاديا واجتماعيا، غير أن هذه العواقب تدمر بوجه خاص الفئات السكانية والفقيرة والضعيفة، لذا فإن تخفيف العبء

العالمي للأمراض المزمنة يعتبر أولية قصوى وشرطا لازما لتحقيق التنمية المستدامة.

و قد عرف المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات في العالم موجة من انتشار الأمراض المزمنة نتيجة لما تقدم ذكره سابقا أي التغير الوبائي الواضح في خريطة الأمراض وتأثرا بالعوامل الاجتماعية والثقافية كقلة ممارسة النشاطات الرياضية والعادات الصحية، فعلى سبيل المثال وبناء على المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 والذي شمل 121152 مبحوثا صرح ما نسبته 11.4% أنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، حيث احتلت أمراض ضغط الدم المراتب الأولى، وأظهرت بيانات المسح العنقودي لسنة 2006 أن ما نسبته 10.5% من مجموع المبحوثين الذين شملهم البحث صرحوا بمعاناتهم بأمراض مزمنة، واعتمادا على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات المنجز في الجزائر سنة 2012 وجدنا أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة زادت حدته بشكل ملحوظ بحث بلغ 14.24% حسب تصريحات الأفراد المبحوثين، واستمرت نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة في الإرتفاع إلى أن بلغت 20% حسب نتائج مسح 2019.

صاحب الإرتفاع الملحوظ في نسب إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة عالميا انخفاضا في المستوى الخصوبي، فحسب ما جاء في تقرير بعنوان :

World Population Prospects الصادر عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة سنة 2019 ص 23: أنه وعلى مدى العقود الماضية فقد انخفض معدل الخصوبة الكلية العالمي سنة 2019 إلى 2.5 طفل/امرأة مقارنة ب3.2 طفل/امرأة سنة 1990 وسيواصل الانخفاض إلى 2.2 طفل/امرأة سنة 2050، ويصل إلى 2.1 طفل/امرأة سنة 2100 وهي القيمة المساوية لمعدل الاحلال بمعنى أقل مستوى خصوية ضامن لاستبدال الأجيال وتجنب انخفاض عدد السكان على المدى الطويل في غياب الهجرة، أما بالنسبة لمستويات المعدل الكلي للخصوبة حسب المناطق في الفترة 1990- 2019 فكان كما يلي: جنوب الصحراء الافريقية (6.3 إلى 4.6 طفل/امرأة)، اوقيانوسيا باستثناء استراليا ونيوزيلندا، من 4.5 إلى 3.4 طفل/امرأة)، أما بالنسبة لشمال افريقيا وغرب اسيا) 4.4 إلى 2.9 طفل/امرأة)، ووسط وجنوب اسيا (من 4.3 إلى 2.4 طفل/امرأة)، وشرق وجنوب اسيا (من 2.5 إلى 1.8 طفل/امرأة)، أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (من 3.3 إلى 2.00 طفل/امرأة)، وأوربا ونيوزيلندا واستراليا وامريكا الشمالية أقل من ولادتين لكل امرأة سنة 1990 إلى 1.7 طفل/امرأة سنة 2019.

لم تشذ الجزائر عن الإتجاه العام للمستوى الخصوبي العالمي، حيث انخفضت فيها معدلات الخصوية من مستويات جد مرتفعة إلى مستويات متدنية، فعلى سبيل المثال وحسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات سجلت الجزائر

سنة 1970 معدلا قياسيا بلغ 7.8 طفل /امرأة، لينخفض إلى 6.9 طفل لكل امرأة سنة 1980، مواصلا الانخفاض وبشكل كمي جد هام إلى 3.2 طفل/امرأة حسب نتائج تعداد 1998 ليصل إلى أدنى قيمة له سنة 2002 ب 2.40 طفل/امرأة، ثم 2.27 طفل/امرأة في مسح 2006 ثم تغير مساره ليرتفع نسبيا إلى 2.84، 3.0 طفل/امرأة، تعداد 2008، مسح (2012-2013) على التوالي، ولكن عاود الانخفاض نسبيا مرة أخرى ليصل إلى 2.8 طفل/امرأة مسح 2019.

ففي ظل هذه التحولات في المجالين الديموغرافي والصحي أو بصيغة أخرى الإنتقالين الديموغرافي والوبائي، ونظرا لإمكانية وجود علاقة بين الوضع الصحي للمرأة ومستوى خصوبتها، تم صياغة التساؤل الرئيسي التالي:

هل تؤثر الإصابة بالأمراض المزمنة على خصوبة النساء في الجزائر وذلك حسب قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 (Mics₆)؟

2.1. الأسئلة الفرعية:

1. هل يختلف متوسط سن الزواج الأول لدى النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن؟.
2. هل يوجد فرق في متوسط عدد الأولاد لدى النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن ؟

3. هل يوجد فرق في متوسط التباعد بين الولادات لدى النساء المتزوجات بين

السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن ؟

4. هل تختلف خصوبة النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة عن

نظيرتهن السليمات في الجزائر حسب وسط الإقامة ؟

5. هل تؤثر الإصابة بالأمراض المزمنة على خصوبة النساء المتزوجات في

الجزائر بدلالة الأقاليم الجغرافية؟

6. هل يوجد اختلاف في مستويات خصوبة النساء المتزوجات بين المصابات

بالأمراض المزمنة والسليمات في الجزائر حسب المستوى التعليمي ؟

7. هل تختلف خصوبة النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة عن

نظيرتهن السليمات في الجزائر حسب مؤشر الثروة؟

8. هل تؤثر الإصابة بالأمراض المزمنة على خصوبة النساء المتزوجات في

الجزائر بدلالة الحالة المهنية؟

3.1. فرضيات الدراسة:

تعتبر الفرضيات من بين أحد أهم الخطوات البحث العلمي، والتي من شأنها

أن توجه الباحث خلال دراسته، بحيث يطور الباحث فرضياته بشكل يوضح

مختلف التفسيرات المحتملة والمقترحة للعلاقة بين عاملين أحدهما العالم المستقل

(وهو المسبب) والآخر العامل التابع (وهو النتيجة) التي حدثت نتيجة كافة العوامل

المستقلة أو المسببة(عبيدات، أبو نصار، مبيضين، 1999، ص28)، وتعرف أيضا أنها التفسير الأولي، وأصل الكلمة في الانجليزية Hypothesis وهي مكونة من مقطعين Hypo ومعناها شيء أقل من أو أقل من الأطروحة thesis، أي أنها جواب افتراضي مبدئي مقترح ومؤقت لتفسير ظاهرة أو واقعة اجتماعية ما، وهي جواب أو تعبير مستمد من تأمل أو دراسة هذه الظاهرة بهدف معرفة أسبابها وتربطها(عماد، 2007، ص33).

وعليه نقتح في هذه الدراسة الفرضيات التالية:

1. يختلف متوسط سن الزواج الأول عند النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة وذلك قبل زواجهن، بحيث يزيد سن الزواج الأول عند المصابات مما هو عليه عند السليمات.
2. يوجد فرق في متوسط عدد الأولاد لدى النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بمرض مزمن على الأقل قبل أن يتزوجن، إذ أن الوضع الصحي للمرأة المصابة يؤثر بشكل سلبي على مستوى الخصوبة لديها.
3. يوجد فرق في متوسط التباعد بين الولادات عند النسوة المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل أن يتزوجن، بحيث تعمل المصابات بمرض مزمن على الأقل على المباشرة بين كل ولادتين بشكل أطول مقارنة بالسليمات.

4. نستطيع إدراج متغير وسط الإقامة كمفسر لتباين الخصوبة بين النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات بحيث يفترض ان ظاهرة الإنجاب تقل حدتها كلما اتجهنا من الحضر نحو الريف، مع تسجيل في زيادة حدتها لدى النسوة السليمات مقارنة بمثيلاتهن المصابات في الوسطين المذكورين، أي أن الإصابة بمرض مزمن عملت على تخفيض ظاهرة الإنجاب في الوسطين

5. تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر لدى النسوة المتزوجات بين المصابات بالأمراض المزمنة ونظيراتهن السليمات حسب الأقاليم الجغرافية، ومرد ذلك إلى أثر الإصابة بالمرض المزمن، بمعنى أن حدوث الإنجاب ينخفض مستواه لدى النسوة المصابات بأمراض مزمنة مقارنة بنظيراتهن السليمات في نفس الأقاليم، ويتأكد ذلك بصورة أكبر في الأقاليم الشمالية.

6. تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر لدى النسوة المتزوجات بين المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب المستوى التعليمي، إذ توجد علاقة عكسية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدث الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حدتها كلما انخفض المستوى التعليمي فيؤدي ذلك عموماً إلى انخفاض المستوى الخصوبي.

7. تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر لدى النسوة المتزوجات بين المصابات بالأمراض المزمنة ونظيراتهن السليمات حسب مؤشر الثروة، فعموما النساء اللواتي ينتمين للأسر الغنية مهما كانت وضعيتهن الصحية تقل رغبتهن في الإنجاب مقارنة باللواتي ينتمين لأسر فقيرة.

8. تتباين مستويات الخصوبة لدى النساء المتزوجات بين المصابات بأمراض مزمنة ونظيراتهن السليمات في الجزائر حسب الحالة المهنية لهن، إذ أن عبء المرض المزمن ومسؤوليتها تجاه العمل سيثني المرأة عن الحمل ومعاناته وتبعات الولادة فيما بعد.

4.1. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في النقاط التالية:

1. يعتبر المرض من أهم الأسباب الرئيسية في الوفيات البشرية من جهة وفي تشكيل البنية السكانية من جهة أخرى منذ أن خلق الله الانسان وأهبطه إلى الارض، وبمرور الوقت طرأت تغيرات في نمط الإصابة بالأمراض أطلق عليها التحولات الوبائية حيث تم الانتقال من هيمنة الأمراض المعدية إلى أمراض مزمنة، حدثت هذه التحولات مما نتج عنه الانتقال الديموغرافي الذي شهدته معظم دول العالم خلال القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين على اختلاف مراحلهم، والانتقال الديموغرافي هو المرور من وضعية تتميز بمستويات مرتفعة

للخصوبة والوفيات إلى وضعية تتميز بمستويات منخفضة للخصوبة والوفيات نتيجة للتغير الاجتماعي والإقتصادي أو ما يعرف بمصطلح التحديث، وتكمن أهمية الدراسة في مدى امكانية تفسير هذا التغير الذي حدث في نمط الإصابة بالأمراض لمستويات الخصوبة لدى النساء المتزوجات حاليا في السن 15-49 سنة في الجزائر.

2. في دراستنا الحالية سنتطرق إلى الإصابة بالأمراض المزمنة على وجه العموم لأن السؤال الذي ورد في استمارة المسح والذي يحمل الترميز: MC4 لم يقصد تلك الأمراض الخاصة التي تصيب النساء عند الولادة والحمل والجهاز التناسلي الأنثوي، وكانت صياغة كما يلي: هل أنت مصاب بمرض مزمن على الأقل، والسؤال معني به جميع الأفراد الذين يفوق سنهم 15 سنة والذين شملهم مسح 2019، فقمنا نحن بتصفية الملف بعد دمج والإبقاء فقط على النساء في سن الإنجاب، ولا نقصد بالامراض المزمنة التي يتم تناولها في مواضيع الصحة الإنجابية.

3. نستشف كذلك أهمية الدراسة من خلال الجانب (الشق) الإحصائي الذي استخدمنا فيه أسلوب الإنحدار اللوجيستي الثنائي لملائته للدراسة والذي يقول عنه (عادل بن أحمد، 2008، ص04): إن الانحدار اللوجيستي هو أداة أكثر قوة لأنه يقدم إختبارا لدلالة المعاملات، كما أنه يعطي الباحث فكرة عن مقدار

تأثير المتغير المستقل على متغير الاستجابة الثنائية، وبالإضافة إلى ذلك فإن الإنحدار اللوجستي يرتب تأثير المتغيرات، مما يسمح للباحث بالاستنتاج أن متغيراً أقوى من المتغير الآخر في فهم ظهور النتيجة المطلوبة، وهذا ما يسمح لنا من خلال استعماله إعطاء تفسيرات لحدوث الإنجاب لدى المرأة الجزائرية كمعبر عن مستوى الخصوبة لديهن (المتغير التابع الثنائي للدراسة) (أنجبت / لم تنجب))، حسب المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية والتي مثلت المتغيرات الوسيطة للدراسة، وهذا في ظل الإصابة بالأمراض المزمنة.

5.1. أهداف الدراسة:

تمثل أهداف البحث الغاية أو ما يصبو إليه الباحث العلمي من خلال العمل الذي يقدمه في مجال التخصص، وبالتالي فيجب على كل باحث أن يحدد الأهداف قبل القيام بالبحث لما ينطوي عليه من أهمية من أجل الوصول إلى النتائج (بوحوش، عباش، رانجة، 2019، ص 63)، وعلى هذا الأساس فإن أهداف دراستنا كالتالي:

- التطرق للعلاقة بين مستويات الخصوبة والإصابة بالأمراض المزمنة تبعاً للخصائص السوسيوديموغرافية والإقتصادية للمرأة باعتبار كلا الموضوعين من بين أهم المواضيع الراهنة والمطروحة على الساحة العلمية والإجتماعية.

- استخدام الأساليب الإحصائية في دراسة الظواهر الديموغرافية كمتوسط عدد الأولاد والمدد الفاصلة بين الولادات والمقارنة بينهم ومحاولة إعطاء تفسير ديموغرافي واجتماعي موافق للنتائج الإحصائية المتحصل عليها.
- مقارنة وتحليل نسب الإصابة بالأمراض المزمنة للنساء في سن الإنجاب تماشياً مع مستويات خصوبتهن انطلاقاً من الخصائص السوسيوديموغرافية والإقتصادية لهن: (وسط الإقامة - الإقليم الجغرافي - المستوى التعليمي - مؤشر الثروة - الحالة المهنية).

6.1. صعوبات الدراسة:

من بين صعوبات الدراسة:

- عدم توفر معطيات حديثة عن إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر فلجأنا إلى استخدام قاعدة المعطيات التي وفرها المسح العنقودي متعدد المؤشرات **Mics6** (2019) باعتباره يوفر أحدث المؤشرات في الأمراض المزمنة في الجزائر لسنة 2019.
- عدم توفر سلسلة زمنية لتطور الأمراض المزمنة في الجزائر باستثناء بعض المعطيات من المسوح والتعدادات.
- لا توفر المسوح جميع المتغيرات التي لها علاقة بالديموغرافيا في استبياناتها مما يحتم على الباحث حصر دراسته حسب ما توفر لديه من المتغيرات.

7.1. تحديد المفاهيم العامة والإجرائية:

1.7.1. المفاهيم العامة:

- **المرض:** الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة وإنما حركة متطورة تطورا غير طبيعي في جسم الانسان، وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائما بنتيجة قد تكون أما الشفاء التام أو الوفاة، أو تقف في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة (سلامة، 1983، ص5).
- **الصحة:** هي حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض (مرسي ليلي، 2005، ص42).
- وعرفها الطبيب الفرنسي كلود برنار رائد الطب التجريبي في بداية القرن العشرين: 'تتجلى الحياة في الحالة الصحية للإنسان عن طريق النشاط الطبيعي للعناصر العضوية' (سلامة، 1983، ص5).
- **تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة:** تلك الحالة من الكمال البدني والاجتماعي والنفسي للفرد وليست تعني غياب المرض أو الإعاقة (هندلي، 2012، ص21).
- **المؤشر التركيبي للخصوبة:** هو متوسط الأطفال الذي يمكن أن ينجبوا أحياء لكل امرأة (أو لمجموعة من النساء) خلال حياتها إذا كانت ستسير خلال كل سنوات قدرتها على الإنجاب طبقا لمعدلات الخصوبة الخاصة حسب العمر في سنة معينة، وبمعنى آخر فان معدل الخصوبة الكلية في سنة معينة يبين عدد المواليد الذين تستطيع انجابهم امرأة إذا سلكت طول حياتها مسلك النساء في ذلك العام، أي

إذا حققت معدلات الخصوبة في ذلك العام للنساء اللائي يبلغن 15 سنة إلى غاية 49 سنة (اسيا شريف، 2015، ص88).

- **الخصوبة العمرية:** وهو النسبة بين جملة عدد المواليد لامهات في أعمار معينة إلى عدد الإناث في كل فئة عمرية وعادة ما تكون فئة خماسية (أي كل خمس سنوات)، ويعد هذا المقياس أكثر دقة وذلك لأن عدد المواليد يختلف باختلاف أعمار الأمهات بدرجة كبيرة والبيانات اللازمة لحساب هذا المعدل هي عدد المواليد المسجلين المبوين حسب عمر الأم، وعدد السكان الإناث في كل فئة عمرية في المدى العمري (15-49) مبنية في نفس فئات عمر الأم (ابو عيانة، 1993، ص104).

2.7.1. تحديد المفاهيم الإجرائية:

- **نسبة الإصابة:** القياس الكمي لإنتشار الأمراض المزمنة عند النساء في سن الإنجاب اللواتي شملهن مسح 2019 في الجزائر بدلالة المتغيرات الوسيطة للدراسة وذلك من بين مجموع المصابات في الجزائر، ونسعى من خلال حساب هذه النسبة بلوغ هدفين: الأول معرفة نسب الإصابة بالأمراض المزمنة بدلالة كل متغير من بين مجموع المصابين، أما الثاني فهو ترتيب المتغيرات حسب نسبة الإصابة، ويحسب بقسمة عدد المصابين في كل فئة (حسب المتغير المدروس) على مجموع المصابين ويضرب الناتج في 100.

- **نسبة الانتشار:** القياس الكمي لإنتشار الأمراض المزمنة في كل مستوى على حدى، ونسعى من خلال ذلك بلوغ هدفين أساسيين الأول: معرفة مدى إنتشار الأمراض المزمنة بدلالة كل متغير بشكل مستقل عن غيره، أما الثاني المقارنة وترتيب نسب الإنتشار ومعرفة أي الفئات التي ساهمت في رفع نسبة الإنتشار الإجمالية، ويحسب بقسمة عدد المصابين في كل فئة (حسب المتغير المدروس) على مجموع الأفراد المبحوثين في تلك الفئة، ويضرب الناتج في 100.

- الفرق بين نسبة الإصابة والانتشار:

✚ في المقام: نسبة الإصابة تقسم على مجموع المصابين، أما نسبة الإنتشار فتقسم على مجموع المبحوثين.

✚ نسبة الإنتشار تقيس مدى حدة إنتشار الأمراض المزمنة في كل مستوى من بين مجموع المبحوثين ولا يهم ان كانوا مصابين بينما نسبة الإصابة تقيس نسبة الإصابة في كل مستوى من بين مجموع المصابين.

- **الأمراض المزمنة:** هي أمراض دائمة أو طويلة الأمد في آثارها وتأتي مع الوقت وتتقدم بشكل بطيء، وهي تلك الأمراض المذكورة في المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics₆ 2019) والمتمثلة في إرتفاع ضغط الدم، مرض السكري، التهاب القصبات الهوائية، الربو القصبي، أمراض القلب، مرض السرطان، الأمراض المفصلية، الفشل الكلوي.

- النساء المبحوثات المصابات: هي كل أنثى مصابة صرحت بوجود مرض مزمن أو أكثر سنها (15-49 سنة) أثناء إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019) Mics₆، مهما تكن حالتها الزوجية.
- النساء المبحوثات المتزوجات: هي كل أنثى سليمة أو مصابة صرحت بوجود مرض مزمن على الأقل سنها (15-49 سنة) وشملها المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2019) Mics₆ وحالتها العائلية: متزوجة حالياً.
- العوامل السوسيوديموغرافية والاقتصادية: ويقصد بها متغيرات الدراسة الخاصة بالأمهات في سن الإنجاب التي شملهن مسح 2019 ويخص الأمر كل من: العمر الحالي يعبر عنه بالفئات العمرية أو سنة بسنة، وسط الإقامة (الحضر/الريف)، الأقاليم الجغرافية (شمال وسط/شمال شرق/شمال غرب/الهضاب العليا وسط/الهضاب العليا شرق/الهضاب العليا غرب/الجنوب)، المستوى التعليمي للأُم (بدون مستوى/ابتدائي/متوسط/ثانوي/جامعي)، الحالة المهنية (النساء اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا/ النساء اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا، مؤشر الثروة (فقير جدا/فقير/متوسط/غني/غني جدا)).

8.1. منهج الدراسة:

لإجراء أي بحث أو دراسة علمية، ومن أجل الوصول إلى الحقيقة والبرهنة عليها يجب إتباع منهج واضح لحل المشكلة وتشخيصها، ولا يكون ذلك إلا بإتباع

مجموع القواعد والأسس والأنظمة التي يتم وضعها بغية الوصول إلى الحقائق حول ظاهرة موضوع الدراسة والبحث (عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، 1991، ص99)، كما يمكن المزوجة في دراسة واحدة على أكثر من منهج واحد، و تبعا لموضوع الدراسة والأهداف المرجو ان نصل إليها فقد تم الاعتماد على المنهجين: الوصفي التحليلي والمقارن.

1.8.1 المنهج الوصفي التحليلي:

المنهج الوصفي هو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة لظاهرة أو موضوع محدد عبر فترة أو فترات زمنية محددة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية تتسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة (السريتي، 2014-2015، ص21)، أما المنهج الوصفي التحليلي: بصفة عامة فإنه يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتقديرها تقديرا كميا.

2.8.1 المنهج المقارن:

يهدف هذا المنهج إلى دراسة العلاقة بين العناصر والظواهر المختلفة، والوصول إلى نتائج وتعميمات محددة، تمثل في النهاية مجموعة القوانين والمبادئ والمعارف العلمية حول هذه الظواهر، وتتم المقارنة من خلال شكلين رئيسيين (عساف وآخرون، 2002، ص82):

- المقارنة المكانية: تتم بين مجتمعين أو أكثر سواء كان هذا المجتمعين محليين

أو دوليين.

- المقارنة الزمانية أو التاريخية: تتم بين مرحلتين أو أكثر.

وقد تم توظيف هذا المنهج في المقارنة فيما يلي:

بعد تقسيم عينة البحث الى مجموعتين، الفئة الاولى النساء التي تزوجهن وهن مصابات والفئة الثانية نظيراتهن المتزوجات السليمات بحيث تم استعمال اختبار ت للمقارنة بين متوسط كل من: عدد الاولاد، المدة الفاصلة بين الولادات، ومتوسطالتباعد

9.1. الدراسات السابقة:

1.9.1 الدراسة الأولى:

دراسة بعنوان "إتجاهات النمادج الزواجية في الجزائر وأثرها على الخصوبة" عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه(ل.م.د) الطور الثالث تخصص علم السكان للطالبة جلاب نعيمة، جامعة البليدة -2- لونيبي علي السنة الجامعية: 2021/2020 وكان التساؤل الرئيسي: ماهي ملامح تغير النموذج الزواجي في المجتمع الجزائري وهل أثر هذا على المعدل الخام للولادات واتجاهات الخصوبة بين تاريخي 2002 و 2013؟

ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية:

- هل يساهم إرتفاع نسبة النسوة غير العازبات في تغير المعدل الخام للولادات؟

- هل يؤثر تغير البنية (التركيبة) العمرية النسوية (النسوة في سن الزواج) في المعدل الخام للولادات؟
- ما هي أهم العوامل التي تؤثر على معدلات الخصوبة والزواجية في الجزائر؟
- ولقد اعتمدت في دراستها بشكل رئيسي على كل من قاعدتي: معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 واتبعت المنهج الوصفي التحليلي وخلصت النتائج إلى ما يلي:
- قدرت النسوة العازبات ب47.3% في مسح 2013 مقارنة ب55% في مسح 2002، كما أكدت النتائج أنه العلاقة عكسية بين المستوى التعليمي للإناث ونسبة العزوبة لديهن.
- قدرت النسوة العازبات في مسح 2002 ب55.2% في الوسط الحضري مقابل 54.9% في الوسط الريفي، أما في مسح 2013 فبلغت 47.9 يقطن في الحضر مقابل 46.8% في الريف مما يدل على أن الزواج المبكر منتشر في الوسط الريفي أكثر منه في الوسط الحضري.
- يؤثر المستوى المعيشي للأسر التي تنتمي لها النسوة عكسيا على نسبة العزوبة في أوساطهن لأن المجتمعات الفقيرة تشجع على الزواج المبكر وتمنعهن من مواصلة تعليمهن ففي مسح 2002 بلغت نسبة العزوبة 53% في الأسر الأكثر

فقرا مقابل 57% في الأسر الغنية جدا، أما مسح 2013 نسبة العزوبة 47.8% في الأسر الأكثر فقرا مقابل 50% في الأسر الغنية جدا.

- عرف متوسط سن الزواج الأول إرتفاعا متذبذبا لدى الإناث فبعد أن بلغ 29.6 سنة حسب مسح 2002 وصل إلى 29.6 سنة 2006 ليرجع إلى 28.6 سنة حسب مسح 2013، ويرجع هذا الإرتفاع إلى تعليم الإناث فكلما زاد المستوى التعليمي لديهن تأخر سن الزواج.

- حسب مسح 2002 السن الذي تزوجت فيه 25، 50، 75% من النسوة عند العمر 18، 21، 24 سنة هن اللواتي تتراوح أعمارهن الحالية بين 30-34 سنة وعند سن 17، 19، 22 هن اللواتي أعمارهن الحالية بين 45-49 سنة، أما في مسح 2013 تتزوج 25، 50، 75% من النسوة عند الأعمار 21، 24، 27 سنة بالنسبة للنسوة اللواتي تنتمي للفئة 30-34 سنة، بينما تكون الأعمار 18، 21، 25 سنة بالنسبة للنسوة اللواتي تنتمي للفئة 40-45 سنة بفارق 3، 3، 2 على التوالي مما يؤكد تأخر سن الزواج لدى الإناث في سن الإنجاب في الفترة 2002-2013.

- إرتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة إلى 2.7 طفل /امرأة في مسح 2013 بعد أن كان 2.2 طفل /امرأة في مسح 2002 ويفسر ذلك بزيادة نسبة النسوة غير

- العازيات مع تراجع نسبة استعمال وسائل منع الحمل لتعويض سنوات الإنجاب للنسوة اللواتي تزوجن في سن متأخرة.
- لا توجد فروق كبيرة بين مستوى الخصوبة عند النساء الحضرريات والريفيات حسب مسح 2002 ومسح 2013.
- تباين مستويات الخصوبة حسب الأقاليم الجغرافية حيث سجلت أعلى مستوى لها في إقليم شمال شرق 8.7 طفل /إمرأة حسب مسح 2002 و 7.9 طفل /إمرأة في إقليم الجنوب حسب مسح 2013.
- سجل معد المواليد إرتفاعا ملحوظا لم يكن متوقعا فبعد أن كان 21.46% سنة 2002 بلغ 25.79% سنة 2013 بفارق 4% والسبب في ذلك إرتفاع نسبة النسوة غير العازيات في سن الإنجاب من 45% إلى 52% في نفس الفترة، ويظهر ذلك جليا حسب المستوى التعليمي.

2.9.1 الدراسة الثانية:

دراسة بعنوان "محددات وأنماط إنتقال الخصوبة في الجزائر حسب مسحي 2002 و 2012-2013" عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) الطور الثالث تخصص علم السكان للطالبة نصيرة شيخ، جامعة البليدة -2- لونيبي علي السنة الجامعية: 2020/2021، وكان التساؤل الرئيسي: **لماذا عادت الخصوبة**

للارتفاع بعدما عرفت انخفاضا سريعا في السنوات السابقة وكيف ساهمت

المتغيرات الإجتماعية الإقتصادية والديموغرافية وأدت إلى هذه النتيجة؟

ومن خلال هذا التساؤل نطرح التساؤلات الفرعية التالية:

- هل التغير في الخصوبة هو تغير حقيقي راجع إلى تغير في سلوكيات النساء

في سن الإنجاب اللواتي ينتمين إلى الفئات الإجتماعية والإقتصادية المختلفة؟

- ماهي أهمية المحددات القريبة في الزيادة التي حدثت في الخصوبة؟

- هل التغير في الخصوبة ناجم عن التغيرات في بداية الإنجاب أو في المباشرة

بين الولادات أو في نسبة النساء اللواتي يصلن إلى أعلى الرتب الإنجابية؟

ولقد اعتمدت في دراستها بشكل رئيسي على كل من قاعدتي: معطيات المسح

الجزائري لصحة الأسرة 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013

واتبعت المنهج الوصفي التحليلي وخلصت النتائج إلى ما يلي:

- الإرتفاع في مستوى المؤشر التركيبي للخصوبة 2.2 طفل لكل امرأة سنة

2002 إلى 2.7 طفل/كل امرأة حسب مسح 2012/2013 بنسبة تغير

قارت 23% وكانت التغير بشكل كبير عند النساء اللواتي ينتمين إلى الفئات

العمرية (15-29 سنة).

- عرفت الخصوبة إرتفاعا ملحوظا بين 2002 و 2012/2013 في جميع المستويات التعليمية كان أشده في المستوى المتوسط نجد المؤشر شهد تغيرا قدره 45%، وكذلك الحال بالنسبة لفضاءات البرمجة الإقليمية ومؤشر الثروة.
- بالبحث عن مصادر التغير في الخصوبة حسب مختلف الفئات الإجتماعية والإقتصادية وباستعمال طريقة التفكير البسيط تبين أن الأثر حقيقي وهو راجع إلى أثر السلوكيات الإيجابية بين 2002 و 2012/2013 خاصة يتعلق بالسن عند الزواج الأول واستعمال وسائل منع الحمل دون أهمال الآثار الإقتصادية الأخرى كالبطالة وانعدام توفر السكن.
- تبين أن جل المتغيرات القريبة أدت إلى عودة إرتفاع الخصوبة بين الفترتين 2002 و 2012/2013 فكان الزواج أهم تلك المتغيرات يليه إستعمال وسائل منع الحمل والرضاعة الطبيعية أما العقم فكان تأثيره ضئيلا، وانتقل مؤشر الزواج من 0.36 سنة 2002 إلى 0.42 سنة 2012/2013 والذي ساهم في هذا الإرتفاع هو سياسة الحكومة الجزائرية التي عمدت إلى تسهيلات في منح السكنات بمختلف الصيغ الإجتماعية ومنح القروض البنكية، نظير الإرتفاع في مداخيل النفط التي عرفت الجزائر في هذه الفترة.
- عند تحليل الخصوبة حسب رتبة المولود تبين أن الإتجاه نحو تكوين أسر بحجم صغير في الجزائر سنة 2012/2013 كان واضحا مقارنة ب 2002 ومع ذلك

ارتفعت مستويات الخصوبة، فنسبة النساء اللواتي ينتقلن إلى رتبة الولادة الثالثة انخفضت سنة 2013/2012 عما كانت عليه 2002، حيث وصلت نسبة النساء اللواتي يصلن إلى الرتبة السادسة في مسح 2013/2012 إلى 38% بعدما تجاوزت 48.9% في مسح 2002.

- فيما يخص متوسط المجال الفاصل بين الزواج والولادة الأولى تبين أن النساء الجزائريات يتميزن بسرعة الحصول على الولادة الأولى حيث قدرت المدة في مسح 2002 بـ 11.1 شهر ولم تتجاوز 11.5 شهر في مسح 2013/2012 ويعود هذا للقيم الإجتماعية المتعارف عليها إذ تسارع المرأة لإثبات قدرتها الطبيعية على الحمل والإنجاب

- وبالنسبة لجنس المولود تبين أن احتمال الإنتقال من الولادة الثانية إلى الولادة الثالثة يقل عن 18% عند الأسر التي تملك ذكراً في كلا المسحين في حين تراوحت النسبة بين 18-22% مقارنة بالأسر التي لها طفلين من جنسين مختلفين أو إنثيين، مع أن النسبة لم تتغير كثير في مسح 2013/2012 مقارنة بـ 2002

3.9.1 الدراسة الثالثة:

دراسة بعنوان: "السلوك الإيجابي عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم) دراسة ميدانية لعينة من النساء المصابات

بالأمراض المزمنة من مدينتي تسمسيلت وتيارت" عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم الاجتماع العائلة والسكان للطالبة حسني خيرة، جامعة الجزائر-2- السنة الجامعية:2011/2012، وكان التساؤل الرئيسي: هل إكتشاف الإصابة بالمرض المزمن يغير من موقف والسلوك الإيجابي لها أم أن هناك عوامل أخرى هي التي تتحكم في إتخاذ قرار الحمل؟

يندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة الفرعية التي تساعد في الإحاطة بجوانبه المختلفة:

- هل الزواج في سن متأخرة يجعل الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة تكرر الحمل؟
- هل البحث عن نوع وعدد معين من الأطفال يؤدي بالمصابة بالأمراض المزمنة إلى الإقبال على الحمل لتحقيق رغبتها؟
- هل ثقافة المصابة بالأمراض المزمنة بالمخاطر التي قد تتعرض لها أثناء الحمل والولادة يؤثر على مدى إقبالها على الحمل ؟
- هل يمثل المرض المزمن عبئا إقتصادي على الأسرة، بمعنى هل يؤدي إلى عجز الأسرة عن تغطية تكاليف إنجاب طفل آخر وبالتالي تعزف المصابة بالأمراض المزمنة عن تكرار الحمل؟.

ولقد اتبعت المنهج الوصفي كما اعتمدت في دراستها بشكل رئيسي على المعطيات التي جمعتها من خلال توزيع وملء استمارات على 160مبحوثة مصابة بمرض مزمن على الأقل عن طريق المقابلة "عينة قصدية"، وقد قسمت الاستمارة على أربعة محاور، المحور الأول: به خصائص المبحوثات الديموغرافية والاجتماعية أما المحور الثاني فتناول الوضعية الاقتصادية والحالة المهنية للمبحوثات والدخل الشهري للأسرة والمحور الثالث خصص للصحة العامة أي ما يتعلق بالأمراض المزمنة ونوعها وثقافة المبحوثات اتجاهها أما المحور الرابع والأخير فخصص للتناول الحياة الإنجابية للمبحوثات كعدد الأطفال وسنهم وقد خلصت الدراسة إلى ما يلي:

48.13% من المبحوثات مصابة بضغط الدم مقابل 43.75% مصابة بداء السكري فيما توزعت النسب على الأمراض الأخرى، وتبين أن 93.75% منهن تتابع مرضها عند الطبيب، فيما بلغ متوسط سنهن 35.13 سنة وقد متوسط زواجهن الأول 22.9 سنة وأكثر من نصف المبحوثات لديهن 1-2 طفل، 38.13% مستواهن المعيشي متوسط وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

- 43.75% من المبحوثات حملن مرة واحد بعد إكتشاف المرض مقابل 13% لم يحملن فيما بلغت النسبة 1.25% للواتي حملن اربع مرات وقد كانت نسبة النسوة اللواتي لم يحملن بعد اكتشافهن المرض: 67% اميات، 63% تزوجن

في عمر أقل من 19 سنة، و77.78 لديهن 6 اطفال فأكثر، 78.77 لديهن عدد الذكور أكثر من الإناث، وهذا دليل على أن عدم الحمل راجع لإقتراب الحياة الإنجابية لهن من الانتهاء مع انجابهن لعدد كبير من الأطفال ولمستواهن التعليمي المتواضع نظرا لزواجهن المبكر ولديهن الذكور أكثر من الإناث، مما يدل على إصابة هذا الفئة بالمرض المزمن بعدما أنهين حياتهن الإنجابية رغم إنتمائهن للفئة العمرية 15-49 سنة.

- كلما تأخر سن الزواج الأول عند المصابة بالأمراض المزمنة إنخفض متوسط الأطفال لديها 02 طفل لكل امرأة تزوجت بعد 30 ونسبة إقبالها على الحمل ضعيفة مع الثقافة التي تمتلكها هذه الفئة مما تترجم كل الحمل إلى مواليد أحياء غالبا وقلة الاجهاض لديهن.
- يلعب جنس الأطفال دورا مهما في تحديد عدد الحمل بعد إكتشاف المرض وكل هذه الخبرات تنتج سلوكا معيننا للزوجة المصابة بمرض مزمن.
- حين ينقص عدد الأطفال للمبحوثات يزيد إقبالهن على الحمل حتى ينجبن العدد المرغوب فيه والذي يختلف حسب مستوى التعليمي و الوضع المعيشي للأسرة.

4.9.1 الدراسة الرابعة:

دراسة بعنوان: "السلوكات الديموغرافية لدى النساء المصابات بالأمراض المزمنة في الجزائر حالي الخصوبة الزواج: دراسة تطبيقية إعتقادا على معطيات

المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 Mics4 "عبارة عن مذكرة

لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) الطور الثالث تخصص علم السكان للطالب الهاشمي

مليك، جامعة البليدة -2- لونيبي علي السنة الجامعية: 2020/2019، وكان

التساؤل الرئيسي: بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات هل

يمكن القول بوجود إختلاف في السلوك الخصوبي والإيجابي لدى النساء

السليمات والمصابات في الجزائر؟

ويندرج تحت هذا التساؤل سؤالين:

- هل يوجد تباين في معدلات الزواج بين النسوة الجزائريات السليمات

والمصابات؟

- هل يوجد فرق في معدلات الخصوبة بين النساء الجزائريات السليمات مقارنة

المصابات؟

ولقد اعتمد في دراسته بشكل رئيسي على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد

المؤشرات 2012-2013 واتبع المنهج الوصفي وخلصت النتائج إلى ما يلي:

بالنسبة لأثر الأمراض المزمنة على السلوك الإيجابي للنسوة الجزائريات:

- حسب المنطقة الجغرافية: بلغ سن الزواج الأول للمصابات 29.86 في الجنوب

كأكبر عمر مقابل 2742 سنة بمنطقة الهضاب بينما عند السليمات فتراوح

السن 27.7 في منطقة الهضاب و 28.39 سنة في الشمال.

- حسب المستوى التعليمي: تميز السن عند الزواج الأول بالإرتفاع عند النسوة المصابات مما هو عند السليمات مهما كان المستوى التعليمي.
- حسب المستوى الاقتصادي: أدنى فرق في السن عند الزواج الأول سجل بين النسوة اللواتي ينتمين لأسر غنية 1.61 سنة، بينما سجل أدنى فرق لدى النسوة اللواتي تنتمين لأسر متوسطات الدخل 28.02 سنة للمصابات مقابل 28.19 للسليمات.
- حسب الحالة الفردية: سجل أكبر سن عند الزواج الأول لدى المشتغلات السليمات 32.19 سنة مقابل أدنى سن لدى السليمات غير المشتغلات.
بالنسبة لأثر الأمراض المزمنة على السلوك الخصوبي للنسوة الجزائريات:
- بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة عموماً لدى السليمات 2.66 طفل لكل امرأة مقابل 2.4 طفل لكل امرأة للمصابات.
- بالنسبة لوسط الإقامة: بلغ 2.9 طفل لكل امرأة للسليمات مقابل 2.49 طفل لكل امرأة للمصابات في الريف، و 2.6 للسليمات مقابل 2.2 للمصابات في الحضر.
- حسب المنطقة الجغرافية: بلغ 3.37 طفل لكل امرأة في الجنوب كأعلى قيمة له، 3.34 للسليمات مقابل 3.6 للمصابات، فيما بلغت أقل قيمة في إقليم

الشمال الشرقي ب 2.08 طفل لكل امرأة، 2.1 للسليمات مقابل 1.86 للمصابات.

- حسب المستوى التعليمي: عموماً بلغ 3.3 طفل لكل امرأة في الجنوب كأعلى قيمة له للنسوة بدون مستوى مقابل غدى قيمة لدى النسوة في المستوى الثانوي ب 2.4، أما حسب الإصابة فبلغ أعلى قيمة له عند السليمات 3.34 للنسوة بدون مستوى مقابل 2.4 للنسوة في المستوى الثانوي، فيما بلغ أعلى قيمة له لدى المصابات 2.7 للنسوة في الابتدائي مقابل 2.1 للنسوة في نفس المستوى.

- حسب المستوى الإقتصادي عموماً بلغ 3.1 طفل لكل امرأة كأعلى قيمة له للنسوة اللواتي ينتمين لأسر فقيرة جداً مقابل أدنى قيمة لدى ب 2.3 للواتي ينتمين لأسر غنية جداً، أما حسب الإصابة فبلغ أعلى قيمة له عند النسوة اللواتي ينتمين لأسر فقيرة جداً ب 3.31 مقابل 2.3 للنسوة للواتي ينتمين لأسر غنية جداً، فيما بلغ أعلى قيمة لدى المصابات 2.8 للنسوة اللواتي ينتمين لأسر فقيرة مقابل 1.6 للنسوة للواتي ينتمين لأسر غنية جداً.

- بلغ متوسط مدة الفرق بين الزواج الأول و سن الإنجاب الأول 20.2 شهر للسليمات مقابل 22.9 شهر للمصابات بأمراض مزمنة، أما اللواتي أصبن قبل حدث الإنجاب فوصلت المدة إلى 43.3 شهر.

- بلغ سن الإنجاب الأول للنسوة المصابات قبل حملهن حوالي 28.8 سنة في حين بلغ السن لإجمالي النسوة 23.4 سنة بفارق 05.4 سنة، في حين وصل لدى السليمات 24.6 سنة بفارق 1.2 سنة فقط.

5.9.1 التعقيب على الدراسات والاستفادة منها:

1.5.9.1 من حيث الهدف

اتفقت الدراسات السابقة عموماً على هدف مشترك وهو دراسة موضوع الخصوبة في الجزائر وهو من أهم المواضيع الديموغرافية تتاولا واهتماماً، وعلى سبيل التفصيل فالنسبة للدراسة الأولى: للباحثة جلاب نعيمة: سلطت الضوء على الإتجاهات الحديثة للزواج الأول والعزوبة عند الجنسين بالجزائر في مطلع الألفية الثالثة، وبعض العوامل السوسيوديموغرافية التي تؤثر في السن عند الزواج الأول من جهة وكذلك إلى تحليل إتجاهات ومستويات الخصوبة من جهة أخرى بغية الكشف عن تأثير حدث الزواج على خصوبة المرأة، وبالنسبة الباحثة نصيرة الشيخ حددت أربعة أهداف لدراستها: تحديد إتجاهات ومستويات الخصوبة خلال الفترة 2002-2013، تحديد مختلف مصادر التغير التي أدت إلى الزيادة في مستويات الخصوبة، وتحديد العوامل القريبة التي أثرت على إتجاهات الخصوبة في الجزائر، ومعرفة عملية تكوين الأسرة والعوامل المؤثرة فيها وذلك بحساب احتمالات إكبار الأسر ومتوسط المجالات الفاصلة بين الولادات، بتحديد العوامل المؤثرة في الإنتقال من الولادة الثانية إلى الثالثة وهذا من خلال استعمال نموذج الخطر النسبي

(COX)، أما بالنسبة للدراستين الثالثة والرابعة: فقد خالفتا الدراستين الأولى والثانية بحيث تم ادخال متغير الوضع الصحي للمرأة معبرا عنه: بالإصابة بالأمراض المزمنة، فدراسة الباحثة حسني خيرة: ركزت على النساء المصابات بالأمراض المزمنة فقط (لذلك اختلف الهدف عن الدراستين الأولى والثانية) فحددت هدفها الأول: إعطاء أهمية أكثر بهذه الفئة من النساء المصابات بالأمراض المزمنة والهدف الثاني الكشف عن العوامل والأسباب التي تدفع بالزوجة المصابة بالأمراض المزمنة على إتخاذ قرار الحمل، ودراسة الباحث الهاشمي مليك هدفت هي بدورها إلى معرفة السلوك الخصوبي والزواجي لدى النساء المصابات بمرض مزمن على الأقل مقارنة بالسليمات واتفقت دراسة كل من الباحث الهاشمي مليك و**للباحثة جلاب نعيمة** في تناولهما لموضوع الزواج موازاة مع الخصوبة.

2.5.9.1 من حيث مصادر المعطيات

اتفقت 03 دراسة على اعتماد المسوح الوطنية التي قامت بها الجزائر كمصدر لمعطيات وهي كل من **جلاب نعيمة ونصيرة الشيخ**: اعتمدا في دراستهما على بيانات المسح الوطني لصحة الأسرة 2002 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2013-2012، واقتصر الباحث الهاشمي مليك على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2013-2012 فقط، أما دراسة **حسني خيرة** فقد اعتمدت دراسة ميدانية شملت 160 امرأة (عينة قصدية) عن طريق المقابلة و كلهن

مصابات بمرض مزمن على الأقل، والمكان في عيادتين مختلفتين في كل من ولايتي تسمسيلت وتيارت شهري: ماي- سبتمبر 2011، وقد تم توظيف المنهج الوصفي التحليلي لكل من دراسة **جلاب نعيمة ونصيرة الشيخ** واقتصرت دراسة **الهاشمي مليك وخيرة حسني** على المنهج الوصفي فقط.

3.5.9.1 من حيث النتائج

عموما فقد انتقلت جميع الدراسات على أثر كل من العوامل السوسيوديموغرافية على مستوى الخصوبة ففي **الدراسة الأولى جلاب نعيمة:** توصلت إلى أن إرتفاع المستوى التعليمي له تأثير غير مباشر على الزواج خاصة لدى الإناث في حين خروج المرأة إلى العمل ساهم في تأخير سن زواجها خلال الفترة 2002-2013 وأن ظاهرة - تأخر سن الزواج الأول مست حتى الوسط الريفي الذي كان يتميز بالتمسك الشديد بالقيم العائلية والاجتماعية، وبينت النتائج أن السبب الرئيسي لانتقال المعدل الخام للولادات هو إرتفاع نسبة النسوة غير العازبات في سن الإنجاب، مباشرة عامل الخصوبة الزوجية واستعمال موانع الحمل هو العامل الأكثر أهمية في تحديد مستوى الخصوبة الزوجية، وأوضحت النتائج إرتفاعا في معدلات الخصوبة الزوجية عن معدلات الخصوبة العامة، في حين توصلت دراسة **نصيرة الشيخ** إلى أن إرتفاع الخصوبة حدث عند جميع النساء في مختلف الفئات الاجتماعية الاقتصادية، وأن أهم مصدر لتغير مستويات

الخصوبة راجع إلى أثر السلوك، أما أثر البنية فكان غير مهم وذلك في مختلف الفئات الاقتصادية الإجتماعية، ومن جملة المحددات القريبة المؤثرة على الخصوبة نجد الزواج هو المتغير الأهم الذي أدى إلى عودة إرتفاع الخصوبة في الجزائر، يليه بعد ذلك كل من إستعمال وسائل منع الحمل، وعدم الإخصاب (الرضاعة الطبيعية)، أما بالنسبة لمؤشر العقم حتى ولو كان تأثيره ضعيفا فقد خالف المؤشرات الأخرى بحيث أنه ساهم في خفض مستويات الخصوبة، وفيما يتعلق بعملية تكوين الأسرة في الجزائر فهناك اتجاه واضح إلى تكوين الأسر صغيرة الحجم في مسح 2013/2012 مقارنة ب مسح 2002، يتميز المجال المتوسط الفأصل بين الزواج والولادة الأولى بقصره لدى النساء الجزائريات بمسح 2002 مقارنة بمسح 2013/2012 إذ أنه لا يتعدى السنة على العموم وفي الأخير فإن إرتفاع نسبة الخطر للإنتقال إلى الولادة الثالثة بين المسحين لدى النساء اللواتي يملكن مستوى متوسط فما فوق وكذلك النساء الساكنات في إقليمي الجنوب والهضاب العليا وسط هي التي ساهمت في إرتفاع الخصوبة خلال الفترة 2002-

2013

أما دراسة حسني خيرة فقد توصلت إلى ما يلي:

كلما تأخر سن الزواج الأول عند الإصابة بالأمراض المزمنة إنخفض متوسط الأطفال لديها 02 طفل لكل امرأة تزوجت بعد 30، ونسبة إقبالها على الحمل

ضعيفة مع الثقافة التي تمتلكها هذه الفئة مما تترجم كل الحمل إلى مواليد أحياء غالبا وقلّة الإجهاض لديهن وكما يلعب جنس الأطفال دورا مهما في تحديد عدد الحمل بعد إكتشاف المرض وكل هذه الخبرات تتنج سلوكا معيناً للزوجة المصابة بمرض مزمن وحين ينقص عدد الأطفال للمبحوثات يزيد إقبالهن على الحمل حتى ينجبن العدد المرغوب فيه والذي يختلف حسب مستوى التعليمي و الوضع المعيشي للأسرة، أما دراسة الهاشمي مليك فخلصت إلى ما يلي:

بالنسبة لأثر الأمراض المزمنة على السلوك الإنجابي للنسوة الجزائريات:

يرتفع السن عند الزواج الأول عند النسوة المصابات مما هو عند السليمات مهما كان المستوى التعليمي، حسب المستوى الاقتصادي: أدنى سن عند الزواج الأول سجل بين النسوة اللواتي ينتمين لأسر غنية، وحسب الحالة الفردية سجل أكبر سن عند الزواج الأول لدى المشتغلات السليمات مقابل نظيراتهن السليمات غير المشتغلات ويرتفع في الحالتين عند المصابات، مع تسجيل الإرتفاع الأكبر لدى المصابات المشتغلات.

بالنسبة لأثر الأمراض المزمنة على السلوك الخصوي للنسوة الجزائريات:

تشكل مستويات الخصوبة علاقة عكسية مع الإصابة بالمرض المزمن، وتؤثر الإصابة بالأمراض المزمنة على مستويات الخصوبة كذلك حسب المتغيرات المستقلة السوسيوديموغرافية وتؤثر بالنسبة لوسط الإقامة عموما حضر وريفاً مع

تسجيل الإرتفاع كلما اتجهت النسوة من الحضر نحو الريف، و حسب المنطقة الجغرافية: تم تسجيل أعلى مستوى لها في الجنوب وانخفضت لأدنى مستوى لها في إقليم الشمال الشرقي مع تسجيل إرتفاع المستوى الخصوبي للسليمات مقارنة بنظيراتها المصابات، أما حسب المستوى التعليمي تم تسجيل أعلى مستوى لها للنسوة بدون مستوى مقابل أدنى مستوى للنسوة في المستوى الثانوي، مع وجود الفارق دوما لصالح السليمات على حساب المصابات، وحسب المستوى الإقتصادي عموما سجلت النسوة اللواتي ينتمين لأسر فقيرة جدا أعلى مستوى خصوبي مقابل أدنى مستوى لدى اللواتي ينتمين لأسر غنية جدا، أما حسب الإصابة فحافظت مستويات الخصوبة على نفس النمط مع تسجيل الفارق بين السليمات والمصابات لصالح السليمات، وقد بلغ متوسط مدة الفرق بين الزواج الأول وسن الإنجاب الأول 20.2 شهر للسليمات مقابل 22.9 شهر للمصابات بأمراض مزمنة في حين بلغ سن الإنجاب الأول للنسوة المصابات قبل حملهن حوالي 28.8 سنة، في حين وصل لدى السليمات 24.6 سنة.

4.5.9.1 أوجه الاستفادة من الدراسات:

استفدنا من خلال الدراسات السابقة عموما من تلقينا لنظرة شاملة على موضوع الخصوبة وكيف تم تناوله من خلال المسوح الوطنية، وكيفية تحديد المتغيرات التابعة والمستقلة للدراسة وفي البناء المنهجي للدراسة والخطة البحثية،

وما أهم المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية التي تؤثر على الخصوبة هذا عموماً، أما دراسة كل من حسني خيرة التي تناولت السلوك الإيجابي للمرأة المصابة بالأمراض المزمنة فقد استلھمنا من خلالها وجود سبب كامن قد يؤثر على المستوى الخصوبي ألا وهو المرض المزمن لذا ساعدتنا الدراسة كثيراً في البناء المنهجي، وكذلك الأمر بالنسبة لدراسة الهاشمي مليك التي تناولت السلوك الزوجي والخصوبي لدى المصابات بمرض مزمن والسليمات، فقد اعتمدت الدراسة الحالية على نفس النوع من المعطيات وهي المسوح مع إختلاف نوع المسح وتاريخه فدراستنا تعتبر حديثة مقارنة به بحكم أنها اعتمدت على اخر مسح عنقودي 2019، والإختلاف بين الدراستين كذلك: أنها اعتمدت على المنهج الوصفي فقط بينما اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي التحليلي وذلك باستعمال تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي في تقدير أثر الإصابة بالأمراض المزمنة كميًا على خصوبة المرأة.

10.1. التأسيس النظري للدراسة:

تسهم دراسة السلوك الإيجابي وفهمه في تفسير إتجاهات الخصوبة ومستوياتها لذا تعددت الأطر النظرية لتفسير السلوك الإيجابي منها ما هو مبني على أسس إقتصادية و ومنها ما ينطلق من التفسيرات الإجتماعية أو الأنثروبولوجية أما الباحثون في العلوم الإجتماعية حرصوا على فهم ودراسة

العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية والصحية المؤثرة في السلوك الإيجابي، ثم إن التغير الذي حصل في الخريطة الصحية على مستوى جميع المجتمعات البشرية أو ما يعرف بالتحول الوبائي أثر بشكل واضح على الظواهر السكانية وتحديدا ظاهرة الخصوبة عند النساء، وفي هذا العنصر سنتعرض لأهم النظريات والمقاربات التي تناولت الخصوبة والسلوك الإيجابي في المجتمعات البشرية، محاولين بذلك لاقترب نظري للموضوع أو بمعنى آخر التأصيل النظري الديموغرافي للعلاقة بين الإصابة بالأمراض المزمنة ومستوى الخصوبة.

1.10.1 النظريات السكانية:

هي عبارة عن مجموعة من القضايا المترابطة التي تقوم على أساس الملاحظة والتجريب وتقدم تفسيراً لظاهرة سكانية ما أو التنبؤ بعلاقات يمكن ملاحظتها أو التحقق منها (محمد الحسن، 2015، ص 83).

ويقصد بالنظرية السكانية كل شكل من أشكال محاولة فهم العامل أو العوامل المهمة التي تحدد النمو السكاني، وهي تهدف إلى تفسير التغيرات في أنماط الخصوبة والإختلافات في الخصوبة بالنسبة للطبقات الإجتماعية، وإلى غير ذلك من الظواهر التي تحاول تفسيرها وتفكيكها إلى أرض الواقع (عميرة، 2014، ص 29).

وبهذا المفهوم نحاول أن نسرد بعض النظريات السكانية التي تناولت موضوع الخصوبة لعنا نقرب نظرياً من موضوع الدراسة بخصوص أثر الأمراض المزمنة كمتغير مستقل يؤثر على الخصوبة، وقد ميز الباحثون في علم السكان 03 أنواع من النظريات السكانية كما يلي:

- نظريات أساسية وهي التي تعالج الإتجاهات والتغيرات الديموغرافية كالخصوبة والوفيات والهجرة في شرح النمو السكاني.
- النظريات الثانوية فهي تتعرض للمسائل الديموغرافية بشرح متغيراتها من خلال عوامل غير ديموغرافية كالعوامل البيولوجية والطبيعية والجغرافية وغيرها.
- نظريات تعالج قضايا السكان والمتغيرات الديموغرافية كمتغير مستقل وأخرى كمتغير تابع فالتى تعالج المتغيرات السكانية كمتغير مستقل فهي التي يمكن بها شرح ظواهر أخرى، أما التي تعالج السكان كمتغير تابع فهي التي تحاول دراسة الأسباب التي تتحكم في حجم السكان وتركيبهم وتوزيعهم.

2.10.1. لمحة عن الفكر السكاني ونظريات الخصوبة:

إن الاهتمام بعمليات الإنجاب له عدة مبررات كغريزة الأمومة والأبوة ابتداءً بما خلق الله سبحانه وتعالى عليه الإنسان فحمدت المرأة الولودة وبالمقابل ارتبط العقم بالكره والمقت، أما ما يتبعه من ميول لزيادة عدد أكبر من الأطفال لها فكان لعدة أسباب كتعويض الوفيات الناجمة عن التدهور في الجانب الصحي وخاصة

وفيات الرضع، ولأهمية دور الأطفال في اقتصاد الأسرة وللاعتزاز والتفاخر وتحقيق المكانة الاجتماعية.

- لقد ركزت المجتمعات البشرية القديمة على موضوع الإنجاب باعتباره القناة الوحيدة لتحديد المجتمع وإمداده بأعضاء وعناصر جديدة وبوصفه الوسيلة الوحيدة لتعويض الفائض من السكان (كرداشة، 2009، ص490)، ففي الحضارة اليونانية نجد أن أفلاطون من بين الاوائل المفكرين الذين أكدوا على عنصر النوع عند إنجاب الأطفال وليس الكم فركز على أهمية الموازنة بين موارد الأسرة وحجمها، فدل ذلك على أن التفسير الاقتصادي للظواهر السكانية من أقدم التفسيرات التي قدمت لبيان وفهم السلوك الإيجابي للسكان، أما أرسطو فكان أكثر واقعية من معلمه أفلاطون واعتبر أن الدولة العظمى ليست ذات الحجم الكثير من ناحية عدد السكان، ورأى أنه من الضروري تدخل الدولة في تحديد عدد مواليد الأسرة حتى يتناسب مع الموارد الغذائية لتجنب الفقر (كرداشة، 2010، ص490).

- أما عند الرومان فسادت المذاهب المؤيدة للزيادة السكانية بحيث تنظر للنمو السكاني كأداة لتعويض الخسائر البشرية الناجمة عن الحرب ووسيلة لتأمين العدد الكافي من السكان من أجل تحقيق الاستقرار (كرداشة، 2010، ص490).

- شجعت الشرائع السماوية تشجيع الإنجاب وزيادة عدد الأفراد الأسرة والحث على تعدد الزوجات مع عدم اغفال الوضع الاجتماعي والإقتصادي للفرد خاصة وللأسرة عامة وقد قال رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم: "يا مشعر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء" وقال صلى الله عليه وسلم فيما معناه تزوجوا وتكاثروا فإنني مباه بكم الأمم يوم القيامة، ويركز ابن خلدون على الدور الإيجابي للسكان في تحقيق العمران فهو يرى أن نقص العمران سببه نقص عدد السكان (فاضل البياتي، 2013، ص41).

- يرى مالتوس الذي يعد أبو الدراسات السكانية ورائد نظرياتها المعاصرة (1766-1834م) أن قدرة الانسان على التناسل أعظم من قدرة الارض على الانتاج، وانطلق من بديهيتين اثنتين أن الغذاء ضروري لوجود الانسان، وإلى وجوب تكاثر الانسان حفاظا على النوع مع أهمية الرغبة الجنسية واستمرارها إلى الأبد (فاضل البياتي، 2013، ص45).

- ثم جاءت بعد ذلك النظريات الطبيعية أو البيولوجية والتي تقوم على أساس طبيعة الانسان نفسه وطبيعة العالم الذي يعيش فيه تتحلمان في نموه وزيادة عدده بنسبة معينة وفي اتجاه لا قدرة للإنسان على التحكم فيها (فاضل البياتي، 2013، ص49)، أي أن العوامل البيولوجية والطبيعية هي التي تتحكم في

السلوك الإيجابي فعلى سبيل المثال يركز هريت سبنسر الذي هو أحد رواد النظريات الطبيعية على أهمية دور الأسرة كوحدة اجتماعية بيولوجية فبعد أن كان رب الأسرة هو حاكمها وعصب الحياة فيها وصانع لقراراتها ومعيها انفسح المجال أمام المرأة لمزيد من الحرية والإستقلال وصنع القرار بما فيها حجم الأطفال المرغوب في انجابهم مستقبلا(كرداشة، 2010، ص491)، وأكد على أن الكثير من الجهد والوقت الذي يبذله الفرد في تطوير شخصيته وتمكين ذاته اجتماعيا واقتصاديا ضعف ذلك من قدراته الإنسالية والقدرة على الإنجاب، ويرى كورادو جيني(1884-1965م) الذي يعد كذلك من رواد النظريات الطبيعية أن هناك قوة طبيعية تعمل على تحديد عدد السكان بالإرتفاع والانخفاض تتمثل في العوامل البيولوجية وضعف القدرة على الانسال.

- أما النظريات الإقتصادية تستند النظريات الإقتصادية إلى مفهومي العرض والطلب إبتداء لتفسير الظروف الفردية الخاصة بكل أسرة ومن خلال المراجعات التقييمية لأطر وأدبيات النظرية للخصوبة البشرية أن هناك إطارين إثنين لازالا قائمين(كرداشة، 2010، ص492)، الإطار الأول: العرض من الأطفال: وينظر إلى الخصوبة البشرية من خلال تأثرها بعنصر الخصوبة الطبيعية والذي يتحدد المواليد الأحياء الذين يمكن أن ينجبهم الزوجين، و الإطار الثاني: اطار الطلب على الأطفال: ويتحدد بناء على الخيار الشخصي للزوجين والذي يحدد

عدد المواليد المرغوب في انجابهم، ومن رواد هذا الطرح الاقتصادي أيسترلين
فاقترح اطارا نظريا هاما ضمن فيه ميول الأفراد واتجاهاتهم بخصوص عدد
الأطفال الذي يرغب في انجابهم في 03 عناصر اساسية(كرداشة، 2010،
ص492): يحاول إعطاء تفسير ظاهرة انخفاض الخصوبة في عناصر ثلاث
هي:

1. العنصر المتعلق بالطلب على الأطفال ويقصد به الخيار الشخصي ويمثل
حجم الأسرة المثالي الذي يرغب الوالدين به.
2. العنصر المتعلق بالعرض من الأطفال ويتمثل في عدد الأطفال الباقين
على قيد الحياة ويشير إلى الخصوبة الفعلية للمرأة.
3. العنصر المتعلق بتكلفة عملية تنظيم الخصوبة حيث يمثل الإتجاه نحو
استخدام وسائل منع الحمل وكذا القرارات المتعلقة بعدد الأطفال الذي يرغب
في انجابهم.

- نجد أن النظريات الإجتماعية تربط السلوك الإيجابي بالعوامل الإجتماعية
والظروف الإجتماعية المحيطة به فإريس ديمون أصدر كتابه 1890 "تناقص
السكان والمدينة" الذي تضمن نظرية الإرتقاء الاجتماعى أكد على أهمية
العائلة الكبيرة في حياة الأفراد فعدد الكبير للأطفال يزيد من سلطة الأب
وعرفت أفكاره بالنظرية الشعرية لأنه شبه الفرد بالزيت في شريط المصباح

الذي يميل إلى الصعود كذلك الانسان يميل إلى الصعود إلى مستويات اجتماعية أعلى من التي تلك في بيئته مما يقلل اهتمامه بالأسرة ومن ثم ضعف القدرات الإنجابية لديه.

- يري "أيسترلين" أن هناك بعض المتغيرات المركبة التي تحدث أثناء عملية التحديث والتي تبدو هامة في أحداث تحول ديموغرافي والانتقال إلى ظروف إنجاب حديثة تلك التغيرات تضمنت - تاريخيا - الابتكارات في العناية الطبية والصحة العامة، وتطور التعليم الرسمي ووسائل الأعلام والتحضر، ونمو الدخل القومي، وحديثا فقد لعبت برامج تنظيم الأسرة أيضا دورا في التأثير علي السلوك الإنجابي وبذلك فالتحديث يؤثر علي الطلب علي الأطفال وعدد الأطفال الأحياء وتكلفة وسائل تنظيم الأسرة(خلف عبد الجواد، 2009، ص29).

3.10.1 نظرية الانتقال الديموغرافي

لعل من أبرز النظريات الديموغرافية التي تساهم في فهم العلاقة بين اتجاهات الخصوبة وبين العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية والمستوى الصحي للنساء هي نظرية التحول الديموغرافي أو الانتقال الديموغرافي ويعزى هذا المفهوم إلى العالم الديموغرافي ادولف لاندرية 1934، لكن صياغته المتكاملة وضعها الاقتصادي الأمريكي نوتستين 1945 حيث يقسمه إلى 03 أطوار النظام التقليدي(ما قبل الانتقال)، ومرحلة الانتقال والنظام العصري(فاضل البياتي،

2013، ص134)، ويعرف الإنتقال الديموغرافي بأنه المرور من وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات عاليتين إلى وضعية توازن ذات خصوبة ووفيات منخفضة خلال مدة زمنية وهذا موازيا للتنمية الاجتماعية واقتصادية، وهو نظام ديمغرافي مميز بولادات ووفيات عاليتين متبوعا بعد ذلك بانخفاض الوفيات مما يؤدي إلى زيادة في السكان والتي لا يمكن امتصاصها إلا بالانخفاض الكافي للمواليد للحصول على توازن بين المواليد والوفيات.

مراحل الإنتقال الديمغرافي:

1. المرحلة الأولى (النظام التقليدي): وهي مرحلة تتميز فيها معدلات الوفيات والمواليد بالإرتفاع تتجاوز 30% وتوازنها أدى إلى نمو سكاني ضعيف وبالتالي يكون تزايد سكاني بطيئ، إرتفاع المواليد راجع إلى كل من غياب التخطيط العائلي وهذا لتعويض وفيات الأطفال المرتفعة والناجمة عن تفشي الأمراض المعدية منها (الطاعون، الحمى القرمزية، المجاعات والحروب، التفوئيد والكوليرا) كل هذه الأمراض رفعت من معدلات الوفيات خلال حقبة زمنية وهو الذي فسر التذبذب في منحنى الإنتقال الديمغرافي (أبو عيانة، 2002، ص44.45).

2. المرحلة الثانية (النظام الإنتقالي): وقسمت هذه المرحلة إلى مرحلتين الإرتفاع والانخفاض.

- **مرحلة الإرتفاع:** تتميز هذه المرحلة بتراجع في معدلات الوفيات مع بقاء معدل المواليد مرتفع، ما أدى إلى إرتفاع معدل النمو الطبيعي، حيث يعود سبب انخفاض الوفيات إلى التحسن الكبير في مجال الصحة وتنامي المعرفة الطبية بأسباب المرض وارتقاء الوضع الاجتماعي للأمم.

- **مرحلة الانخفاض:** تميزت هذه المرحلة بتراجع معدل المواليد رافقه استمرار لانخفاض الوفيات مع ظهور الفرق بين المعدلين، حيث يعود السبب في انخفاض المواليد إلى الإنتقال من المجتمعات الريفية التقليدية إلى المجتمعات الحضرية والتي غيرت قيم الإنجاب، وتحسن ظروف المرأة، الإنتشار الواسع لموانع الحمل ومعرفة كيفية استعمالها (مفيد زنون، 2011، ص81).

3. المرحلة الثالثة: **مرحلة النظام العصري:** وتسمى مرحلة النضج وعرفت معدلات المواليد والوفيات في هذه المرحلة توازن في مستويات ضعيفة مع استقرار معدل النمو السكاني (خلف عبد الجواد، 2009، ص21).

4.10.1 نظرية الإنتقال الوبائي:

تعد من أهم النظريات التي تناولت التغيرات في نمط الإصابة بالمرض وعلاقتها بالتغيرات السكانية والاجتماعية والإقتصادية، قام بوضعها العالم المصري

عبد الرحمان عمران سنة 1972 من خلال محاولته تحديد وتوصيف أهم العوامل والنتائج المترتبة عن التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض وعلاقتها بالتحضر في الدول الغربية ومدلولاتها بالنسبة للدول النامية (مجلس السكان، 2010، ص14)، هو مرحلة انخفاض الوفيات التي تزامنت مع الإنتقال الديمغرافي رافقها تحسن في النظافة، التغذية وتنظيم الخدمات الصحية وتحول في أسباب الوفيات بحيث تراجعت الأمراض المعدية تدريجيا فاسحة المجال لنمو الأمراض المزمنة، التنكسية والحوادث (بعيط، 2008-2009، ص17).

5.10.1 الإقتراب النظري للدراسة

للإقتراب نظريا من موضوع الدراسة وهو أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على خصوبة المرأة ومن ثم على سلوكها الإيجابي نلخص هذا التأصيل النظري لموضوع الدراسة تبعا لما تم ذكره في الفقرات التي تناولت النظريات السكانية:

- بالنسبة لأفكار مالتوس التي انطلق من كون ضرورة تكاثر الانسان حفاظا على النوع مع أهمية الرغبة الجنسية واستمرارها إلى الأبد فهذا يجعل الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة أمام خيار فطري لا تستطيع الانفكاك عنه وبالتالي فإنه يفرض عليها سلوكا انجابيا مغايرا لمثيلتها السليمة.
- بالنسبة للنظريات الطبيعية أو البيولوجية التي ترى بأن العوامل البيولوجية هي التي تتحكم في مستويات واتجاهات الخصوبة لديه دون تدخل الانسان الا بشكل

محدود جدا، هنا نجد أن التبعات الصحية للحمل والولادة للزوجة المصابة بالأمراض المزمن تختلف عن ما هي عليه عند السليمة مما يحتم على الزوجة المصابة التفكير جيدا قبل الإقبال على الحمل.

- بالنسبة للنظريات الإقتصادية: إن المستوى المعيشي للأسرة يجعل لزوجين يخططان جيدا قبل انجابهم للأطفال وهنا فإن الوضع الصحي للزوجة المصابة سيفرض عليها متابعة خاصة عند الطبيب وبالتالي زيادة لأعباء النفقات وكذلك عند التفكير في الإقبال على الحمل والولادة اللذين يختلفان حتما عما عليه عند الزوجة المصابة بالأمراض المزمنة مما يصعب لديها خيار الإنجاب ومن ثم فإن حدوث الانجاب لديها سيتأخر وكذلك تأخر سن زواجها سيقص من فترة الإنجاب لديها.

- بالنسبة للنظريات الإجتماعية: التي جعلت من القيم والعادات والعوامل الإجتماعية عاملا مؤثرا مهما لاتجاهات ومستويات الخصوبة وهنا فان المرأة المصابة التي سينظر اليها أنها معلولة ولا تصلح أن تكون أما ستعمل على إثبات عكس ذلك من خلال الإنجاب أنها تستطيع أن تكون زوجة وأما مثلها مثل الزوجة السليمة، ومن ثم فإن سلوكها الإنجابي سيكون مختلفا عما عليه عند المرأة السليمة.

- بالنسبة لنظرية التحول الديموغرافي وتحديدًا في المرحلة الثالثة عندما يتغير الوضع الصحي للأفراد وانحسار للأمراض المعدية وما يقابله من بدايات إنتشار الأمراض المزمنة هنا سنجد الزوجة المصابة مجبرة على تبني سلوك إنجابي مغاير لما كان عليه سابقًا في المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي من جهة ولما هو عليه مثيلاتها من السليمات.

- نظرية التحول الوبائي: لا شك أن الطرح الذي أتت به هذه النظرية فيما يخص انحسار الأمراض الوبائية وانتقالها إلى أمراض غير وبائية أفرزتها الحياة الإجتماعية والإقتصادية والثقافية آنذاك سيغير من السلوك الإنجابي للزوجة المصابة مما سيكون عليه مثيلاتها السليمات.

ومن هنا نكون قد اقتربنا من موضوع دراستنا وهو وجود لأثر الإصابة بالأمراض المزمنة على الخصوبة.

2.الفصل الثاني: وضعية

الخصوبة في الجزائر

تمهيد:

تكتسي دراسة الخصوبة السكانية أهمية بالغة لدى الباحثين والدراسين في العلوم الإجتماعية عامة وعلم السكان خاصة كونها من أهم عوامل النمو السكاني تأثيرا في حجم السكان وتركيبهم النوعي والعمرى، إذ تعتبر ظاهرة قابلة للتجدد عكس ظاهرة الوفيات، لذا فهي أقل ثباتا وقد يمكن التنبؤ بها، تكون أكثر تأثرا بالعوامل الإجتماعية والإقتصادية والسياسية والنفسية وغيرها وفي هذا الفصل سنستعرض وضعية الخصوبة في الجزائر بدءا بالتطور السكاني في الجزائر السكان وانتهاء لمستوياتها بدلالة العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية المؤثرة فيها والتي تم التطرق اليها في الجانب التطبيقي.

1.2 الوضعية الديموغرافية في الجزائر:

1.1.2 حجم السكان :

يعرف حجم السكان لدولة ما بأنه مجموع الأفراد الذين يقطنون ضمن الحدود السياسية للدولة في تاريخ محدد سواء كانوا يتمتعون بصفة المواطنة للدولة أو مقيمين إقامة دائمة أو مؤقتة، ويقدر حجم أو عدد السكان عادة لسنة معينة في منتصف تلك السنة (الهيئة العامة للإحصاء قطر، 2018)، إن المنتبج لتطور عدد السكان في الجزائر ابتداء من سنة 1830 إلى غاية 2022 سيلحظ 03 مراحل متميزة:

1.1.1.2 المرحلة الأولى 1830-1886 (التناقص في عدد السكان):

يمثل الجدول رقم 2-1: تطور عدد السكان في الجزائر ابتداء من 1830 إلى غاية 1886 حيث نلاحظ ما يلي:

جدول 2-1: تطور عدد السكان في الجزائر في الفترة 1830-1886

السنوات	عدد السكان *1000
1830	3000
1856	2496
1861	2737
1866	2656
1872	2134
1876	2417
1881	2842
1886	2287

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر، أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص95.

تميزت هذه المرحلة بالركود والتراجع في عدد السكان فمع دخول الاحتلال الفرنسي إلى الجزائر 1830 كان عدد السكان 03 ملايين نسمة وبمرور السنين استمر العدد بالتناقص ليصل إلى 2.2 مليون نسمة سنة 1886 ويعزى هذا التباطؤ في الزيادة السكانية إلى إرتفاع عدد الوفيات الناتجة عن سوء تغذية السكان وإنتشار الاوبئة والمجاعات إلى جانب إرتفاع الوفيات بسبب المقاومات العسكرية ضد الاحتلال، إضافة إلى تدني المستوى المعيشي والصحي بشكل عام.

2.1.1.2 المرحلة الثانية 1887-1960 : النمو المتباطئ:

يمثل الجدول رقم 2-2: المرحلة الثانية من تطور عدد السكان من سنة

1891 إلى غاية 1960 أي قبيل استقلال الجزائر.

جدول 2-2: تطور عدد سكان في الجزائر في الفترة 1891-1960

السنوات	السكان * 1000
1891	3575
1896	3781
1901	4089
1906	4478
1911	4741
1921	4923
1926	5151
1931	5588
1936	6201
1948	7460
1954	8775
1960	9602

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،
أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص96.

من خلال الجدول رقم 2-2: نلاحظ أن عدد السكان تزايد بشكل بطيء فبعد أن كان 3.5 مليون نسمة سنة 1891 تضاعف مرة واحدة إلى 7.4 مليون نسمة سنة 1948 وكان ذلك خلال 57 سنة ثم تتابعت الزيادة ليصل إلى 9.6 مليون نسمة سنة 1960 قبيل الاستقلال بسنتين، ويعود هذا التباطؤ حتماً إلى إرتفاع الوفيات خاصة مع اندلاع الثورة التحريرية المجيدة سنة 1954 حيث خسرت الجزائر ما يقارب مليون ونصف المليون شهيد، مع غياب الإحصائيات نظراً للظروف السياسية والاجتماعية والإقتصادية التي سبقت استقلال الجزائر.

3.1.1.2 المرحلة الثالثة 1962-2022 : النمو المتزايد:

يمثل الجدول رقم 2-3: المرحلة الثالثة من تطور عدد السكان من سنة

1962 إلى غاية 2019

جدول 2-3: تطور عدد السكان في الجزائر من سنة 1962 إلى 2019

1996	1995	1994	1992	1991	1990	1987	1977	1967	1962	السنوات
28.6	28.1	27.5	26.3	25.6	25	22.8	17.1	12.6	10.2	السكان بالملايين
2012	2011	2010	2009	2008	2002	2001	2000	1999	1998	السنوات
37.5	36.7	36	35.3	34.6	31	30.6	30.4	30	29.5	السكان بالملايين
			2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	السنوات
			*43.42	42.2	41.7	40.8	40	39.1	38.3	السكان بالملايين

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص97.

*الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية من 1962-2020، ص42

من خلال الجدول رقم 2-3: نلاحظ أن هذه المرحلة تميزت بتزايد مستمر لعدد السكان فبعد أن كان 10.3 مليون نسمة فجر الاستقلال تضاعف 03 مرات ليصل إلى 30.38 مليون نسمة خلال 03 عقود فقط ووصل إلى 43.42 مليون نسمة سنة 2019، ويعود هذا التزايد المستمر إلى إرتفاع معدل الولادات مقابل انخفاض معدلات الوفيات نتيجة لتحسن الظروف الصحية والإجتماعية والمعيشية.

2.1.2 معدل النمو السكاني:

ويقصد به الإختلاف في حجم السكان في المجتمع، كما هو تزايد عدد السكان بشكل متصاعد خلال فترة زمنية محددة (الجبلي، 1984، ص196) وفيما يلي عرض لمتوسط معدل النمو السكان في الجزائر من 1970 إلى غاية 2018.

جدول 2-4: تطور متوسط معدل نمو السكان في الجزائر من 1970 إلى 2018

الفترة الزمنية	متوسط معدل النمو السكاني
1979-1970	3.6
1989-1979	3.4
2002-1989	2.8
2008-2002	1.7
2018-2008	1.2

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر، أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص97.

من خلال الجدول رقم 2-4: يظهر لنا إن الفترة 1979-1970 تميزت بمعدل نمو سكاني مرتفع قدر ب 3.6%، إذ يعتبر من أكبر معدلات النمو السكاني عالميا وقد يكون هذا لرغبة الجزائريين بتعويض ما خسروه إبان الثورة التحريرية من العنصر البشري، ثم انخفض إلى 3.4% في الفترة 1989-1979

بفارق 0.2 نقطة في مدة 10 سنوات تقريبا ثم يصل 2.8% في الفترة 1989-2002 في مدة 13 سنة بفارق 0.6 نقطة أي بوتيرة أسرع من سابقتها ليصل إلى 1.7% سنة 2008 أي نصف معدل النمو السكاني الذي كان في فترة السبعينيات في مدة زمنية قدرت تقريبا ب 30 سنة، ويرجع هذا إلى عدة أسباب منها تحسن الأوضاع الصحية والاجتماعية والإقتصادية في البلاد بعد ما كانت سيئة إبان فترة الاحتلال الفرنسي وكذلك بفضل البرامج التنموية المنجزة بعد الإستقلال التي سمحت بتعليم المرأة والقضاء على الأمية حيث يلعب المستوى التعليمي للمرأة دورا هاما في التأثير على معدلات الخصوبة فقد انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة الكلي من 7.8 في سنة 1970 ليصل إلى طفل/امرأة 2.84 في تعداد 2008، إضافة إلى تأخر متوسط سن الزواج للمرأة فقد انتقل من 19.3 سنة في تعداد 1970 إلى 29.8 سنة في مسح 2006 (عميرة، 2017، ص115)، وبشكل عام فقد أثرت السياسات السكانية إلى تغيير السلوك الإيجابي للمرأة الجزائرية ولل فرد الجزائري بشكل عام.

3.1.2 التركيبة العمرية والنوعية في الجزائر:

إن التركيب العمري والنوعي للسكان مهم جدا من أجل توضيح مدى الإتزان في المجتمعات السكانية فالمجتمع الذي تغلب عليه الفئات الصغرى يعتبر مجتمع

فتي والعكس صحيح وكذلك بالنسبة للنوع فالمجتمع الذي يغلب فيه أحد النوعين عن الآخر يعاني من خلل من الناحية النوعية.

ويستدل من خلال التركيب النوعي على نسب الذكورة والتي بدورها تحدد القوة النسائية في مجال العمل ومدى مساهمتها في النشاطات الإقتصادية ومستويات التعليم وجوانب عديدة أخرى، ومن خلال الجدول رقم 2-5 نستطيع التعرف على التركيب العمري في الفئات الثلاث الكبرى للمجتمع النوعي في الجزائر بناء على التعدادات الخمس بعد الاستقلال 1966-1977-1987-1998-2008.

جدول 2-5: تطور التركيبة العمرية والنوعية في الجزائر

الفئة العمرية	تعداد 1966			تعداد 1977			تعداد 1987			تعداد 1998			تعداد 2008		
	م	إ	ذ	م	إ	ذ	م	إ	ذ	م	إ	ذ	م	إ	ذ
0-14	47,6	46	48,8	47,9	46,6	49,3	44,1	43,6	44,6	36,2	35,8	36,5	28,1	27,7	28,4
15-59	45	47	42	46	48	45	50	51	50	57	57	57	65	65	64
أكثر من 60 سنة	7,9	6,9	8,9	5,8	5,8	5,9	5,7	5,9	5,6	6,6	6,8	6,4	7,4	7,6	7,3

المصدر تعداد: 1966-1977-1987-1998-2008

يبين الجدول رقم 2-5: التركيبة العمرية والنوعية لسكان الجزائر من خلال التعدادات التي اقيمت في الجزائر بعد الاستقلال حيث تناقصت نسبة الفئة العمرية أقل من 15 سنة من 47.6% تعداد 1966 إلى 28.1% في تعداد 2008 ب20 نقطة تقريبا وبالمقابل تزايدت الفئة العمرية 15-59 سنة من 44.5% في تعداد 1966 إلى 64.5% في تعداد 2008 ب20 نقطة أي أن السكان الذين

كانت أعمارهم محصورة بين 0-14 سنة في تعداد 1966 أصبحت محصورة بين 42-56 سنة بتعداد 2008، مما يعني تغير التركيبة العمرية في الجزائر خلال 42 سنة، وقد يعود هذا الانخفاض (من 47.6% الى 28.1%) إلى تأخر سن الزواج (بمعنى ارتفاعه) من 18.3 سنة عند الإناث في تعداد 1966 إلى 29.9 سنة في تعداد 2008، كما نلاحظ أن نسبة الشيوخة أي السكان الذين أعمارهم 60 سن فما فوق عرفت تذبذبا فبعد أن كانت النسبة 7.9% في تعداد 1966 انخفضت إلى 5.8% في تعداد 1977 ويفسر هذا باستمرار انخفاض الوفيات في الأعمار المتقدمة حيث بلغ أمل الحياة 53.05 سنة عام 1977، لتعاود هذه النسبة الإرتفاع مرة أخرى إلى 7.4% في تعداد 2008، بسبب إرتفاع أمل الحياة 75.5 سنة، أما بالنسبة للفئة العمرية الكبرى 15-59 سنة فقد انتقلت من 44.5% في تعداد 1966 إلى 64.5% في تعداد بزيادة قدرها 20 نقطة مما يدل على شبابية المجتمع الجزائري وتوفر اليد العاملة النشطة، أما بالنسبة للتركيب النوعي فمن خلال الجدول رقم 2-6: فنلاحظ أن النسب لا تختلف كثيرا حيث تتراوح الفارق بين نسب الذكور والإناث في الفئة العمرية الأقل من 15 سنة بين 0.7-2.8 نقطة لصالح الذكور وبين 2.7 و 0.4 نقطة لصالح الإناث في الفئة العمرية الوسطى 15-59 سنة باستثناء تعداد 1966 فبلغ الفارق 4.7 لصالح الإناث كذلك، أما الفئة العمرية 60 سنة فما فوق فتتراوح الفرق بين 2 و 0.1 نقطة حيث

كان الفارق لصالح الذكور في تعداد 1966 و 1977 ولصالح الإناث في التعدادات الأخرى وهذا يدل عموما على تجانس المجتمع الجزائري خاصة بعد الاستقلال.

جدول 2-6: تطور الفرق بين نسبة الذكور والإناث

الفارق = نسبة الذكور - نسبة الإناث					الفئات العمرية
2008	1998	1987	1977	1966	
0.7	0.7	1	2.7	2.8	0-14 سنة
-0.4	-0.2	-0.7	-2.7	-4.7	15-59 سنة
-0.3	-0.4	-0.3	0.1	2	60 سنة فما فوق

المصدر: حساب شخصي إعتمادا على 2008-1998-1987-1977-1966

2.2 الخصوبة في الجزائر

تعد الخصوبة أحد محددات النمو السكاني حيث تؤثر في حجم السكان وفي التركيب النوعي والعمرى له، حيث أن تطورها تساهم فيه العديد من العوامل الثقافية والإجتماعية والإقتصادية المميزة للمجتمع السكاني، إضافة إلى ذلك فإن عدد الولادات المنجبة تعبر فعليا عن مستويات الخصوبة، بالإضافة إلى إعتبارها مؤشرا رئيسيا في حركة السكان ولدراسة عدد الولادات فإننا نفضل أن نوظف معدلات المواليد كون الأرقام لا تعبر حقيقة عن الواقع على غرار المعدلات.

1.2.2 معدل المواليد الخام:

يعتبر معدل المواليد من أهم محددات النمو السكاني إذ يؤثر على نمو وزيادة وثبات حجم السكان، ويرتبط مفهوم المواليد بشكل مباشر بالخصوبة باعتبارها تشير إلى المعدل الفعلي للمواليد وإلى القدرة على الإنجاب، وتحسب المعدلات الخام للمواليد على النحو التالي:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد في السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} * 1000$$

ويمثل الجدول رقم 2-7: تطور معدل المواليد الخام في الجزائر من 1901 إلى 2020

جدول 2-7: معدل المواليد الخام في الجزائر من 1901 إلى 2020

السنوات	المعدل	السنوات	المعدل	السنوات	المعدل
1905-1901	37.8	1971	48.2	1992	30.4
1910-1906	35.5	1972	47.7	1993	28.6
1915-1911	35.5	1973	47.6	1994	28
1920-1916	34.9	1974	46.5	1995	25.3
1925-1921	37.2	1975	46.1	1996	22.9
1930-1926	42.3	1976	45.4	1997	22.5
1935-1931	43.4	1977	45	1998	21.3
1940-1936	42.1	1978	46.4	1999	19.82
1945-1941	42.9	1979	44	2000	19.36
1950-1946	42.2	1980	43.9	2009	24.07
1955-1951	47.4	1982	40.6	2010	24.68
1960-1956	45.6	1983	40.4	2011	24.78
1963	52.1	1984	40.2	2012	26.08
1964	50.1	1985	39.5	2013	25.14
1965	47	1986	34.7	2014	25.93
1966	50.5	1987	34.64	2015	26.03
1967	50.1	1988	33.9	2016	26.12
1968	47.7	1989	30.7	2017	25.4
1969	49.8	1990	31	2019	* 23.8
1970	50.2	1991	30.1	2020	* 22.42

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص 11

*الديوان الوطني للإحصائيات، 2020

<https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie%20Algerienne2020.pdf>

من خلال الجدول رقم 2-7: وتحليل أكثر دقة تم تقسيمه إلى أربع مراحل كما يلي:

1.1.2.2 المرحلة الأولى (1901-1962): المعدل بين 34.9% و47.2%

في هذه المرحلة كانت الجزائر لا تزال تحت سيطرة الإحتلال الفرنسي وتميز معدل المواليد بانخفاض من 37% في الفترة 1901-1905 إلى 34.9% في نهاية سنة 1920 ليعاود الإرتفاع إلى 43.4% في سنة 1935 ويعاود الانخفاض مرة أخرى إلى 42.2% سنة 1950 ثم يصل ذروته 47.2% سنة 1955، و يرجع هذا إلى إرتفاع معدل الزواج حيث بلغ متوسط سن الزواج الأول من 20.8 سنة للإناث و25.8 سنة للذكور سنة 1948 ثم انخفض إلى 19.6 سنة للإناث و25.2 سنة للذكور سنة 1954، "وكذلك للانعدام الكلي لاستعمال وسائل منع الحمل والتي منعتها فرنسا على مستعمراتها ومنها الجزائر، فابتداء من سنة 1920 وعدد الزوجات في إرتفاع فقد بلغ عدد النساء المتزوجات 462587 امرأة في تعداد 1954" (جويده، 2017، ص 88).

وعموما فإن هذا التذبذب في معدلات المواليد يمكن أن يفسر كما يلي: فالإرتفاع نظرا لوحشية الاستعمار وكثرة الضحايا الذين يسقطون فيرغب الأزواج بتعويض الأفراد باعتبارهم مصدرا للعيش وقوة دفاعية ضد المستعمر العاشم وذلك عن طريق كثرة الإنجاب والزواج المبكر كما أسلفنا سابقا، أما الانخفاض

فيرجع غالبا إلى الأمراض والابوئة مع غياب شبه تام للرعاية الصحية للمرأة أثناء الحمل والولادة.

2.1.2.2 المرحلة الثانية (1963-1985): المعدل محصور بين 52.1% و 39.5%

بعيد الاستقلال مباشرة شهادة معدلات المواليد إرتفاعا شديدا حيث سجل أكبر معدل للمواليد 52.1% سنة 1963، ثم بعد ذلك عرف تذبذبا بين 50.5% و 47.7% إلى غاية 1970 حيث وصل إلى 50.2%، ليشهد بعد ذلك انخفاضا مستمرا إلى غاية 1984 حيث وصل 40%، أي أنه في هذه المرحلة كان يولد لكل 1000 نسمة ما بين 52 و 40 طفل سنويا، ويعتبر المعدل 50% من أعلى المعدلات عالميا، ويفسر هذا برغبة الجزائريين بتعويض الخسائر البشرية التي حدثت جراء الاحتلال الفرنسي، وكذلك نظرا لتحسن الوضع المعيشي ولقلة استخدام وسائل منع الحمل إذ بلغت 08% في سنوات السبعينيات، وفي سنة 1985 وصل المعدل إلى 39.5%.

3.1.2.2 . المرحلة الثالثة (1986-2000): المعدل بين 34.7% و 19.8%

شهدت هذه المرحلة انخفاضا مستمرا فمن 39.5% سنة 1985 إلى 34.7% بفارق 05 نقاط ثم من 34.7% سنة 1986 إلى 19.82% سنة 2000، بفارق فاق 14 نقطة وهذا راجع إلى عدة عوامل، أهمها الأثر الفعال لبرنامج التحكم في النمو السكاني في الجزائر الذي تم تبنيه من طرف الجزائر سنة

1983، وتعميم استخدام وسائل منع الحمل، إضافة إلى التغييرات الهامة التي شهدتها البلاد من تعليم المرأة، إضافة إلى الأزمة الاقتصادية التي هزت البلاد سنة 1986 والأثر البالغ لها في زيادة نسب البطالة وأزمة السكن مما يؤدي للعزوف عن الزواج "فانخفضت نسبة المتزوجين في الفترة الممتدة من 1987-1998 من 43.7% إلى 39.29% بالنسبة للرجال ومن 46.6% إلى 21.8% بالنسبة للنساء" (جويده، 2017، ص68).

4.1.2.2 المرحلة الرابعة (2001-2018): المعدل بين 34.7% و19.8%

إن أهم ما ميز هذه المرحلة هو معاودة الإرتفاع في معدل المواليد فبعد أن قدر ب 19.36% في سنة 2000 ارتفع إلى 26.08% سنة 2012 ثم إلى 26.12%، في سنة 2016 أي بزيادة قدرت ب 05 نقاط، ومرد ذلك إلى تحسن الوضع الاقتصادي والاجتماعي والصحي والمعيشي بعد سنوات الجمر التي مرت بها الجزائر في التسعينيات وما تبع ذلك من تدني للوضع الصحي والاجتماعي والسياسي الحرج فأثر تأثيرا مباشرا على عدد الزيجات "فقد انتقل عدد الزواجات من 177500 حالة زواج سنة 2000 إلى 388000 زيجة في 2013 بزيادة قدرها 156%" (بن زايد، 2021، ص6)، لكن خلال السنوات الاخيرة وتحديدا سنة 2018 شهد معدل المواليد انخفاضا طفيفا إذ بلغ 24.39% أي بانخفاض 1.73 نقطة خلال سنتين فقط.

2.2.2 المعدل العام للخصوبة:

يحسب معدل الخصوبة العامة بقسمة عدد المواليد الأحياء في السنة لكل

1000 امرأة في سن الإنجاب وفيما يلي الجدول رقم 2-8: يبين تطور معدل

الخصوبة من 1966 إلى غاية مسح 2013/2012.

$$\text{معدل الخصوبة العام} = 1000 * \frac{\text{عدد المواليد في السنة}}{\text{عدد النساء سن في الإنجاب في منتصف السنة}}$$

جدول 2-8: تطور معدل الخصوبة العام من 1966 إلى 2013

السنوات	معدل الخصوبة العام	الفارق
1966	225.62	-
1970	213.3	-12.32
1977	198.63	-14.67
1980	186.73	-11.9
1987	152.26	-34.47
1990	133.97	-18.29
1996	93.75	-40.22
1998	77.1	-16.64
2000	72.35	-4.76
2008	82.51	10.16
2010	87.13	4.62
2013-2012	118.5	31.47
2019*	87.5	-31

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص115.

*مسح 2019

من خلال الجدول رقم 2-8: نلاحظ أن معدل الخصوبة العام كان مرتفعا

في السنوات الأولى التي تلت الاستقلال حيث بلغ 225.62% سنة 1966 مع

استمراره في الانخفاض إلى سنة 1987 حيث بلغ 152.26% وذلك بفارق

قدر 73 نقطة في الفترة 1966-1987، أي خلال 21 سنة ويرجع هذا النقصان إلى برنامج التحكم في النمو الذي تبنته الجزائر سنة 1985 حيث انخفض عدد الزيجات كما أسلفنا سابقا، واستمر في الانخفاض ليصل إلى أدنى قيمة له سنة 2000 بـ 72.35% منذ الاستقلال، ثم يعاود الإرتفاع مجددا فيصل إلى 118.5 في 2012-2013 بفارق قدر بـ 46.15 نقطة خلال 12 سنة إبتداء من سنة 2000 ويفسر ذلك باستتباب الأمن في الجزائر بعد الأوضاع الأمنية الحرجة التي مرت بها البلاد في العشرية السوداء وما انجر عن ذلك من سوء الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية والصحية وحالة عدم الاستقرار الأمني.

3.2.2 معدل الخصوبة حسب الفئات العمرية:

يعتبر العمر من أهم العوامل التي تؤثر على الخصوبة حيث تختلف مستوياتها باختلاف الفئات العمرية وفيما يلي نستعرض معدلات الخصوبة العمرية ابتداء من 1970 إلى غاية 2018:

جدول 2-9: تطور معدلات الخصوبة العمرية من 1970 إلى 2018

السنوات	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1970	114	338	388	355	281	152	42
1980	69	331	331	286	265	156	25
1985	43	298	298	308	236	101	22
1990	23	222	222	223	186	86	17
1995	21	167	167	172	140	65	15
1998	7	129	129	142	115	59	15
2002	6	119	119	134	105	43	9
2012	11.8	94.9	155.7	151.9	129.1	53.6	7.4
2013	9.8	82.5	156.3	151.8	118.4	62.1	6.3
2014	9.2	83.8	151	165.5	143.2	51.4	5.7
2015	9.7	87	156.8	167.4	126.3	62	8.9
2016	10.3	91.2	162.2	168	123.7	62.1	8.8
2017	9.8	88	158.6	169.4	127.8	62.7	9
2019*	12	81	161	150	107	43	5.0

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص 116

*التقرير الرسمي لمسح 2019، ص 127.

من خلال الجدول رقم 2-9: المرافق له نلاحظ ما يلي :

انخفاض عام للخصوبة في جميع الفئات العمرية ابتداء من 1970 وإلى غاية 2018 فمثلا نجد أن معدل الخصوبة العمرية للفئة 15-19 في سنة 2002 انخفض إلى 6% أي ب 108 نقطة بعدما كان 114% سنة 1970، ثم ارتفع قليلا إلى 11.8% سنة 2012 وذلك بعد 10 سنوات، ويتضح أن الفئة العمرية 20-30 هي الأكثر خصوبة في سنوات السبعينات حيث بلغت 338% أي 338 طفل لكل إمرة في سن 20-30، لكن ما يلاحظ أنه في سنة 1980 إنتقل هذا الإرتفاع في الخصوبة إلى الفئة العمرية 30-34 فقدر 308% وإن كان بفارق

طيف بينها وبين الفئة التي سبقتها أي 25-29 بفارق قدر ب 10 نقاط، ويفسر هذا بتأخر سن الزواج الراجع أساسا إلى تعليم المرأة وخروجها للعمل ومحاولة المرأة تعويض الولادات، ويفسر الانخفاض في الخصوبة العمرية في الفئات 40-44، 45-49 إلى العامل البيولوجي فكما تقدم العمر بالمرأة قل مخزون وجودة البويضات لديها مما يؤدي إلى تناقص فرص الإنجاب لديها، وبالنسبة للفئة العمرية 30-34 خاصة منذ 2012 فنجد أنها شهدت أعلى المعدلات وراجع ذلك إقبال هذه الفئة على الزواج بعدما عرفت عنه قبل سن 30 بسبب إكمال الدراسة والبحث عن العمل وكذلك ثقافة الزواج المعاصر التي أصبحت فيها الفتاة تشتت توفير المسكن والعمل للشريك، وتشتت أن تعمل مما يقلل فرص الزواج وينقصها.

4.2.2 المؤشر التركيبي للخصوبة:

يعتبر المؤشر التركيبي للخصوبة من أهم المؤشرات توضيحا لمستويات الخصوبة ولمعرفة تطوره في الجزائر نستعرض الجدول التالي:

جدول 2-10: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بين 1970-2019

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة
1970	7.8	2002	2.4	2013	2.9
1980	6.9	2005	2.81	2014	3
1985	6.2	2006	2.27	2015	3.1
1990	3.97	2008	2.84	2016	3.1
1995	6.51	2010	2.87	2017	3.1
1998	3.2	2011	2.87	2018	3.2
2000	2.8	2012	3.2	2019	2.8

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

أطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص 118/التقرير الرسمي لمسح 2019، ص 127

ما نلاحظه من خلال الجدول رقم 2-10: إن المؤشر التركيبي للخصوبة عقب الاستقلال تميز بالإرتفاع إذ بلغ 7.8 طفل/إمرأة وراجع ذلك كما أسلفنا سابقا إلى رغبة المجتمع الجزائري بتعويض ما خسره إبان الحرب التحريرية ثم شهد بعد ذلك انخفاضا محسوسا ومستمرًا فبلغ 6.2 طفل/امرأة سنة 1985 بفارق 1.6 نقطة، ووصل إلى أدنى مستوى له منذ الاستقلال 2.4 طفل/امرأة سنة 2002 أي أنه اقترب من معدل الاحلال 2.1 طفل/إمرأة ثم يعاود الإرتفاع مرة أخرى فبلغ 3.02 سنة 2012 و واستقر في 3.1 طفل/إمرأة في السنوات الاخيرة.

ويفسر هذا الانخفاض بالإقبال على استعمال وسائل منع الحمل فقد انتقلت نسبة استعمالها من 7.5% سنة 1970 إلى 35.5% سنة 1985 (عميرة، 2017، ص160)، وكذلك إلى الانخفاض المستمر للأمية لدى الإناث في الجزائر فمن 85.40% سنة 1966 إلى 56.6% سنة 1987 وإلى 24.8% سنة 2008 (عميرة، 2017، ص65)، فبفضل برامج التنظيم العائلي حققت نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل، حيث انتقلت الخصوبة من 7,6 طفل /امرأة في السبعينيات إلى 2,93 طفل /امرأة سنة 2013 (بن زايد ريم، 2021، ص82)، والجدول رقم 2-11: يوضح نسبة تطور استعمال وسائل الحمل والمؤشر التركيبي للخصوبة.

جدول 2-11: تطور العلاقة بين استعمال وسائل الحمل و المؤشر التركيبي للخصوبة

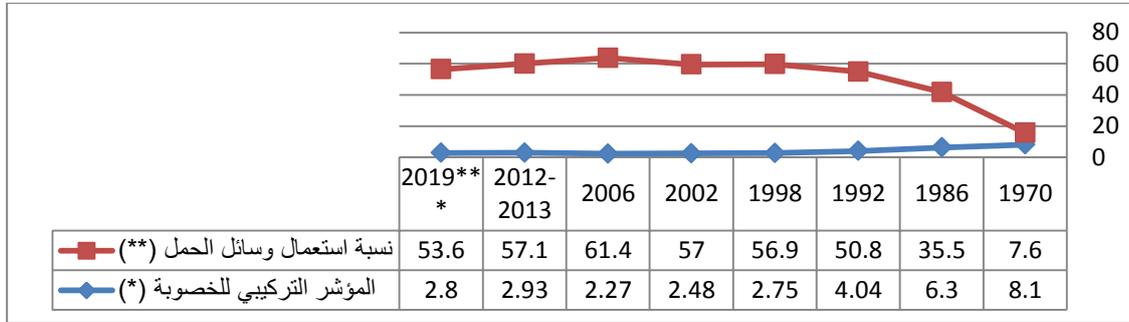
السنوات	1970	1986	1992	1998	2002	2006	2012-2013	2019***
المؤشر التركيبي للخصوبة (*)	8.10	6.30	4.04	2.75	2.48	2.27	2.93	2.80
نسبة استعمال وسائل الحمل (**)	7.60	35.50	50.80	56.90	57.00	61.40	57.10	53.60

المصدر: (*):(د. صديق خوجة خالد، 2020، ص167)

(**):(عميرة جويذة، 2017، ص161)

***مسح 2019، ص127.

الشكل 1: منحى بياني يوضح العلاقة بين المؤشر التركيبي للخصوبة واستعمال وسائل منع الحمل



المصدر : من انجاز الباحث بناء على معطيات الجدول رقم 2-11

3.2 العوامل السوسيوديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على الخصوبة

1.3.2 العمر الأول عند الزواج:

ينحصر سن الزواج الأول الذي يمكن ان يكون متغيرا مساهما في معدلات الخصوبة في المجال العمري 15-49 سنة، ويطلق عليه سن الإنجاب أي أن المرأة لا تكون قادرة على الإنجاب خارج هذا السن، ومن ثم فإنه كلما تأخر زواج المرأة بعد سن 15 سنة قلت فرص الإنجاب لديها خصوصا وأن المجتمعات الاسلامية لا تسمح بالخصوبة خارج الزواج فهو يمثل الارتباط المسموح به بين الرجل والمرأة قانونيا واجتماعيا وأخلاقيا ودينيا كما يمكن للزواج المتأخر أن يرفع

من مستويات الخصوبة وذلك لأجل تعويض السنوات الفائتة (جبلي، 2012، ص225)، كما أن الزواج المبكر تزداد معه فرص الإنجاب أكثر لطول فترة الحياة الزوجية.

جدول 2- 12: تطور سن الزواج في الجزائر حسب الجنس

السنة	1966	1970	1977	1987	1998	2002	2006	2008	-2012 *2013	2019**
ذكر	23.8	24.4	25.3	27.7	31.3	33	33.5	33	29.33	30.0
انثى	18.3	19.3	20.9	23.3	27.6	29.6	29.8	29.3	30.07	24.2

المصدر: لهراوة عز الدين (2019)، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر ،

مذكرة دكتوراه جامعة باتنة ، الجزائر ص156)

* مسح 2012-2013، ** مسح 2019

من خلال الجدول رقم 2- 12: نلاحظ أن هناك إرتفاع في سن الزواج الأول لكلا الجنسين فبعد أن كان 23.86 سنة للذكور و 18.3 سنة للإناث في تعداد 1966 انتقل إلى 33 سنة و 29.3 سنة للذكور والإناث على التوالي في سنة 2002 وبفارق قدر 9.14 سنوات للذكور و 11 سنة للإناث ثم يعاود الانخفاض حسب اخر مسح 2019 (النساء: 27.1 سنة، الذكور: 33.9 سنة) فارتفع بسنة تقريبا عما كان عليه في 2008 ويرجع الإرتفاع عموما نتيجة لتعليم المرأة وخرجها للعمل ولأسباب الإقتصادية المتعلقة بأزمة البطالة والسكن وما يميز سنة 2002 الأزمة الأمنية في الجزائر مما أخرج الزواج.

2.3.2 مكان الإقامة:

لا شك أن العلاقة بين مستويات الخصوبة لدى النسوة الجزائريات وبين منطقة اقامتهن في الريف ظاهرة وجلية، فغالبا ما تتمسك النسوة القاطنات بالريف مقارنة باللواتي يقطن في الحضر بالعادات والتقاليد، فعلى سبيل المثال كثرة الولادات يعطي المكانة الإجتماعية للمرأة الولود، ومن خلال الجدول رقم 2- 13: نجد ما يلي:

جدول 2- 13: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة

السنة	1970	1986	1992	1998	2002	2006	2008	2012	2019**
المؤشر التركيبي للخصوبة	7.3	4.5	3.6	2.5	2	2.19	2.6	2.7	2.6
الحضر	7.3	4.5	3.6	2.5	2	2.19	2.6	2.7	2.6
الريف	8.5	7.1	5.3	3.1	2.5	2.38	2.9	2.76	3.2
*المجموع	7.9	5.5	4.7	2.75	2.2	2.27	3	2.8	2.8

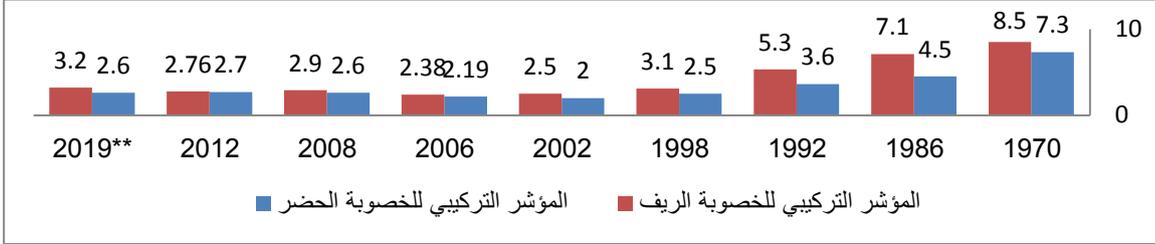
المصدر: (بن زايد ريم، 2021، ص84).

* (مزيان نعيمة، 2020، ص211)/** مسح 2019

إن المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب المناطق كان يتميز بتباين كبير بين الحضر والريف، فالمرأة في الريف تتميز بخصوبة مرتفعة مقارنة بالمرأة في المدينة حيث كان يقدر المؤشر في سنة 1970 ب 8.5 أطفال للمرأة الواحدة في الريف مقابل 7.3 أطفال للمرأة الواحدة في المدينة، ليشهد المؤشر بعد ذلك انخفاضا ملحوظا ويصل إلى حدود متقاربة نوعا ما مع كلا المنطقتين ما يفسر لنا إن مكان الإقامة له تأثير غير مباشر، ولكن العامل الذي كان له التأثير الكبير في خفض الإنجاب في منطقة الريف لتصبح القيم متقاربة مع الحضر هو الاستخدام

الواسع لوسائل منع الحمل والتوعية الكبيرة بضرورة استخدامها (بن زايد، 2021، 84)، والشكل رقم 02 يوضح ذلك:

الشكل 2: المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة



المصدر : من انجاز الباحث بناء على معطيات الجدول رقم 2-13

3.3.2 الأقاليم الجغرافية:

من خلال الجدول رقم 2-14: نلاحظ أن هناك تراجع في مستويات الخصوبة في الأقاليم الجغرافية الكبرى التي اعتمدت في تعدادها كل من 1998 و2008 ففي المناطق الجنوبية قدر الانخفاض ب 0.35 و0.37 في الجنوب الشرقي والجنوب الغربي على التوالي بمتوسط قدره 0.35 طفل لكل امرأة في حين كان ينعدم الفرق في الأقاليم الأخرى ففي ولايات الغرب 0.18 طفل لكل امرأة في حين بلغ 0.05 و0.01 طفل لكل امرأة في إقليم الوسط وإقليم الشرق، وهذا يدل على استقرار الخصوبة كل ما تجهنا نحو الشمال على عكس الجنوب وقد يفسر هذا بانتشار استعمال وسائل منع الحمل في ولايات الجنوب بعدما كانت غير مرغوب فيها في سنوات التسعينيات، وإرتفاع المستوى التعليمي للمرأة، وما يلاحظ على هذا الأقاليم عموما انخفاض مستوى الإنجاب في جميع الفئات العمرية كنتيجة

لتغيير أفكار الإنجاب عند النساء والإرتفاع في سن الزواج نتيجة لتعليم المرأة ودخولها إلى ميادين العمل (قوارح، 2016، ص 87).

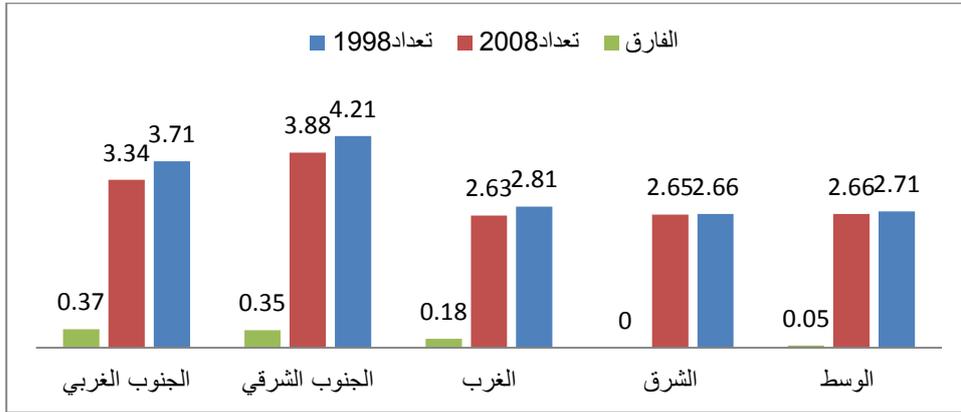
جدول 2-14: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب الأقاليم الجغرافية

الإقليم الجغرافي	الوسط	الشرق	الغرب	الجنوب الشرقي	الجنوب الغربي
تعداد 1998	2.71	2.66	2.81	4.21	3.71
تعداد 2008	2.66	2.65	2.63	3.88	3.34
الفارق	0.05	0.01	0.18	0.35	0.37

المصدر: بوهراوة عز الدين، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر،

اطروحة دكتوراه (2019)، جامعة باتنة الجزائر، ص 126

الشكل 3: المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب الأقاليم الجغرافية



المصدر: من اعداد الباحث بناء على الجدول رقم 2-14

4.3.2 المستوى التعليمي:

للتعليم دور مهم في تباين مستويات واتجاهات الخصوبة، إذ تؤكد الدراسات الديموغرافية والاجتماعية أن لتعليم المرأة تأثيرا مهما على انخفاض مستويات الخصوبة مما يجعل العلاقة عكسية بينهما (فاضل البياتي، 2013، ص 83)، فالنساء الأميات غالبا ما تكون نسب الإنجاب أعلى لدين مقارنة بمثيلاتهن المتعلّمات لان توجه المرأة للتعليم حتما سيؤخر سن زواجها الأول ومن ثم سيتأخر

زواجها نظير عدم ضياع فرص التعلم وتحقيق الترقّيات على الصعيد الاجتماعي كون الحمل والإنجاب سيحولان دون بلوغ ذاك، وفيما يلي عرض لتطور المؤشر

التركيبى للخصوبة حسب المستوى التعليمي:

جدول 2- 15: تطور المؤشر التركيبى للخصوبة في الجزائر حسب المستوى التعليمي

السنوات المستوى التعليمي	1969-71	1987-92	1997-98	1999-02	*2006	**2008	2013 (-)	2019 (+)
بدون مستوى	8.5	5.6	3.4	2.6	-	3.13	3.4	3.6
ابتدائي	5.7	3.3	2.5	2.1	2.344	2.74	2.9	3.6
متوسط	3.7	3.3	2.4	2.0	2.246	2.82	2.9	3.3
ثانوي وأكثر	3.7	3.0	2.3	1.4	2.583	2.88	2.4	2.9
جامعي	-	-	-	-	2.069	2.4	-	2.3

المصدر:

:ZahiaOuadah-Bedidi, Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie
/l'apport du recensement de 1998, p16 *(طبعة عمر، 2016-2017، ص509)
**تعداد 2008 /(-) مسح 2012-2013 (+) مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول رقم 2- 15: أن مستويات الخصوبة مرتفعة جدا عند النساء غير المتعلمات خاصة بعد الاستقلال حيث قدر متوسط عدد الأطفال 8.5 /امرأة في السنوات 1969- 1971 بعد ذلك انخفض تدريجيا ليصل إلى 2.6 طفل/امرأة سنة 2002/1999 ثم يعاود الإرتفاع مرة أخرى بمتوسط قدره 3.6 و 3.13 طفل /امرأة للسنوات 2008، 2012-2013 على التوالي بفارق قدره 5.9 نقطة بين: 1970 و 2002 و 5.1 بين: 1970 و 2002 في نفس المستوى، ويكون الانخفاض بعلاقة عكسية بين المستويات في السنة الواحدة فنجد مثلا أنه سنة 1969 - 1970 كان متوسط الأطفال 8.5 طفل /امرأة لينخفض إلى 3.7

طفل/امرأة للنساء في المستوى الثانوي فأكثر ويتكرر الحال في جميع السنوات الملاحظة باستثناء سنة 2006 و 2008 يكون بعلاقة طردية وبالضبط عند المستوى المتوسط والثانوي فبلغ متوسط الأطفال إلى 2.446 و 2.583 طفل / امرأة على التوالي لسنة 2006 و 2.82، 2.88 طفل /امرأة لسنة 2008 وبلغ 2.46 عند النساء بدون مستوى ويرجع أساسا هذا إلى استخدام وسائل منع الحمل و تأخر سن الزواج.

5.3.2 عمل المرأة:

إن الإتجاه العام لعلاقة خصوبة وعمل المرأة غالبا يميل إلى فكرة أن عمل المرأة قد يكون دافعا إلى انجاب أقل عدد من الأطفال، من أجل المحافظة أو الحصول على مستقبل مهني أفضل أو ربما لتحقيق التوافق المهني لوظائفهن الحالية(السيد، 1999، ص203)، وإسهام المرأة في النشاط الاقتصادي سيفرض عليها أن تبقى في الغالب بعيدة عن أطفالها ولو لفترة من الزمن، وبهذا تصبح أقل استعدادا لإنجاب مزيد من الأطفال نظرا لما تحتاجه الرعاية والتنشئة من جهد ووقت كبيرين قد لا يتوفران لها وهي تمارس نشاطا خارج البيت، كما يفرض العمل على المرأة واجبات وظيفية متعددة، غير إنجاب الأطفال قد يضعف لديها الحافز لزيادة أطفالها(بن صديق، 2020، ص7)، وتكاد تجمع أغلب الدراسات العلمية على وجود علاقة قوية بين انخفاض خصوبة المرأة وان كانت قادرة على الإنجاب، وبين العمل خارج المنزل، من حيث عدد المواليد، واستعمال وسائل منع الحمل،

وتأخر سن الزواج، الذي يفوت زما من فترة الخصوبة وبالتالي تنخفض احتمالات الإنجاب، حيث أصبح عمل النساء - في عرف ثلة من الاقتصاديين - أفضل وسيلة يحدد بها النسل، ومحاولة ضبط معدلاته المتنامية، إذ تنخفض معدلات خصوبتهن بصورة متزامنة مع درجة التقدم العلمي والصناعي، فبدلاً أن يكون الانتعاش الاقتصادي، وسيلة لتكثير النسل، وزيادة حجم الأسرة، إذ به يرتبط ارتباطاً وثيقاً بقلّة النسل، وانخفاض في حجم الأسرة (عدنان باحارث، 2010، <http://www.bahareth.org/index.php?browse=article&id=10566>).

والمفّت أن المرأة الجزائرية قد شهدت تطورا كبيرا في مجال العمل يتناسب مع التحسن في مستوى تعليمها وارتقاءها في سلم الدرجات، إذ يعد قطاعي كل من الصحية والتعليم من أكبر المجالات استقطابا للمرأة الجزائرية فحسب إحصائيات: 1997، 1996، 1992 بلغت نسبة العاملات في القطاع الصحي 51.1% في حين بلغت في قطاع التعليم 45%، عدد القاضيات في المحكمة العليا 23 بنسبة 15%، ونسبة القاضيات في المجالس القضائية 500 قاضية بنسبة 23%، عدد القاضيات في الإدارة المركزية 67 قاضية بنسبة 63% (جلاب نعيمة، 2020-2021، ص119).

6.3.2 مؤشر الثروة

يعتبر الثراء من أهم العوامل التي تؤثر على الخصوبة، ولقد تناولت هذه العلاقة الكثير من النظريات الإقتصادية، بحيث نجد أنه على العموم وغالبا العائلات الغنية تفضل انجاب أقل عدد ممكن من الأطفال باعتبارهم عائقا نحو الغنى ونحو تحقيق الثراء، وعلى العكس فالعائلات الفقيرة دوما تحاول انجاب أكثر عدد من الأطفال لأنها تعتبرهم عاملا لتحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية مستقبلا من خلال الحرص على تفوقهم في الدراسة حتى يحصلوا على مهن محترمة ترفع من المستويات الإقتصادية للأسرة، وكذلك العائلات الغنية تمنح نساءها رعاية صحية ذات مستوى أعلى من العائلات الفقيرة والجدول رقم 2-16: يبين تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مؤشر الثروة.

جدول 2-16: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب مؤشر الثروة

مؤشر الثروة	1992	2002	2013/2012	*2019
الفئة الاقفر	5.1	2.7	3.1	3.3
الفئة الفقيرة	4.5	2.2	2.9	3.3
الفئة المتوسطة	4.6	2.2	2.5	2.8
الفئة الغنية	3.7	2.1	2.5	2.6
الفئة الأكثر غنى	3.6	1.9	2.3	2.1

المصدر: محددات وانماط انتقال الخصوبة في الجزائر حسب مسحي 2002 و2012-2013

عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه للباحثة شيخ نصيرة ص123 / مسح 2019

123

نلاحظ وجود فروقات في مؤشر التركيبي للخصوبة حسب مؤشر التركيبي

للخصوبة بحيث يكون مرتفعا في الفئات الفقيرة 5.1 طفل لكل امرأة تنتمي إلى

الأسر الفقيرة جدا حسب مسح 1992، مقابل 3.6 طفل /امرأة في الفئات الغنية جدا في نفس السنة أما في مسح 2002 فنلاحظ عموما تقارب المؤشر التركيبي للخصوبة في جميع الفئات مع تسجيل الإرتفاع لدى النسوة اللواتي تنتمين لأسر فقيرة جدا 2.7 طفل لكل امرأة، ويسجل أدنى مستوى له عند النسوة اللواتي تنتمين للأسر الغنية جدا ب1.9 طفل لكل امرأة ويفارق قدره 0.8 نقطة، ونلاحظ تسجيل نفس المستويات الخصوبية تقريبا في المسح 2013/2012، أما في مسح 2019 فتم تسجيل أعلى مستوى للمؤشر التركيبي للخصوبة لدى النسوة اللواتي تنتمين لأسر فقيرة جدا والأسر المتوسطة ب 3.3 طفل لكل امرأة، مع انخفاضه دوما لدى النسوة اللواتي تنتمي لأسر غنية جدا 2.1 طفل لكل امرأة، وعموما يتأثر مستوى الخصوبة بمستوى الرفاه لدى النسوة ومنه نستنتج العلاقة العكسية بين مستوى الرفاه لدى المرأة وخصوبتها.

خلاصة الفصل :

في هذا الفصل تم التطرق لوضعية الخصوبة في الجزائر بدءا بحجم السكان ومعدل النمو السكاني الذي والتركيبة العمرية وكذلك تم استعراض معدل كل من المواليد الخام والخصوبة العامة والخصوبة العمرية والمؤشر التركيبي للخصوبة وانتهاء لمستوياتها بدلالة العوامل السوسيوديموغرافية والإقتصادية المؤثرة فيها فكلما اتجهنا من الريف نحو الحضر فان الخصوبة تقل حدتها وكذلك تنخفض فيها مستويات الخصوبة كلما اتجهنا جنوبا بدءا من الاقاليم الجغرافية الشمالية، والعلاقة العكسية بين كل من المستوى التعليمي للمرأة وخصوبتها، ونفس الامر بالنسبة لعمل المرأة ومستوى الرفاه لديها.

3.الفصل الثالث: واقع

الأمراض المزمنة في

الجزائر

تمهيد

في هذا الفصل سنتطرق إلى متغير الدراسة المستقل ويتعلق الأمر بالأمراض المزمنة عموماً من خلال تعريفها والعوامل المسببة لها والمرتبطة بتفانمها ونقف على العبء العالمي الذي يخلفه هذا النمط من الأمراض، إعماداً على ما توفر لدينا من إحصائيات تابعة لمنظمة الأمم المتحدة كما ننتبع تطورها في الجزائر من خلال المسوح التي اقيمت، وننوه هنا أن موضوع دراستنا لا يتناول الأمراض النسائية التي تتعلق بالولادة والحمل والجهاز التناسلي للمرأة بشكل خاص.

1.3 مفهوم الإنتقال الوبائي

يعرف التحول الوبائي بأنه العملية التي من خلالها يحدث انتقال في عبئ المرض السكاني، من إرتفاع معدل الوفيات المبكرة بسبب الأمراض المعدية الحادة إلى الوفيات المؤجلة (زيادة في متوسط العمر المتوقع)، والمرضاة الموسعة نتيجة الأمراض غير السارية المزمنة، كمسببات رئيسية للوفاة بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطانات، الأمراض التنفسية المزمنة، ومرض السكري وغيرها (طه عبد العالي، 2022، ص5)، وهي مرحلة انخفاض الوفيات التي تزامنت مع الإنتقال الديمغرافي، رافقها تحسن في النظافة، التغذية وتنظيم الخدمات الصحية وتحول في أسباب الوفيات بحيث تراجعت الأمراض المعدية تدريجيا فاسحة المجال لنمو الأمراض المزمنة، التتكيسية والحوادث (قوارح، 2016، ص29).

1.1.3 نظرية التحول الوبائي:

تعد من أهم النظريات التي تناولت التغيرات في نمط الإصابة بالمرض وعلاقتها بالتغيرات السكانية والاجتماعية والإقتصادية، قام بوضعها العالم المصري عبد الرحيم عمران سنة 1972 من خلال محاولته تحديد وتوصيف أهم العوامل والنتائج المترتبة عن التغيرات في نمط الإصابة بالأمراض وعلاقتها بالتحضر في الدول الغربية ومدلولاتها بالنسبة للدول النامية (مجلس السكان الدولي، 2010، ص14).

2.1.3 فرضيات نظرية التحول الوبائي :

تأسست النظرية على خمس فرضيات (مجلس السكان الدولي، 2010، ص14)، هي:

- الوفاة عنصر أساسي في آليات التغيرات السكانية.
- وجود ارتباط وثيق بين التغير والتناقص في معدلات الوفاة بتغير نمط الإصابة بالأمراض والأوبئة والأمراض المعدية إلى الإصابة بأمراض تنكسية من صنع الإنسان.
- الأطفال والسيدات في سن الحمل هم أكثر الفئات استفادة خلال فترة التحول الوبائي.
- وجود ارتباط كبير بين التغير في نمط الإصابة بالأمراض وظاهرة التحضر بما تشمله من تغيرات ديمغرافية واقتصادية واجتماعية.
- إن التحول الوبائي في أي مجتمع يعتمد على معدلات التغير في نمط الإصابة بالأمراض وسرعتها ومسبباتها.

3.1.3 مراحلها

قسم عبد الرحيم عمران نظريته إلى 03 مراحل من التحول الوبائي تمر بها جميع المجتمعات في إطار عملية التحديث كما يلي:

1.3.1.3 مرحلة الطاعون والمجاعات:

تتميز بإرتفاع معدلات الوفاة نتيجة لإنتشار الأوبئة والمجاعات وتذبذب هذه المعدلات حول مستويات مرتفعة مما يقلل من احتمال البقاء على قيد الحياة وانخفاض امل الحياة عند الولادة ليتراوح بين 20-40 سنة مع انخفاض ثابت تقريبا في معدلات النمو السكاني، وشكلت الأمراض المعدية السبب الرئيسي في الوفاة فادى إلى إرتفاع واضح في وفيات الرضع والنساء وضعف عام في الرعاية الصحية (OMRAN.AR, 1971, p737).

2.3.1.3 مرحلة انحسار الأوبئة:

هي مرحلة انخفاض معدلات الوفاة واستمرارها في الانخفاض، مع انحسار الأوبئة والكوارث الطبيعية، ويتسارع تقلص أو اختفاء فترات الذروة الوبائية تتميز هذه المرحلة بإرتفاع احتمالات البقاء على قيد الحياة العمر المتوقع عند الولادة بشكل متسارع من حوالي من 30 إلى 50 سنة (OMRAN.AR, 1971, p738) مع إرتفاع في معدلات النمو السكاني أخذاً منحني أسي.

3.3.1.3 مرحلة الأمراض التنكسية من صنع الإنسان:

هي مرحلة استمرار تناقص معدلات الوفاة لتثبت عند معدلات منخفضة نسبيا، وتحل الأمراض التنكسية أو ما يسمى بالأمراض المزمنة التي من صنع الإنسان محل الأمراض المعدية كسبب رئيسي للوفاة مما يؤدي إلى إرتفاع أمل

الحياة ليزيد عن 50 سنة وفي هذه المرحلة يكون الإنجاب هو المحدد الرئيسي لمعدلات نمو السكان (مجلس السكان الدولي، 2010، ص15).

توجد مرحلة رابعة وتعد كامتداد طبيعي لنظرية عبد الرحيم عمران حيث في سنة 1986 وبناء على بيانات الوفاة والإصابة بالأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية، اقترح العالمان أولشنسكي وأولت تقسيم المرحلة الثالثة والأخيرة من نظرية عمران إلى مرحلتين، على أن تسمى المرحلة الرابعة والأخيرة مرحلة الأمراض التناكسية المتأخرة، ويرجع السبب وراء هذا التقسيم إلى ما حققه التحول الوبائي عبر مراحل السابقة من نجاح في القضاء على كافة أمراض الطفولة والأمراض التي تصيب الأفراد في المراحل العمرية الأخرى، مما أدى إلى زيادة احتمالات البقاء على قيد الحياة حتى أعمار متقدمة، وفي نفس الوقت لعب التقدم الطبي الحديث وما حققه من أساليب علاجية ووقائية ساهمت في الاكتشاف المبكر وعلاج الكثير من الأمراض ورفع معدلات البقاء على قيد الحياة، وفي ظل التقدم المستمر والاكتشافات الطبية الحديثة فإنه من السهل أن نتوقع أن تتزايد احتمالات البقاء على قيد الحياة عند الولادة ليصل أمل الحياة عند الولادة إلى ما بعد 80 سنة في المستقبل القريب، وهو تطور كافي لأن يمثل مرحلة رابعة وجديدة في التحول الوبائي، ولخص أولشنسكي وأولت أهم مواصفات هذه المرحلة في تطابق أسباب الوفاة مع أسباب المرحلة الثالثة من

التحول الوبائي إذ أنها تقتصر على الأمراض المزمنة لكن الإصابة بهذه الأمراض سوف تقتصر على فئة المتقدمين في السن، وسوف تسهم الاكتشافات الطبية الحديثة في مجالات وأساليب العلاج والوقاية في خفض السرعة والطرده لمعدلات الوفيات بين سكان هذه الفئات (مجلس السكان الدولي، 2010، ص16).

في سنة 2000 قام **جاك فلان وفرنس مسلي** بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداء من سنة 1925 وذلك بتقدير دور المتغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية وإرتفاع الأمراض المزمنة ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب والأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية وهو ما أطلق عليها الباحثين بثورة القلب والأوعية الدموية (قوارح، 2016، ص31).

في سنة 2001 اقترح **جون ماري روبين** مقالة إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الإنتقال الوبائي وهذا من خلال دراسته لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا وقد أقر بوجود ثلاث مراحل وهي كما يلي (قوارح، 2016، ص31):

- **المرحلة الأولى:** مرحلة الطاعون والأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.
- **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة تراجع الأوبئة حيث شهدت أثناءها معدلات وفيات الأطفال والأمهات الانخفاض وأدت إلى تقلص شديد في تشتت امل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية، امريكا الشمالية واليابان.
- **المرحلة الثالثة:** في هذه المرحلة دمج روبين مرحلة الأمراض التناكسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعمران مع مرحلة انحصار الأمراض التناكسية **لاولشانسكي واولت** ومرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية **لفلان ومسلي** لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة **غزو مدى الحياة**، وهذا راجع لصعوبة التفصيل وتحديد تاريخ المرور بين المراحل التي شملها الدمج(قوارح، 2016، ص31).
- في 2004 طرح كل **من جاك فلان وفرنس مسلي** تنظيرا جديدا من خلال دراسة تقارب وتباعد الوفيات في مقارنة حديثة للانتقال الصحي وأشار بأن هذا النموذج يتكون من ثلاث مراحل(قوارح، 2016، ص32) هي:
- **المرحلة الأولى:** والتي تشمل كل مراحل الإنتقال الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى أنهاندثار الأمراض المعدية وإرتفاع مثيلتها المزمنة.

- **المرحلة الثانية:** وهي مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية حيث يرتفع أمل الحياة نتيجة لتراجع أمراض القلب والأوعية الدموية.
- **المرحلة الثالثة:** مرحلة بطء الشيخوخة فعلى سبيل المثال ارتفع أمل الحياة في الفترة 1978-1995 78.8 سنة إلى 82.2 سنة في اليابان بفارق 04 نقاط فقط وحاليا ب 0.8 سنة.

4.1.3 نماذجها

وعموما فإن مراحل الإنتقال الصحي ثابتة في كل المجتمعات غير ان الإختلاف يكمن في بدايتها ونهايتها وسرعة الإنتقال من مرحلة إلى أخرى وخاصة المرحلة الثالثة وقد قسم عمران التحول الوبائي إلى ثلاث نماذج أساسية (مجلس السكان الدولي، 2010، ص15).

1.4.1.3 النموذج الكلاسيكي الغربي

يمثل هذا النموذج تجربة الدول الغربية وهو بطيء النشوء وتكون التغييرات السكانية والوبائية فيه متتابعة إلا أنها متدرجة، وقد استغرقت هذه التغييرات من قرنين إلى ثلاثة قرون لكي تتم المرحلة الثالثة، وذلك على النحو التالي: بدأت المرحلة الأولى أي مرحلة الأوبئة والمجاعات كاستمرار لنمط العصور الوسطى، ثم بدأت المرحلة الثانية وهي مرحلة انحسار الأوبئة وذلك بانخفاض الوفيات مع إرتفاع المواليد، وينتج عن ذلك انفجار سكاني في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، ثم اتجه الناس إلى تنظيم فردي للأسرة منذ القرن التاسع عشر مما تسبب

في بدء انخفاض الخصوبة، وبعد ذلك دخلت هذه البلاد في المرحلة أمراض الشيخوخة والتحضر في القرن العشرين ووصلت إلى مرحلة النضج خلال السبعينيات من نفس القرن (مجلس السكان الدولي، 2010، ص15).

2.4.1.3 النموذج الكلاسيكي المتسارع:

يصف هذا النموذج التجربة اليابانية وما اتسمت به من انخفاض سريع في معدلات الوفيات بها، ويتشابه نمط الانخفاض في هذا النموذج مع النموذج الكلاسيكي الغربي إلا أن معظم الدول التي اتبعت هذا النموذج اتسمت بدخولها في مرحلة التنمية الحضرية قبل حدوث انخفاض في معدلات وفياتها في القرن العشرين، وهو ما أدى إلى انخفاض معدلات الوفيات نتيجة لتفاعل كل من تبني أساليب الصحة العامة والتقدم الطبي الحديث بالإضافة إلى التنمية الإجتماعية الشاملة، وقد لعبت طموحات هذه الدول سواء على مستوى الأفراد أو على مستوى الدولة عموماً دوراً هاماً في وضع حد للزيادة السكانية وخلق الدافع القوي اللازم للحد من الإنجاب، وقد اعتمدت كثير من الدول وخاصة اليابان على الإجهاض كوسيلة فاعلة لتحقيق الانخفاض السريع لمعدلات الإنجاب (مجلس السكان الدولي، 2010، ص16).

3.4.1.3 النموذج الحديث (المتأخر):

سمي هذا النموذج بهذا الاسم نظرا لان انخفاض معدل الوفيات قد تأخر إلى منتصف القرن العشرين، أي بعد مائة إلى مائتي سنة من انخفاضه بأوروبا والدول التي تتميز بهذا النموذج معظمها الدول النامية والعربية ويتميز هذا النموذج بما يلي:

- يحدث انخفاض في معدل الوفيات بسرعة كبيرة، فقد انخفض من حوالي 30-25%، إلى أقل من 15% وذلك في غضون 10 إلى 20 سنة في حين استغرق الانخفاض المماثل في أوروبا من 50 إلى 100 سنة.
- انخفاض الوفيات يحصل لأسباب طبية وبرامج الصحة العالمية وخاصة المتعلقة بمكافحة الأوبئة ووفيات الأطفال والأمهات.
- يتميز هذا النموذج بالاختلال الكبير الحاصل بين معدل المواليد ومعدل الوفيات، بحيث يرتفع معدل المواليد وينخفض معدل الوفيات وهذا ينجم عنه الانفجار السكاني (مجلس السكان الدولي، 2010، ص 15).

4.4.1.3 نموذج خاص بالدول النامية:

وهو نموذج متفرع من النموذج المتأخر الحدوث، يحدث في بعض الدول النامية نتيجة لنجاح برنامج تنظيم الأسرة وارتفاع مستوى المعيشة، وتبدأ الخصوبة في الانخفاض بأواخر الستينيات وبداية السبعينيات بعد فترة الإرتفاع منذ الحرب

العالمية الثانية، إن هذا النموذج هو أمل كل الدول النامية التي تحرص على دفع حركة التنمية بضبط الانفجار السكاني(قوارح، 2016، ص33).

2.3 الأمراض المزمنة والعوامل المسببة لها

1.2.3 تعريف الأمراض المزمنة:

تعد الأمراض المزمنة إحدى سمات عصرنا الحالي، وهي أمراض معقدة الأسباب تتطلب بصفة عامة علاج طويل المدى، وتدخّل طبي مستمر، وغالبا ما تستمر إلى نهاية الحياة، ويتبعها تدهور تدريجي في الجوانب الصحية ومن ثم تؤثر على جودة الحياة لدى المريض حيث يترتب تغيير نمط وأسلوب الحياة، صعوبة في أداء الأدوار الإجتماعية، صعوبة في اتخاذ القرارات، مشكلات العزلة والشعور بالوحدة، عدم القدرة على التحكم في الضغوط ومشاعر القلق والخوف، ومشكلات العلاقات الإجتماعية مع الآخرين والمشكلات الإقتصادية وتفرض عليه قيود مرتبطة بأدوية معينة ونظام غذائي معين وممارسة أنشطة معينة (الطماوي، 2012، ص1743).

وعرفها إحسان محمد الحسن بأنها: " تلك الأمراض الملازمة للإنسان فترة طويلة من حياته تفوق ثلاثة أشهر عادة، والتي تحدث تأثيرات مباشرة وسيئة على صحته العامة، وتسبب له مشاكل صحية واجتماعية واقتصادية، وذلك لأن المصاب بها لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب، وعلى هذا ينظر إلى

المصاب بالمرض المزمن على أنه ليس مريضا بالمفهوم العادي، ولكنه مريض يعيش مشكلة دائمة تقريبا (محمد الحسن، 2008، ص 225) .

وهي مجموعة من الأمراض التي تسمى أيضا "الأمراض غير المعدية"، وهي أمراض لا تنتقل بالعدوى من شخص لآخر، وتأخذ عادة إصابة الشخص بها وتطورها فترة طويلة ضمن عملية بطيئة نسبيًا، وتشمل أربع مجموعات رئيسية وهي: أمراض القلب، إرتفاع ضغط الدم، السرطان بأنواعه وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، داء السكري... الخ.

وقد قدمت د. سكيمة الشيخ مداخلتها في تقرير رقم 95 بملتقى اسبار حول الأمراض المزمنة وأثرها على الحياة بالمملكة السعودية بما يلي (ملتقى اسبار، 2022، ص 11): الأمراض المزمنة (غير السارية) ليست ناجمة عن البكتيريا أو الفيروسات، حدوثها في الغالب يكون صامت وغير متوقع ولا تظهر أعراضها إلا بعد بدء حدوث المضاعفات، كإرتفاع ضغط الدم، والسلوك الغذائي والنشاط البدني للأفراد والمجتمعات أحد أهم مسببات تطور الأمراض المزمنة وإنتشارها، على سبيل المثال لا الحصر السكري النوع الثاني يرتبط بزيادة الوزن والبدانة، كما وترتبط امراض الجهاز التنفسي بالتدخين والأمراض النفسية ترتبط بضغوط البيئة والمجتمع، في وقتنا الراهن وبسبب نمط الحياة الحضري أصبحت الأمراض المزمنة مشكلة مقلقة عالميا، وشهدت إرتفاعا ملحوظا منذ العقد الأخير من القرن العشرين، أما في

بلداننا العربية فقد أدت التغييرات في أنماط السلوك الغذائي والنشاط البدني إلى حدوث تطورات في معدلاتها وارتفاعها بشكل ملحوظ، حيث أن هذا التسارع في إنتشار الأمراض المزمن يلزمه تسارع مشابه في تقديم الخدمات الصحية وهو ما قد يترك صناع القرار وواضعي الاستراتيجيات الصحية والطبية على مستوى العالم.

2.2.3 أهم العوامل المسببة لها:

ويمكن الوقاية منها بنسبة مئوية كبيرة من خلال خفض عوامل التي تشكل خطر وهي كما يلي: تعاطي التبغ، الخمول البدني، تعاطي الكحول على نحو ضار، النظام الغذائي غير الصحي كما ما يلي (منظمة الصحة العالمية، 2010، ص11):

- تعاطي التبغ: تشير التقديرات إلى وفاة نحو من 06 ملايين شخص كل سنة بسبب التعاطي المباشر للتبغ والتدخين، وبحلول عام 2022 سيرتفع عدد الوفيات بسبب التعاطي المباشر للتبغ إلى حوالي 7.5 مليون مما يمثل 10% من إجمالي الوفيات في العالم، ومن المحتمل أن التدخين سيسبب حوالي 71% من حالات سرطان الرئة، 42% من أمراض الجهاز التنفسي، وقرابة 10% من الأمراض القلبية الوعائية، وتسجل أعلى معدلات التدخين بين الرجال، وفي بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط، وسيبلغ معدل إنتشار التدخين ذروته بين بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط، وتبعا لتقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014 يشير إلى أن الغاية العالمية 05 هي

خفض 30% في معدل إنتشار تعاطي التبغ خاصة لدى الأشخاص البالغة أعمارهم 15 سنة وأكثر بحلول عام 2025.

- قلة النشاط البدني (الخمول البدني): يتوفى حوالي 3.2 مليون شخص كل سنة بسبب الخمول البدن، ويعتبر البالغون الذين قلما يمارسون النشاط البدني هم أكثر تعرضا لخطر الوفاة الناجمة عن جميع الأسباب بنسبة: 20-30% مقارنة بالبالغين الذين يمارسون على الأقل النشاط البدني المعتدل لمدة تقارب 150 دقيقة في الأسبوع أو ما يعادل ذلك وفقا لتوصيات المنظمة، يؤدي النشاط البدني المنتظم إلى تقليل خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، وضغط الدم المرتفع، الداء السكري، سرطان الثدي و القولون، وسجلت أعلى معدلات قلة النشاط البدني في البلدان ذات الدخل المرتفع، ففي تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية 2014 يشير أن الغاية العالمية رقم 03 هي خفض في معدل إنتشار قلة النشاط البدني بمقدار 10% بحلول عام 2025، وبلغت نسبة قلة النشاط البدني عند الأشخاص البالغة أعمارهم 18 سنة فأكثر هي 23% سنة 2014 وعند النساء أقل نشاطا من الرجال وفئة المسنين أقل نشاطا من فئة الشباب، وقد بلغت العديد من البلدان المتقدمة زيادة في النشاط البدني وذلك خلال العقد الماضي نتيجة للسياسات والبرامج الوطنية التي ترمي إلى تحسين النشاط البدني.

- النظام الغذائي غير الصحي: يؤدي الاستهلاك الكافي للفواكه والخضروات إلى التقليل من خطر الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وسرطان المعدة وسرطان القولون، كما

يستهلك معظم السكان كميات من الملح أعلى بكثير من الكميات التي أوصت بها من منظمة الصحة العالمية للوقاية من الأمراض المزمنة، ويعتبر الاستهلاك المرتفع للملح سببا رئيسيا للإصابة بضغط الدم المرتفع، وقد بلغت 1.65 مليون حالة وفاة سنوية ناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية إلى فرط مدخول الصوديوم على الصعيد العالمي، فحسب تقرير الحالة العالمي عن الأمراض المزمنة سنة 2014 يشير أن الغاية العالمية رقم 04 هي خفض نسبي يقدر بـ30% في متوسط مدخول السكان من الملح بحلول عام 2025، ويقدر متوسط المدخول العالمي من الملح 10 غرامات من الملح في اليوم، كما توصي المنظمة بخفض مدخول الملح إلى أقل من 5 غرامات في اليوم، و(غرامان من الصوديوم في اليوم) لتخفيض ضغط الدم وللحد من خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتات الدماغية، وينتشر النظام الغذائي غير الصحي كثيرا في البيئات الأدنى حظا من الموارد، ويرتبط الاستهلاك المرتفع للدهون المشبعة والأحماض الدهنية المتحولة بأمراض القلب، وتشير البيانات المتاحة إلى أن مدخول الدهون يرتفع بسرعة أكثر في بلدان الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط.

- تعاطي الكحول على نحو ضار: سجلت ما يقارب 2.3 مليون وفاة كل سنة بسبب تعاطي الكحول على نحو ضار ما يمثل حوالي 3.8% من إجمالي الوفيات في العالم، و تسبب الأمراض غير السارية في أكثر من نصف هذه الوفيات، بما في ذلك أمراض السرطان والأمراض القلبية الوعائية وتليف الكبد، ويبلغ نصيب الفرد البالغ من

الاستهلاك ذروته في الدول ذات الدخل المرتفع وهو مساو تقريبا لنصيب الفرد في بلدان الشريحة العليا من الدخل المتوسط والمكتظة بالسكان، فحسب تقرير الحالة العالمي عن الأمراض غير السارية لسنة 2014 والذي يشير إلى أن الغاية العالمية رقم 02 هي خفض ما نسبته 10% على الأقل في مستوى تعاطي الكحول على نحو ضار بحلول عام 2025، وفي عام 2010 بلغ استهلاك الكحول عالميا 6.2 لتر من الكحول الصافي لكل فرد يبلغ 15 سنة وأكثر، أي ما يعادل 13.5 غرام من الكحول الصافي يوميا، ويزيد إنتشار الإفراط في تعاطي الكحول من حين إلى آخر ويسجل أعلى مستوياته في الإقليم الأوروبي وإقليم الأمريكتين، وهناك جهود سياسية وان كانت ضئيلة مبدولة للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار تشمل كل من: سياسات التسعير، محاولة الحد من توفير الكحول وتسويقه، تحسين استجابة الخدمات الصحية، والتنبيه بخطورة القيادة تحت تأثير الكحول وتدابير مكافحتها.

3.3 العبء العالمي للأمراض المزمنة وأسباب الوفيات العشر في العالم

حسب تقرير ورد على موقع منظمة الصحة العالمية بتاريخ 16 سبتمبر 2023 فان الأمراض غير السارية تؤدي بحياة ما يقارب 41 مليون شخص سنويا، أي ما يعادل 71% من إجمالي جميع الوفيات في العالم، يلقي قرابة 15 مليون شخص حتفهم كل سنة بسبب أحد الأمراض غير السارية في العمر: 30-69 سنة، و 85% من هذه الوفيات والتي تعتبر "مبكرة" في البلدان منخفضة الدخل وتلك

المتوسطة الدخل، وتتسبب الأمراض القلبية الوعائية في وقوع 17.9 مليون وفاة كل سنة في العالم ، وتليها أمراض السرطان بجميع أنواعه ب:9.0 مليون وفاة، ثم الأمراض التنفسية:3.8 مليون وفاة، والسكري 1.6 مليون وفاة، وتتسبب مجموعات الأمراض الأربع هذه في حدوث نحو 80% من مجموع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير السارية.

وفيما يخص أسباب الوفيات العشر في العالم فقد كشفت منظمة الصحة العالمية في موقها في شهر ديسمبر 2022 ما يلي(منظمة الصحة العالمية):

- أن الأمراض غير السارية تمثل حاليا سبعة من بين الأسباب العشرة الرئيسية الأولى للوفاة والعجز في العالم، مثل أمراض القلب والسكري والسرطان والجهاز التنفسي، مقارنة بعام 2000 لما كانت الأمراض غير السارية تشكل أربعة فقط من الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة وفي هذا الصدد، قال د. تيدروس أدهانوم غيريسوس المدير العام لمنظمة الصحة العالمية: إن هذه التقديرات الجديدة هي تذكير آخر بضرورة تسريع الجهود للوقاية من الأمراض غير السارية، وتشخيصها وعلاجها، ويضيف قائلاً: "هي تسلط الضوء على الحاجة الملحة إلى تحسين الرعاية الصحية الأولية بشكل جذري وعلى نحو عادل وشامل، فمن الواضح أن الرعاية الصحية الأولية المتينة هي الأساس الذي يقوم عليه كل شيء، من مكافحة الأمراض غير السارية إلى إدارة الجوائح العالمية" قد أودت

جائحة كوفيد-19 بحياة أكثر من مليون ونصف المليون شخص حتى الآن، حيث يشكل الأشخاص الذين يعانون من حالات صحية مصاحبة (مثل أمراض القلب والسكري وأمراض الجهاز التنفسي) الفئة الأكثر عرضة لخطر المضاعفات والوفاة الناجمة عن الفيروس.

- لا تزال أمراض القلب هي السبب الرئيسي للوفاة على الصعيد العالمي، إذ تشكل 16% من مجموع الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب الأخرى، وعدد الأشخاص الذين تفك بهم اليوم يفوق أي وقت مضى، و إرتفاع عدد الوفيات الناجمة عن أمراض القلب بزيادة قدرها مليوني حالة وفاة منذ عام 2000، ليصل إلى ما يقارب من 09 ملايين حالة وفاة سنة 2019، وتتركز أكثر من نصف عدد الوفيات الإضافية الناجمة عنها (وعددتها مليوناً وواحدة) في إقليم غرب المحيط الهادئ، وقد شهد الإقليم الأوروبي تراجعاً نسبياً في أمراض القلب، حيث انخفضت الوفيات الناجمة عنها بنسبة 15%.

- أما السكري والخرف فقد انضموا للقائمة وارتفعت الوفيات الناجمة عن مرض السكري بين عامي 2000 و2019 إلى 70% على الصعيد العالمي، وبنسبة زيادة قدرها 80% حدثت بين الذكور، وفي إقليم شرق المتوسط: ازدادت الوفيات الناجمة عن مرض السكري بأكثر من الضعف وهي تمثل أكبر نسبة مئوية من الزيادة تسجل في جميع أقاليم التابعة لمنظمة الصحة العالمية.

- إن مرض الزهايمر وغيره من أشكال الخرف انضموا إلى قائمة الأسباب العشرة الأولى للوفاة في جميع أنحاء العالم، حيث احتلت المرتبة الثالثة في كل من الأمريكيتين وأوروبا سنة 2019، وحيث تشكل النساء ما نسبته 65% من الوفيات الناجمة عن مرض الزهايمر وغيره من أشكال الخرف عالميا.
- يعتبر الالتهاب الرئوي وغيره من التهابات الجهاز التنفسي السفلي أكثر الأمراض السارية الأكثر فتكا، واحتلت المرتبة الرابعة في قائمة الأسباب الرئيسية للوفاة، وع ذلك فقد بلغت عدد الوفيات سنة 2019 إلى ما يقرب 2,6 مليون شخص أي بانخفاض 460 000 وفاة عن ما كانت سنة 2000.
- تراجع فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز بعدما كان يحتل المرتبة الثامنة من أسباب الوفاة الرئيسية سنة 2000 إلى المرتبة 19 سنة 2019، مما يعكس نجاح الجهود التي تبذل في منع العدوى، وإجراء إختبارات كشف الفيروس وعلاج المرض على مدى العقدين الماضيين.
- لم يعد السل ضمن الأسباب العشرة الأولى للوفاة عالميا، بحيث تراجع إلى المركز الثالث عشر سنة 2019 بعد ما كان يحتل المركز السابع سنة 2000، مع انخفاض قدره 30% في عدد الوفيات على الصعيد العالمي.

- ازدادت الوفيات الناجمة عن سرطان الرغامي والشعب الهوائية والرئة من 1,2 مليون إلى 1,8 مليون عالميا، ويحتل الآن المركز السادس بين الأسباب الرئيسية للوفاة.
- تحتل الوفيات الناجمة عن الحالات المرضية في المواليد المرتبة الخامسة وهي من أهم الفئات التي شهدت انخفاضا عالميا في الوفيات خلال العقدين الماضيين، حيث أدت إلى وفاة 02 مليون مولود وطفل صغير سنة 2019، أي أقل من سنة 2000 بمقدار 1,2 مليون طفل ومولود.
- تشكل أمراض الكلى السبب الرئيسي الثالث عشر للوفاة في العالم بعدما كانت في المركز العاشر، وقد ارتفع معدل الوفيات الناجمة عنها من 813 000 سنة 2000 إلى 1,3 مليون سنة 2019.
- ازداد متوسط العمر 06 سنوات عما كان عليه سنة 2000، ولكن على العموم يحظى الناس بصحة جيدة في خمس سنوات فقط من تلك السنوات الإضافية، فوفقا لتقديرات المنظمة، فإن أشكال العجز أخذت في الزيادة، و بحد كبير.

4.3 الأمراض المزمنة في الجزائر

حسب الدراسات التي قامت بها وزارة الصحة والسكان من خلال المسوح التي قامت بها فانها رصدت إنتشارا متزايدا للأمراض المزمنة حيث أصبحت تشكل تهديدا حقيقيا لحياة الأفراد وتعتبر من أهم الأسباب الرئيسية للوفيات وعلى سبيل

المثال تعتبر كل من أمراض الضغط الدموي وأمراض القلب والسكري والسرطان في الأكثر إنتشارا وقبل أن نسلط الضوء على نتائج هذه الدراسات نستعرض ما جاء في مقال على موقع الحوار بتاريخ 06 ابريل 2016 كما يلي:

- بلغ تعداد الجزائريين المصابين بالأمراض المزمنة أكثر من 10 ملايين مريض، أغلبهم يعاني من أكثر من مرض كضغط الدم وأمراض الشرايين وما لها من صلة وطيدة بأمراض القلب، ناهيك عن الأمراض المستعصية الأخرى كالمرض الخبيث، إذ تواجه صحة الجزائريين خطرا داهما يسمى السرطان يحصد سنويا 30 ألف ضحية من بين المواطنين، وبالنسبة لداء السكري، تحصي الجزائر في صفوفها أكثر من 04 ملايين مصاب بهذا الداء اللعين وقد اختارت منظمة الصحة العالمية هذا العام داء السكري كمحور لإحياء اليوم العالمي للصحة، هذا الداء الذي تسبب بحسب إحصائيات المنظمة في وفاة أكثر من 1.5 مليون شخص عبر العالم، حدث أكثر من 80%، منها في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل، وتتوقع المنظمة أن داء السكري سيحتل المرتبة السابعة في الترتيب بين أسباب الوفاة الرئيسية بحلول عام 2030.

- أكثر من 4 ملايين مصاب بالسكري بالجزائر و 20 ألف حالة جديدة سنويا: فقد دقت الفيدرالية الجزائرية لجمعيات مرضى السكري ناقوس الخطر حول إرتفاع أعداد المصابين بالمرض في الجزائر والذي تعدى الـ 4 ملايين شخص أي ما

يقارب 12 بالمائة من إجمالي عدد السكان، كما جعلت شغلها الشاغل محاربة مسبباته، أكد رئيس الفيدرالية الجزائرية لجمعيات مرضى السكري، نور الدين بوسطة في تصريح للحوار أن الفدرالية تدق ناقوس الخطر حول الإرتفاع الكبير الذي يسجل في صفوف المرضى، حيث تسجل سنويا 20 ألف حالة جديدة

(<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>,WHO,2023)

1.4.3 حسب التقارير الرسمية للمسوح الوطنية:

منذ سنوات التسعينيات، أظهرت الدراسات الاستقصائية الصحية التي قامت بها وزارة الصحة الجزائرية زيادة ملفتة للانتباه في الأمراض المزمنة في الجزائر، كأعراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي، مما يطرح مشكلة صحية حقيقية.

1.1.4.3 المسح الوطني الصحي لعام 1990:

قدرت نسبة إنتشار مرض ضغط الدم بـ 17.2%، تليها أمراض الربو بـ 10.1%، فيما كان مرض السكري يحتل المرتبة الثالثة من حيث النفسي بنسبة 6.9% تليها أمراض التهاب الشعب الهوائية بـ 6.2%، لتأتي أمراض القلب في ذيل الترتيب بـ 5.3%.

2.1.4.3 التعداد العام للسكان والسكن 1998.

بلغ عدد المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر حسب التعداد العام للسكان والسكن ب 512972 مصاب، 48.82% منهم إناث ب 250447 مصاب و 51.18% ذكر ب 262525.

3.1.4.3 المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002.

- شمل المسح 121152 مبحثا صرح 11.4% بأنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل 9.7% ذكور مقابل 13.1% إناث، وبنسبة 12.1% يقطنون في الحضر مقابل 10.4% في الريف، وبنسبة لنوع المرض احتل ضغط الدم المرتبة الأولى ب 4.2% للإناث مقابل 1.8% للذكور والجدول رقم 3-1 يوضح ذلك:

جدول 3-1: نسب إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة

النوع	حضر			ريف			اجمالي	
	مرض واحد	مرضىين	مرض او أكثر	مرض واحد	مرضىين	مرض او أكثر	مرض او أكثر	مرضىين
ذكر	8	1.8	10.3	7	1.6	9	1.8	9.7
انثى	9.5	3.7	14	8.7	2.6	11.9	3.2	13.1
المجموع	8.7	2.8	12.1	7.8	2.1	10.4	2.1	11.4

المصدر: التقرير الرسمي لمسح 2002، ص 37

- إنتشار الأمراض المزمنة النساء غير العازيات في سن الإنجاب:

لا شك أن معرفة إنتشار الأمراض المزمنة لدى النسوة غير العازيات البالغات يعتبر مهما جدا نظرا لما تسببه من عبء على مستوى صحتها وعلى مستوى الاقتصادي نظرا لتزايد النفقات لتوفير الأدوية اللازمة لعلاج هذه الأمراض،

كما أنها تشكل خطرا يهدد النساء عند الولادة، وقد تبين من خلال الجدول رقم 3-2: أن أكثر الأمراض المزمنة إنتشارا والمصرح بها من قبل السيدات غير العازبات في سن الإنجاب وجه الأخص: ضغط الدم 5.1% من مجمل المبحوثات يلي ذلك أمراض المفاصل 3.7% لتكون أقل نسبة إنتشار السكري وأمراض القلب والملفت ان كل من حالات الإصابة مشخصة من عند الطبيب وما يقارب 90 % منها تتابع العلاج عند الطبيب.

جدول 3-2: إنتشار الأمراض المزمنة عند النساء غير العازبات 15-49 سنة ونوع المرض

نوع المرض	نسبة المعنيات بالمرض	مشخص من طرف طبيب	يتابعن العلاج
السكري	1.6	1.6	89.4
ضغط الدم	5.9	4.9	76.5
الربو	1.9	1.9	89
أمراض القلب	1.6	1.5	76.7
أمراض المفاصل	3.7	3.1	54.2
أمراض الكلى	1.5	1.5	63.5
قرحة المعدة	3.3	3	58.8
انيميا	2	1.9	58.5
تضخم في الغدة الدرقية	1.5	1.4	49.8
أمراض أخرى	7.2	6.6	60.6

المصدر: التقرير الرسمي لمسح 2002، ص147

4.1.4.3 المسح الصحي الوطني 2005 :

وفق ما جاء في تقرير المسح الوطني الذي قامت به وزارة الصحة الجزائرية بإشراف المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 2005، تحت عنوان التحول الوبائي والنظام الصحي "مشروع كهينة" (p57, 2007, INSP)، بلغت نسبة المصابين

بمرض مزمن واحد على الأقل 13.65% من مجموع الأشخاص في الذين شملهم المسح، مقسمون كما يلي:

- حسب الجنس: 15.49% اناث مقابل 11.84% ذكور.
- حسب الفئة العمرية: 19.95% أعمارهم أكثر من 15 سنة أي بالغين مقابل 3.73% اطفال أي سنهم أقل من 15 سنة 16.95%.
- حسب الجنس والفئة العمرية: 3.32% من الذكور سنهم أقل من 15 سنة يعانون من مرض.
- حسب فئة البالغين أكثر من 15 سنة: تنتشر الأمراض المزمنة عند الإناث بنسبة 19.37% وهي أكبر مما هي عليه عند الذكور 14.53%
- حسب مكان الإقامة: تنتشر الأمراض المزمنة في المناطق الحضرية بنسبة 15.20% وهي أكثر منها في المناطق الريفية 11.18%.
- حسب الجنس ومكان الإقامة: بالنسبة للذكور: بلغت نسبة الإنتشار 12.98% في الحضر مقابل 10.03% في الريف.
- وبالنسبة للإناث بلغت 17.45% في الحضر مقابل 12.98 12.37%.
- حسب الأقاليم الجغرافية: بلغت نسبة الإنتشار في الأقاليم الشمالية 14.88% وفي اقاليم الهضاب العليا 13.12% لتكون أقل نسبة إنتشار في الأقاليم الجنوبية ب7.03%.

5.1.4.3 المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات Mics₃ لسنة 2006 .

حسب نتائج التقرير الوطني للمسح العنقودي الثالث Mics₃ 2006 والمبينة في الجدول رقم 3-3: فإنه بلغ عدد الأشخاص المبحوثين 171100 صرح منهم 10.5% بوجود أمراض مزمنة معروفة كما ما يلي :

جدول 3-3: نسب إنتشار الأمراض المزمنة في مسح 2006

المرض		مؤشر الثروة	الأقاليم الجغرافية	مكان الإقامة	السن	الجنس	المتغيرات
أمراض أخرى	2.4						
أمراض القلب	1.1						
أمراض المعدة	1.2						
أمراض المفاصل	1.7						
السكري	2.1						
ضغط الدم	4.4						
الأكثر غنى	12.8						
الغني	11.5						
المتوسط	10.1						
الفقر	9.7						
الأكثر فقرا	8.4						
الجنوب	7.1						
الغرب	9.9						
الشرق	11.2						
الشمال	11.5						
ريف	9.8						
حضر	11.5						
60 فأكثر	51						
35-59	18.5						
25-34	4.3						
19-24	3.2						
0-18	2.6						
انثى	12.6						
ذكر	8.4						

المصدر: التقرير الوطني للمسح العنقودي الثالث Mics₃ 2006

- **حسب الجنس:** نسبة الإنتشار 8.4% للذكور مقابل 12.6% للإناث، أي أن إنتشار الأمراض المزمنة بشتى أنواعها عند الإناث أكبر منها عند الذكور.
- **حسب وسط الإقامة:** 11.5% للقاطنين في الحضر مقابل 9.2% في الريف.
- **حسب المنطقة الجغرافية:** الإصابة بالأمراض المزمنة يكون في المناطق الشمالية 11.3% أكبر منها في المناطق الشرقية 11.2% ثم تليها المناطق الغربية 9.9% لتكون المناطق الجنوبية هي الأقل من حيث الإصابة بهذه الأمراض بمعدل 7.1%.

- الفئة العمرية: نجد أن الإصابة بالأمراض المزمنة يكون بدرجة أكبر في فئة كبار السن (+60 سنة) بنسبة 51.00% ثم الفئات العمرية الوسطى 35-59 بنسبة 18.5%، لتكون الفئة العمرية 18-43 سنة هي الأقل تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة بنسبة 2.6%.

- حسب نوع المرض: فان ضغط الدم هو الأكثر إنتشار بنسبة 4.4% يليه السكري 2.1% وأمراض المفاصل ب1.7%.

6.1.4.3 المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات Mics₄ (2012-2013):

إعتمادا على ما جاء في التقرير الوطني والنهائي للمسح العنقودي الرابع Mics₄ (2012-2013)، ومن الجدول رقم 3-4: فإنه قد بلغ عدد الأشخاص المبحوثين 106345 صرح منهم 14.2% بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل مزمنة وبشكل أكثر تفصيلا كان ما يلي:

جدول 3-4: نسب إنتشار الأمراض المزمنة مسح 2012-2013

مسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013	
نوع المرض	مؤشر الثروة
المستوى التعليمي	الأقاليم الجغرافية
مكان الإقامة	السن
الجنس	معدل الانتشار
أمراض أخرى	1.7
الفشل الكلوي	0.2
أمراض سرطانية	0.2
أمراض التنفسية	0.3
أمراض القلب	0.9
أمراض المعدة	1.3
أمراض المفاصل	1.2
السكري	2.9
ضغط الدم	5.6
الجامعي	5.3
الثانوي	6.9
المتوسط	7.2
الابتدائي	16.6
بدون مستوى	34.4
الأكثر غنى	17
الغنى	15.3
المتوسط	14.2
الفقر	12.6
الأكثر فقرا	11.5
الجنوب	11.5
الهضاب العليا شرق	12.2
الهضاب العليا غرب	13.5
الهضاب العليا وسط	11.7
الشمال الشرقي	15
الشمال الغربي	14.7
الشمال وسط	15.4
ريف	12
حضر	15.4
70 فأكثر	60.7
60-69	48.8
50-59	31.5
40-49	15.9
25-39	4.4
15-24	2.6
انثى	17.3
ذكر	11.1

المصدر: التقرير الوطني النهائي للمسح العنقودي الرابع Mics₄ 2012-2013

- حسب للجنس:نسبة 11.1% للذكور مقابل 17.3% لإناث ، أي أن إنتشار الأمراض المزمنة بشتى أنواعها عند الإناث أكبر منها عند الذكور.
- حسب وسط الإقامة: 15.4% للقاطنين في الحضر مقابل 12% في الريف.
- المنطقة الجغرافية: إن إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر كان إنتشار متفاوت ونسبي بين الأقاليم السبعة للبلاد وفقا لتقسيم مسح 2012 - 2013 فنلاحظ أن سكان الوسط الشمالي يعانون من إنتشار هذه الأمراض أكثر من بقية الأقاليم 15.4% تليها المناطق الشمالية الغربية بنسبة 15%، ثم المناطق الشمالية الغربية 14.7%، أما الهضاب العليا فتراوحت بين 13.5% غربا و12.2% شرقا و11.7% في الوسط لتكون أقل نسبة إنتشار في المناطق الجنوبية النسب أقل في المناطق الجنوبية 11.5%.
- الفئة العمرية: نجد أن لإصابة الأمراض المزمنة يكون بدرجة أكبر في فئة كبار السن (+60 سنة) بنسبة 60.7%، ثم الفئات العمرية الوسطى 40-59 بنسبة 61.5%، لتكون فئة أقل من 15-24 سنة هي الأقل تعرضا للإصابة الأمراض المزمنة بنسبة 2.6%.
- المستوى التعليمي: نلاحظ أن هناك علاقة عكسية بين إنتشار الأمراض المزمنة والمستوى التعليمي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأفراد قلت نسبة إنتشار الأمراض والعكس صحيح كذلك إذ تم تسجيل أعلى نسبة إنتشار عند

الذين لا يملكون أي مستوى تعليمي ب34.4% يليهم الأفراد الذين توقفوا في المرحلة الابتدائية ب16.6%، وهكذا إلى أن تصل أقل نسبة إنتشار عند من أكملوا المستوى الجامعي ب5.3%.

- حسب نوع المرض: فإن ضغط الدم هو الأكثر إنتشار بنسبة 5.6% يليه السكري 2.9%.

7.1.4.3 المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019):

حسب نتائج التقرير الوطني للمسح العنقودي الخامس Mics₆ (2019): فإن الأشخاص المبحوثين 147838 صرح منهم 20.00% بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل وبشكل أكثر تفصيلا كان ما يلي:

جدول 3-5: نسب إنتشار الأمراض المزمنة 2019

مسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019	
نوع المرض	معدل الإنتشار
أمراض أخرى	1.6
الفشل الكلوي	0.2
أمراض سرطانية	0.3
التهاب الشعب الهوائية	1.5
أمراض المفاصل	1.1
الربو	1.5
أمراض القلب	1.2
السكري	5
ضغط الدم	7.5
الجامعي	7.9
الثانوي	12.2
المتوسط	12
الابتدائي	26.9
بدون مستوى	43.6
الأكثر غنى	22.6
الغنى	21.4
المتوسط	19.8
الفقر	18.7
الأكثر فقرا	17.1
الجنوب	15.8
الهضاب العليا شرق	16.5
الهضاب العليا غرب	19.3
الهضاب العليا وسط	16.8
الشمال الغربي	21.4
الشمال الشرقي	20.2
الشمال وسط	21.9
ريف	17.2
حضر	21.6
أكثر	69.5
75-79	69.4
70-74	62.9
65-69	56.1
60-64	50
50-59	35
40-49	18.6
30-39	7.2
20-29	3.8
15-19	3.9
انثى	24.2
ذكر	16

المصدر: التقرير الوطني النهائي للمسح العنقودي الخامس Mics₆ 2019

- بالنسبة للجنس: نسبة 24.2% للذكور مقابل 16.00% للإناث، أي أن إنتشار الأمراض المزمنة بشتى أنواعها تنتشر في أوساط الإناث أكثر من عند الرجال.

- بالنسبة لوسط الإقامة: 21.6 % للقاطنين في الحضر مقابل 17.2% في الريف.
- بحسب المنطقة الجغرافية: إن إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر كان إنتشار متفاوت ونسبي بين الأقاليم السبعة للبلاد وفقا لتقسيم مسح 2019 فنلاحظ أن سكان الوسط الشمالي يعانون من إنتشار هذه الأمراض أكثر من بقية الأقاليم بنسبة 21.9% تليها المناطق الشمالية الغربية بنسبة 21.4%، ثم المناطق الشمالية الشرقية 20.2%، أما الهضاب العليا فتراوحت بين 19.3% غربا و 16.8 في الوسط، و 16.5% في الوسط لتكون أقل نسبة إنتشار المسجلة في المناطق الجنوبية ب 15.8%.
- الفئة العمرية: نجد أن الإصابة بالأمراض المزمنة يكون بدرجة أكبر في فئة كبار السن (+69 سنة) بنسب تجاوزت 60%، أما الفئات العمرية الوسطى 40-49 بلغت نسبة قدرها 18.6% لتكون فئة أقل من 20-29 سنة هي الأقل تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة بنسبة 3.9%.
- المستوى التعليمي: تم تسجيل أعلى نسبة إنتشار عند الذين لا يملكون أي مستوى تعليمي ب 43.6% يلي ذلك الأفراد في المستوى الابتدائي ب 26.6% وهكذا إلى أن تصل أقل نسبة إنتشار عند من يملكون مستوى جامعا ب 7.9%.
- حسب نوع المرض: تم تسجيل أعلى نسبتي إنتشار كما يلي: ضغط الدم هو الأكثر إنتشار بنسبة 7.9% يليه السكري 5.00%، أما البقية فدون 2%.

- حسب مؤشر الثروة: بلغت أعلى نسبة إنتشار لدى الأفراد الذين ينتمون إلى أسر غنية جدا ب26.6% يلي ذلك الذين ينتمون إلى العائلات الغنية ب 21.4% لتكون أقل نسبة سجلت لدى الأفراد الذين ينتمون إلى أسر فقيرة جدا ب18.7%.

خلاصة الفصل

لقد توصلنا من خلال هذا الفصل إلى أنه وعبر الزمن حصلت تغيرات في نمط الإصابة بالأمراض اطلق عليها التحولات الوبائية تم الإنتقال فيها من تركيز وإنتشار الأمراض المعدية إلى أمراض مزمنة، هذه الأمراض تشكل عبئا عالميا شديدا وتمثل سبعة أسباب من بين 10 أسباب رئيسية للوفيات ناهيك عن أنها أمراض معقدة الأسباب والعلل وتتطلب علاجا طويل المدة، وتدخل طبي مستمر، والجزائر كغيرها انتشرت فيها معدلات الأمراض المزمنة باضطراد كما مر معنا من خلال المسوح التي قامت بها وزارة الصحة الجزائرية مما يستجوب موقفا مشتركا مكثف الجهود يجمع جميع الاطراف من: مسؤولي الدولة والمؤسسات الأكاديمية كالمستشفيات والجامعات والجمعيات الوطنية ويلعب وعي المواطن دورا مهما في الوقاية من هذه الأمراض.

4. الفصل الرابع: مصادر المعطيات وتقبيها والأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة

تمهيد:

في هذا الفصل قمنا بتحديد مصادر معطيات الدراسة التي تم الاعتماد عليها ونقصد بها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الخامس Mics₆ لسنة (2019)، من خلال وصف العينة التي تم استخدامها واختيار متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة، وتقييم جودة المعطيات الواردة في المسح الخاصة بالملف المدمج الأسرة - النساء في سن الإنجاب الذي تم الاعتماد عليه باستخدام كل من مؤشر وبيل، مؤشر مايرس، مؤشر الأمم المتحدة وكذا معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسة مع تبيان وكيفية استغلال البيانات.

1.4 مصادر جمع البيانات:

توفر المسوح السكانية كما معتبرا ومهما من البيانات ذات الصلة بالسكان كالولادات والوفيات والهجرة والخصوبة... الخ وهي معطيات ذات مصداقية وجودة عالية تسمح بالمقارنة الدولية ووضع وصياغة مختلف البرامج التنموية بما في ذلك المتابعة والتقييم، لهذا تم الاعتماد في هذه الدراسة على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات الخامس (2019) MICS₆، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات هو برنامج دولي من اقتراح اليونسف في مجال المسوح الأسرية وصممت استماراته لجمع المعطيات التي تساعد على الحصول على تقديرات سليمة إحصائيا وقابلة للمقارنة دوليا وتدعم منظمة اليونسف منذ عام 1995 عمليات تنفيذ المسوح المتعددة المؤشرات بغية دعم البلدان من أجل الحصول على البيانات اللازمة لمتابعة المؤشرات الرئيسية عالية الجودة والمتعلقة بكل من حالة المرأة والطفل، وقد تم تنفيذ 300 مسحا في أكثر من 100 دولة في اربعة اصناف من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات والجزائر واحدة من تلك الدول إذا نفذت 05 مسوح من هذا النوع كما يلي: MICS₁ سنة 1995 و MICS₂ سنة 2000 و MICS₃ سنة 2006 و MICS₄ سنة 2012-2013 وأخير MICS₆ سنة 2019 (Mics₆, 2019, p25).

1.1.4 المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019)**1.1.1.4 تعريفه:**

المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) هو الخامس من نوعه الذي تجريه الجزائر من بين ست طبعات نفذتها منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ولقد تم التنسيق مع قسم السكان في وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات بالشراكة مع مكتب اليونيسف - الجزائر، ويتم توفير الدعم الفني والمالي من قبل منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ووزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للسكان، وقد بدأ المسح الميداني في 25 ديسمبر 2018 وانتهى في 22 أبريل 2019، ويوفر ما يقرب من 200 مؤشر عامة وموزعة حسب فضاءات البرمجة الإقليمية ومنطقة الإقامة (حضرية/ريفية)، الجنس، المستوى التعليمي، العمر ومؤشر الرفاه، وهو فرصة فريدة لرصد التقدم نحو أهداف التنمية المستدامة (Mics6, 2019, p25).

2.1.1.4 أهدافه:

يتضمن مسح MICS₆ (2019) الأهداف الرئيسية التالية التي تمكن السلطات العمومية من (Mics₆, 2019, p27):

- الحصول على بيانات عالية الجودة لتقييم السياسات التنموية الموجهة للأطفال والمراهقين النساء والأسر.

- تحديث توفير البيانات المهمة والرئيسية من أجل تتبع التقدم نحو تحقيق الأهداف الوطنية، بغية الاستشراف المستقبلي وتحقيق التنمية المستدامة.
- توفير البيانات لجميع الفئات في المجتمع بغية الأخذ بعين الاعتبار الفوارق بين وحداته، ومن ثم التعرف و ادماج على الفئات الأكثر ضعفا.
- التحقق من صحة البيانات التي توفرها المصادر الأخرى ومتابعة تحقيق اهدافها وتدخلاتها.
- الحصول على مؤشرات وطنية وعالمية قابلة للمقارنة دوليا لتقييم التقدم المحرز في مختلف المجالات وتعزيز قاعدة البيانات الوطنية.

3.1.1.4 طريقة المعاينة:

يتبنى مسح MICS₆ في الجزائر لعام 2019 نفس نمط MICS₄ الذي تم إجراؤه في 2012-2013، تم تقسيم الخارطة إلى 09 فضاءات إقليمية موزعة على 03 مناطق من الوطن كما يلي:

1. منطقة الشمال:

- فضاء البرمجة الإقليمية "شمال الوسط (NC)" من 10 ولايات: الجزائر ،
البليدة، بومرداس وتيبازة والبويرة والمدية وتيزي وزو وبجاية والشلف وعين
الدفلى.

- فضاء البرمجة الإقليمية "الشمالية الشرقية (NE)" بها 08 ولايات: عنابة،
قسنطينة، سكيكدة وجيجل وميلة وسوق أهراس والطارف وقالمة.

- فضاء البرمجة الإقليمية "الشمالية الغربية (NO)" بها 07 ولايات: وهران،
تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس ومعسكر.

2. منطقة الهضاب:

- فضاء البرمجة الإقليمية الهضاب العليا وسط (HPC)" بها 03 ولايات:
الجلفة، الأغواط والمسيلة.

- فضاء البرمجة الإقليمية الهضاب العليا وسط (HPE)" بها 06 ولايات:
سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريرج، أم البواقي، تبسة.

- فضاء البرمجة الإقليمية الهضاب العليا وسط (HPO)" بها 06 ولايات:
تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.

3. منطقة الجنوب :

- فضاء البرمجة الإقليمية الجنوبية الغربية بها 03 ولايات: بشار وتندوف وأدرار.

- فضاء البرمجة الإقليمية الجنوبية الشرقية بها 04 ولايات: غرداية، بسكرة، الوادي، ورقلة.

- فضاء البرمجة الإقليمية الجنوبية الكبرى بها ولأيتين: تمنراست واليزي.

4.1.1.4 عينة الدراسة:

أعتمد في هذا المسح على قاعدة معأينة متكونة من عدد الأسر المعيشية المتحصل عليها من اخر تعداد 2008 وتم سحب العينة على مرحلتين (Mics6, 2019, p74):

- المرحلة الأولى ونفذها الديوان الوطني للإحصاء: تم سحب وحدات المعأينة الأولية وهي المقاطعات والتي تم تصنيفها في تعداد 2008 بعدما تم تحديثها وتضم هذه المقاطعات العناقيد والتي قدر عددها ب179 عنقود.
- المرحلة الثانية: تم سحب وحدات المعأينة الثانوية وهي الأسر البالغ عددها 25 أسرة في كل عنقود مختار مع العلم ان عدد العناقيد حدد ب179 لكل منطقة ولدينا 07 مناطق جغرافية وبهذا بلغ عدد العناقيد في العينة $1253=7*179$ عنقود من مجموع 41871 عنقود في تعداد 2008.

وبهذا بلغ حجم العينة المستهدفة في هذا التحقيق كالتالي:

- عدد الأسر المعيشية $=1253*25=31325$ أسرة (21475 في الحضر و9850 في الريف).

- عدد النساء في سن 15-49 سنة: 37227 امرأة (25155 في الحضر و12072 في الريف).

- الأطفال أقل من 05 سنوات: 15224 طفل (9433 في الحضر و5791 في الريف).

- الأطفال بين 05-17 سنة: 17209 طفل (11638 في الحضر و5571 في الريف).

و توج التحقيق الميداني كما يلي:

- عدد الأسر المعيشية = 29919 أسرة بنسبة استجابة 95.51 %، (20429 في الحضر ونسبة استجابة 95.1% و9490 في الريف بنسبة استجابة 96.3%).

- عدد النساء في سن 15-49 سنة: 35111 امرأة بنسبة استجابة 94.3% (23704 في الحضر بنسبة استجابة 94.2% و11407 في الريف بنسبة استجابة 94.5%).

- الأطفال أقل من 05 سنوات: 14873 طفل بنسبة استجابة 97.7% (9201 في الحضر بنسبة استجابة 97.5% و5672 في الريف بنسبة استجابة 97.9%).

- الأطفال بين 05-17 سنة: 17019 طفل بسنبة استجابة 98.9% (11502 في الحضر بنسبة استجابة 98.8% و 5517 في الريف بنسبة استجابة 98.00%).

2.1.4 أنواع الاستبيانات المعتمدة في مسح 2019:

في مسح 2019 تم اعتماد خمسة استبيانات (استمارات) وهي كالتالي (Mics₆, p29, 2019):

أ. استبيان الأسرة المعيشية: لجمع المعلومات الديموغرافية الأساسية حول تعداد أفراد الأسرة الساكنين الاعتياديين والأسرة المعيشية، والمسكن.

ب. الاستبيان الفردي للمرأة: يستوفي في كل أسرة معيشية جميع النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة).

ت. استبيان الأطفال دون سن الخامسة: للأمهات او مانحات الرعاية لجميع الأطفال دون سن الخامسة الذين يعيشون في الأسرة المعيشية.

ث. استبيان الأطفال في الفئة العمرية 5-17 سنة: الذي يستوفي للأم او مانحة الرعاية لطفل/ة يتم اختياره/ها عشوائيا في الفئة العمرية 5-17 سنة يعيش/تعيش في الأسرة المعيشية.

ج. استبيان فحص جودة المياه: الذي ستوفي 04 أسر معيشة في كل عنقود من

عناقيد العينة بعد تفريغ هذه الاستبيانات في spss تشكلت لنا قاعدة معطيات

مصنفة في 07 ملفات وهي كالتالي:

1. ملف الأسرة (hl).

2. ملف السكن (hh).

3. ملف الوفيات (gm).

4. ملف الأطفال أقل من 05 سنوات (ch).

5. ملف وفيات الأطفال في الفئة العمرية 05-17 سنة (fs).

6. ملف النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة (wm).

7. ملف (bh).

في هذه الدراسة تم الدمج بين ملفي الأسرة و ملف النساء في سن الإنجاب

حيث يتضمن الملف الأول متغير الإصابة بالأمراض المزمنة والملف الثاني

المتغيرات السوسيوديموغرافية للمبحوثات، وكذلك المتغير التابع ممثلا في ظاهرة

الإنجاب وتم اختيار متغيرات الدراسة التالية المذكورة في العنصر الموالي:

2.4 المتغير التابع:

في دراستنا تم اعتماد متغيرين تابعين وذلك تبعا للفرضيات البحثية كما يلي:

- الفرضية الأولى والثانية والثالثة: اعتمادنا متوسط عدد الأطفال المنجبين

كمتغير تابع في حساب الفروق، ومتوسط التباعد بين الولادات.

- في باقي الفرضيات : تم اعتماد السلوك الإيجابي ممثلا في وقوع الإنجاب او لا

في السنة السابقة للمسح أي قبل 12 شهر من تاريخ المقابلة وننوه هنا إلى أن

اختيار الإنجاب في السنة السابقة للمسح محاكاة لطريقة حساب المؤشر

التركيبى للخصوبة، حيث يعتمد عدد الأطفال المنجبين لتلك الفترة في البسط

مقسوما على عدد النساء في سن الإنجاب في نفس الفترة، فتم انشاء متغير

الإنجاب كمعبر على مستوى خصوبة المرأة المتزوجة في الفئة العمرية 15-49

سنة والتي تم استجوابها في مسح 2019 من خلال السؤال هل أنجبتني خلال

12 شهر الاخيرة السابقة لتاريخ المسح وهو متغير نوعي ثنائي الاجابة فاما ان

تكون أنجبت وقد تم الاشارة اليه ب (1)، او لم تنجب وتم الاشارة اليه ب (0)،

يمثل المتغير التابع ظاهرة الإنجاب ويتم معرفة ذلك من خلال معرفة عمر

الطفل الاخير (bhlst) إذا كان أقل او يساوي 12 شهر فيتم اعتماد الاشارة

01 والبقية ب 0.

1.2.4 المتغير المستقل :

من خلال عنوان الدراسة نستنتج المتغير المستقل وهو الإصابة بالأمراض المزمنة من خلال سؤال المبحوثة هل أنت مصابة بمرض مزمن واحد على الأقل (MC4) وتكون الاجابة أما نعم ويرمز لها ب: 1 وأما لا فيرمز لها ب: 2.

2.2.4 المتغيرات الوسيطة

إعتمادا على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019 وبالضبط في الملفين اللذين تم دمجهما (ملف الأسرة- ملف النساء في سن الإنجاب) استخرجنا مجموعة من المتغيرات الوسيطة بغية التنبؤ بالنماذج تبعا: وسط الإقامة- الإقليم الجغرافي - المستوى التعليمي- الحالة المهنية- مؤشر الثروة).

3.4 تقييم جودة المعطيات:

تعتبر دراسة كل من التركيب العمري والنوعي امرا بالغ الأهمية في الدراسات الديموغرافية إذ يساعد على التنبؤ بمستقبل الوضع السكاني وفي رسم السياسات السكانية وفي فهم اتجاهات النمو السكاني وكل ما يرتبط به من دراسة للحالة المدنية والنشاط الاقتصادي والتعليمي، وهو نتاج للعوامل المؤثرة في النمو السكاني من مواليد ووفيات وهجرة، مع عدم إعتبار أحدهما مستقلا كلية عن الآخر (أبو عيانة، 1977، ص373)، وظهور الملامح الديموغرافية للمجتمعات اناثا وذكورا

يساعد تحديد الفئات المنتجة وتلك التي تمثل عبئاً للمجتمع وتفيدنا كذلك في دراسة اتجاهات الخصوبة و التنبؤ بها، فتحديد نسبة الاعالة كفيل بتقديم حلول مستقبلية فيما يخص البطالة والشغل والسكن ولجميع المشكلات والمعوقات الإجتماعية والإقتصادية هذا على وجه العموم.

أما فيما يخص دراستنا فنظرا لتعرض بيانات العمر والنوع المصرح بها لبعض الأخطاء في التصريح بها نتيجة للنسيان أو للتحييز إذ يفضل بعض الأفراد ذكر الأعمار الزوجية أو المنتهية بالصف في الغالب أو بخمسة أو لمحاولة التقريب مما يؤدي إلى التراكم في فئة معينة ما على حساب أخرى (أبو عيانة، 1977، ص374)، ولكون متغير كل العمر والنوع يعتبران نقطة بداية للدراسات والتحليلات الديموغرافية ولارتباط مؤشرات الدراسة بهما اقتضى الأمر أنه قبل استغلال قاعدة المعطيات وجب التأكد من جودة المعطيات (العمر - النوع)، وذلك باستعمال كل من:

- مؤشر ويبيل (Indice de wipple): حيث يقيس مدى الجاذبية والنفور من للأعمار المنهية ب: 0 و 5.

- مؤشر مايرس (Indice de Mayers) يقيس مدى الجاذبية لكل الأعمار (من 0 إلى 9).

- المؤشر المركب للأمم المتحدة (ICNU) فيختبر جودة التوزيع حسب الجنس والعمر.

1.3.4 مؤشر ويبيل (Indice de Wipple):

يقيس مدى جاذبية وتفضيل الادلاء بالأعمار المنتهية ب 0 و 5 في المجال من 23 سنة إلى 62 سنة وبحسب إحصائيا وفق الصيغة التالية
(Gendreau, 1993, p176):

$$\text{مؤشر ويبيل} = 5 * \frac{\text{مجموع المنتهية أعمارهم أوبصفر خمسة في المجال (23 - 62)}}{\text{المجموع الكلي للأفراد في المجال العمري (23 - 62)}}$$

ويكون درجة دقة التصريح بالأعمار من طرف المستجوبين وفق ما يلي:

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW=0$: نفور تام عن التصريح بالأعمار التي تنتهي ب: 0 و 5.

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW < 1$: هناك جاذبية للأعمار المنتهية ب 0 و 5.

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW > 1$: التصريح بالأعمار بدرجة عالية من الدقة.

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW=1$: لا توجد جاذبية ولا نفور للأعمار التي تنتهي ب: 0 و 5.

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW = 5$: كل الأعمار تنتهي ب: 0 و 5.

✓ إذا كانت قيمة هذا المؤشر $IW = 0$: فإنه يوجد نفور تام عن التصريح بالأعمار التي تنتهي ب: 0 و 5.

ومن محاسنه سهولة حسابه ومما يعاب على هذا المؤشر اقتصاره على الجاذبية او النفور للتصريح بالأعمار المنتهية ب: 0 و 5 فقط وعدم امكانية حسابه إذا كانت الأعمار في فئات عمرية او خماسية.

1.1.3.4 حساب مؤشر ويبيل الكلي

و من أجل حساب المؤشر وتطبيقا للعلاقة الرياضية الخاصة به قمنا باستخراج الأعمار التي وفرها مسح 2019 بخصوص الأعمار ابتداء من 23 سنة إلى غاية 62 سنة كما يلي:

جدول 4- 1: توزيع الأفراد حسب العمر والجنس مسح 2019

المجموع	الجنس		الأعمار	المجموع	الجنس		الأعمار
	اناث	ذكور			اناث	ذكور	
1736	868	868	43	2286	1090	1196	23
1828	941	887	44	2645	1280	1365	24
1677	873	804	45	2427	1135	1292	25
1707	864	843	46	2519	1167	1352	26
1706	929	777	47	2450	1169	1281	27
1699	867	832	48	2362	1098	1264	28
1403	692	711	49	2238	1143	1095	29
1736	988	748	50	2295	1025	1270	30
1560	834	726	51	2328	1113	1215	31
1711	870	841	52	2301	1099	1202	32
1535	802	733	53	2368	1122	1246	33
1474	742	732	54	2367	1127	1240	34
1594	807	787	55	2318	1109	1209	35
1308	675	633	56	2226	1093	1133	36
1179	583	596	57	2104	996	1108	37
1203	648	555	58	2041	1041	1000	38
1171	611	560	59	2090	1064	1026	39
1169	583	586	60	1903	1003	900	40
1014	526	488	61	2070	1072	998	41
1021	479	542	62	1793	943	850	42
29431	15182	14249	المجموع	45131	21889	23242	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

من خلال الجدول رقم 4-1: نجد أن:

عدد الأفراد الذين لأعمارهم من 23 سنة إلى 62 سنة هو:

$$29431 + 45131 = 74562 \text{ فرد.}$$

عدد الأفراد المنتهية أعمارهم ب: 0 أو 5 = 15119.

وعليه فان :

$$\frac{15199}{74562} * 5 = IW = 1.013$$

بما أن قيمة مؤشر ويبيل يساوي 1 تقريبا، فإنه لا يوجد لا نفور ولا جاذبية للتصريح بالأعمار التي تنهي ب:0 و 5 ومنه نستنتج أن التصريح بالأعمار يمتاز بجودة عالية.

ويمكننا كذلك حساب مؤشر ويبيل حسب الجنس، أي حسابه لكل جنس على حدى وذلك بغية أي الجنسين افضل في جودة التصريح بالأعمار، حيث أنه من الشائع ان يكون الادلاء بالأعمار أدق عند الذكور منه عند الإناث.

من خلال الجدول رقم 4-1: نجد ما يلي:

2.1.3.4 حساب مؤشر ويبيل للذكور:

▪ عدد الأفراد الذكور الذين لأعمارهم من 23 سنة إلى 62 سنة هو:

$$37491 = 14249 + 23242 \text{ ذكر.}$$

▪ عدد الأفراد الذكور المنتهية أعمارهم ب:0 أو 5 = 7496 ذكر.

وعليه فان :

$$\frac{7596}{37941} * 5 = IW \text{ ذكور} = 1.001$$

بما أن قيمة مؤشر ويبيل يساوي 1 تقريبا، فإنه لا يوجد لا نفور ولا جاذبية للتصريح بالأعمار التي تنهي ب:0 و 5 ومنه نستنتج أن التصريح بالأعمار يمتاز بجودة عالية.

3.1.3.4 حساب مؤشر ويبيل للإناث:

▪ عدد الأفراد الذكور الذين لأعمارهم من 23 سنة إلى 62 سنة هو:
 $37071 = 21889 + 15182$ أنثى.

▪ عدد الأفراد الإناث المنتهية أعمارهم ب:0 أو 5 = 7523 أنثى.

وعليه فان :

$$IW_{\text{اناث}} = 1.015 = 5 * \frac{7523}{37941}$$

بما أن قيمة مؤشر ويبيل يساوي 1 تقريبا، فإنه لا يوجد لا نفور ولا جاذبية للتصريح بالأعمار التي تنهي ب:0 و 5 ومنه نستنتج أن التصريح بالأعمار يمتاز بجودة عالية.

4.1.3.4 النتيجة والمقارنة:

نلاحظ أن مؤشر ويبيل للإناث = 1.015 < مؤشر ويبيل للذكور 1.001، ويفسر هذا بان التصريح بالأعمار عند الذكور أدق مما هي عند الإناث، وقد يرجع هذا إلى العامل النفسي أكثر من العوامل الأخرى فتصريحها يكون دوما إلى العمر

الأقرب إلى 0 أو 5 فمثلا الانثى التي عمرها 31 سنة ستصرح بأقرب عمر إلى الصفر وهو 30 سنة، والتي عمرها 36 سنة ستصرح بالعمر 35 سنة (طبعة، 2017، ص37)، ومع ذلك واعتمادا على نتائج حساب مؤشر ويبيل (IW=1.013) يعتبر ذات جودة عالية ولا يؤثر على السلامة البنيوية للأعمار، ومنه يمكن اعتماد قاعدة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في دراستنا فيما يخص متغير العمر.

2.3.4 مؤشر مايرس (Indice de Mayers):

يقيس هذا المؤشر الجاذبية أو النفور للتصريح بالأعمار التي تنتهي ب:0

إلى 9، أي أخذين جميع أعمار المبحوثين دون تحيز،

لحساب مؤشر مايرس نتبع الخطوات التالية

: (Gendreau et d'autres, 1985, p195)

1. نحسب المجاميع S_u للأفراد البالغة أعمارهم 10 سنوات فما فوق والتي تنتهي

أعمارهم ب 0 أو 5 واخرون

$$S_u = \sum_{d=1}^{d_{\max}} P(10d + u)$$

حيث يمثل u : العمر و يأخذ القيم: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9.

d : العشرات ويأخذ القيم: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9.

2. نحسب المجاميع $S'u$ للأفراد البالغة أعمارهم 20 فما فوق والتي تنتهي بالأرقام

من 0 إلى 9 وفق الصيغة التالية:

$$S'u = \sum_{d=1}^{d_{\max}} P(10d + u)$$

حيث يمثل U : العمر و يأخذ القيم: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9.

d : العشرات ويأخذ القيم: 0,1,2,3,4,5,6,7,8,9

3. نحسب قيمة T والتي تمثل قيمة التوزيع العمري المختلط اعتماداً على

النتيجتين $S'u$ و Su وفق الصيغة التالية:

$$T = \sum_{u=0}^9 Tu$$

$$Tu = (u + 1)Su - (9 - u)S'u$$

4. نحسب قيمة I_M وفق الصيغة التالية:

$$I_M = \sum_{u=0}^9 \left| 100 * \left(\frac{T_u}{T} \right) - 10 \right|$$

✓ $0=I_M$ فهذا يعني أنه لا يوجد لا جاذبية ولا نفور للتصريح بالأعمار التي

تنتهي ب: 0 إلى 9.

✓ $180=I_M$ فهذا يعني أن الأعمار المصرح بها من طرف الأفراد تنتهي بنفس

الرقم.

1.2.3.4 حساب مؤشر مايرس الكلي

نقوم بتطبيق الخطوات على الجدول رقم 4-2 والذي تحصلنا عليه من قاعدة معطيات مسح 2019، حيث تم الإبقاء فقط على الأعمار المصرح بها وتنتمي إلى المجال (10-89 سنة) لان الأعمار ابتداء من 95 سنة مصرح بها مجملة وليست مفصلة :

جدول 4-2: توزيع الأفراد في السن: 10-89 سنة حسب السن والجنس مسح 2019

المجموع	الجنس		العمر	المجموع	الجنس		العمر
	اناث	ذكور			اناث	ذكور	
1736	988	748	50	2744	1367	1377	10
1560	834	726	51	2562	1265	1297	11
1711	870	841	52	2551	1221	1330	12
1535	802	733	53	2535	1283	1252	13
1474	742	732	54	2369	1133	1236	14
1594	807	787	55	2239	1025	1214	15
1308	675	633	56	2164	1036	1128	16
1179	583	596	57	2138	1060	1078	17
1203	648	555	58	2209	1044	1165	18
1171	611	560	59	2123	971	1152	19
1169	583	586	60	2125	1054	1071	20
1014	526	488	61	2233	1042	1191	21
1021	479	542	62	2183	1049	1134	22
1110	545	565	63	2286	1090	1196	23
1105	527	578	64	2645	1280	1365	24
935	434	501	65	2427	1135	1292	25
912	443	469	66	2519	1167	1352	26
786	383	403	67	2450	1169	1281	27
838	407	431	68	2362	1098	1264	28
638	301	337	69	2238	1143	1095	29
729	331	398	70	2295	1025	1270	30
582	270	312	71	2328	1113	1215	31
481	248	233	72	2301	1099	1202	32
438	216	222	73	2368	1122	1246	33
503	232	271	74	2367	1127	1240	34
391	210	181	75	2318	1109	1209	35
464	240	224	76	2226	1093	1133	36
386	192	194	77	2104	996	1108	37
418	200	218	78	2041	1041	1000	38
334	145	189	79	2090	1064	1026	39
360	195	165	80	1903	1003	900	40
257	122	135	81	2070	1072	998	41
298	141	157	82	1793	943	850	42
267	128	139	83	1736	868	868	43
244	134	110	84	1828	941	887	44
180	95	85	85	1677	873	804	45
180	100	80	86	1707	864	843	46
102	39	63	87	1706	929	777	47
154	100	54	88	1699	867	832	48
107	45	62	89	1403	692	711	49
30874	15571	15303	2780	87062	42473	44589	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics6) (2019).

بعد حساب مؤشر مايرس لمعطيات لمسح 2019 تحصلنا على الجدول التالي رقم

:3-4

جدول 4-3: حساب مؤشر مايرس مسح 2019

مؤشر مايرس الاجمالي							
U	Su	u+1	S'u	9-u	Tu	100*(Tu/T)	IM= 100*(Tu/T)-10
0	13061	1	10317	9	105914	9.92	0.08
1	12606	2	10044	8	105564	9.89	0.11
2	12339	3	9788	7	105533	9.89	0.11
3	12275	4	9740	6	107540	10.08	0.08
4	12535	5	10166	5	113505	10.63	0.63
5	11761	6	9522	4	108654	10.18	0.18
6	11480	7	9316	3	108308	10.15	0.15
7	10851	8	8713	2	104234	9.77	0.23
8	10924	9	8715	1	107031	10.03	0.03
9	10104	10	7981	0	101040	9.47	0.53
المجموع	117936		94302		1E+06		2.13

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics6) (2019).

نلاحظ من الجدول رقم 4-3: ان قيمة مؤشر مايرس = 2.13 وهي قيمة

قريبة من الصفر مما يدل على دقة التصريح بالأعمار، وحتى بالنسبة لكل رقم

على حدى فان الفرق بين النسب لكل واحد من هذه الاعداد المنقحة والعدد النظري

10 تقترب من الصفر أي أنه لا يوجد جاذبية ولا نفور عند كل الاعداد مما يدل

على السلامة البنيوية للأعمار سنة بسنة بغض النظر عن الجنس.

ولإجراء مقارنة بين مؤشر مايرس للذكور ومؤشر مايرس للإناث من أجل تأكيد ما توصلنا إليه عند حساب مؤشر ويبيل فيما يتعلق بدقة الأعمار اعتمدنا الجدول السابق رقم 4-2 وتم حساب كل من المؤشرين كما يلي:

2.2.3.4 حساب مؤشر مايرس للذكور

ويتطبيق المراحل تحصلنا على الجدول رقم 4-4 خاص بالذكور:

جدول 4-4: حساب مؤشر مايرس للذكور (مسح 2019)

مؤشر مايرس للذكور							
U	Su	u+1	S'u	9-u	Tu	100*(Tu/T)	IM= 100*(Tu/T)-10
0	6515	1	4390	9	46025	9.05	0.95
1	6362	2	4339	8	47436	9.33	0.67
2	6289	3	4118	7	47693	9.38	0.62
3	6221	4	4236	6	50300	9.90	0.10
4	6419	5	4451	5	54350	10.69	0.69
5	6073	6	4072	4	52726	10.37	0.37
6	5862	7	4101	3	53337	10.49	0.49
7	5500	8	3826	2	51652	10.16	0.16
8	5519	9	3799	1	53470	10.52	0.52
9	5132	10	3420	0	51320	10.10	0.10
المجموع	59892	/	40752	/	508309	/	4.67

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

نلاحظ من الجدول رقم 4-4: إن قيمة مؤشر مايرس للذكور = 4.67 وهي قيمة قريبة من الصفر مما يدل على دقة التصريح بالأعمار، وحتى بالنسبة لكل رقم على حدى فإن الفرق بين النسب لكل واحد من هذه الأعداد المنقحة والعدد النظري 10 تقترب من الصفر أي أنه لا يوجد جاذبية ولا نفور عند كل الأعداد مما يدل على السلامة البنيوية للأعمار سنة بسنة بالنسبة لجنس الذكور.

3.2.3.4 حساب مؤشر مايرس للإناث

لحساب مؤشر مايرس للإناث تم استغلال الجدول رقم 4-2 فتحصلنا على الجدول رقم 4-5 خاص بالإناث.

جدول 4-5: حساب مؤشر مايرس للإناث مسح (2019)

مؤشر مايرس للإناث							
U	Su	u+1	S'u	9-u	Tu	100*(Tu/T)	IM= 100*(Tu/T)-10
0	6516	1	4191	9	44235	9.06	0.94
1	6257	2	4145	8	45674	9.36	0.64
2	6066	3	3959	7	45911	9.40	0.60
3	6065	4	3969	6	48074	9.85	0.15
4	6092	5	4241	5	51665	10.58	0.58
5	5678	6	3856	4	49492	10.14	0.14
6	5598	7	3907	3	50907	10.43	0.43
7	5375	8	3708	2	50416	10.33	0.33
8	5359	9	3713	1	51944	10.64	0.64
9	4989	10	3390	0	49890	10.22	0.22
المجموع	57995	/	39079	/	488208	/	4.67

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

نلاحظ من الجدول رقم 4-5: ان قيمة مؤشر مايرس للإناث = 4.67 وهو مساو للمؤشر مايرس عند الذكور وهي قيمة قريبة من الصفر مما يدل على دقة التصريح بالأعمار، وحتى بالنسبة لكل رقم على حدى فان الفرق بين النسب لكل واحد من هذه الاعداد المنقحة والعدد النظري 10 تقترب من الصفر أي أنه لا يوجد جاذبية ولا نفور عند كل الاعداد مما يدل على السلامة البنيوية للأعمار سنة بسنة بالنسبة لجنس الإناث.

4.2.3.4 النتيجة والمقارنة

تم التأكد من سلامة التصريح بالأعمار حسب السن للذكور والإناث وكادت ان تتعدم الجاذبية والنفور نحو التصريح بعمر ينتهي بأي رقم من 0-9، ومنه يمكن القول ان المعطيات جيدة وسليمة وهي قابلة للاستغلال في دراستنا، وبالنسبة لمؤشر مايرس حسب الجنس فإنه يمكن القول أن الإناث كانت تصريحاتهم مساوية لدقة تصريح عند الذكور بحكم تساوي القيمتين=4.67، وهي غير موافقة لما للنتائج المتوصل اليها عند حسابنا لمؤشر وييل.

3.3.4 المؤشر المركب للأمم المتحدة INCU:

يختلف المؤشر المركب لامم المتحدة عن المؤشرين السابقين، فهو يحسب انطلاقا من توزيع الأعمار حسب فئات عمرية وليس سنة بسنة وهو ما يقلل نسبة أخطاء تفضيل الأعمار نحو الاحاد ولكنه لا يزيل أخطاء الشمول والمحتوى، ويهدف إلى قياس انتظام التوزيع حسب السن والجنس فهو يترجم بصورة جيدة عدم دقة المعطيات حسب السن، وقد وضعته الأمم المتحدة لقياس دقة التعدادات والمسوح ويحسب بجمع ثلاثة اضعاف مؤشر النوع ومؤشر نسبة العمر للجنسين (INED, 1973, p19):

3 مرات مؤشر النوع + مؤشر العمر (للذكور) + مؤشر العمر (للإناث) بالصيغة

التالية :

$$IC = Jm + Jf + 3K$$

كما أن الأمم المتحدة قدمت النصائح التالية:

إذا كان هرم الأعمار به عدم انتظام يعود إلى أسباب واضحة كانخفاض الخصوبة أو الحروب أو الاوبئة....الخ فإنه يمكننا استبعاد الأعمار المعنية من الحساب، على أنه لا يتم استبعاد عدد كبير من الأعمار، حيث اعتبرت ستة نسب للفئات العمرية لكل جنس وستة نسب الذكورة كحد أدنى للقيام بحساب المؤشر، وبحسب هذا المؤشر انطلاقاً من توزيع خماسي لأعمار، ويمكن حسابه انطلاقاً من توزيع عشاري للفئات العمرية (سويقات، 2020، ص42).

طريقة حسابه:

▪ الخطوة 01: حساب نسبة الفئات العمرية لكل جنس حسب العلاقة التالية

$$f_i = \frac{2pf(i)*100}{pf(i-1)+pf(i+1)} \text{ للإناث} , m_i = \frac{2(i)*100}{pm(i-1)+pm(i+1)} \text{ للذكور}$$

▪ الخطوة 02: حساب مجموع الفروق بالقيمة المطلقة بين نسبة النوع و100 كما يلي:

$$Jm = \left(\frac{1}{13}\right) * \sum_{i=1}^{13} |m(i) - 100|$$

$$Jf = \left(\frac{1}{13}\right) * \sum_{i=1}^{13} |f(i) - 100|$$

▪ الخطوة 03: حساب نسب الذكورة $r(i) = 100 * \left(\frac{Pm(i)}{Pf(i)}\right)$

حيث: تمثل $P_m(i)$ و $F_m(i)$ عدد الأفراد في الفئات العمرية الخماسية للذكور والإناث على الترتيب

$$i=0(0-4), i=1(5-9), \dots, i=14$$

▪ الخطوة 4: حساب مجموع القيم المطلقة للفروق بين نسبة النوع ونسبة النوع الموالية K :

$$K = \left(\frac{1}{13}\right) * \sum_{i=1}^{13} |R(i) - R(i + 1)|$$

لتطبيق هذه الخطوات تم انشاء الجدول رقم إعتادا على معطيات مسح 2019 حيث تم تجميع معطيات المتعلقة بالسن في 18 فئة خماسية ابتداء من (0-4 سنة) إلى غاية (90-94 سنة) موزعين حسب النوع (ذكور/اناث).

✚ إذا كان $20 < INCU < 40$ المعطيات مقبولة نسبيا.

✚ إذا كان $INCU > 20$ المعطيات تتميز بجودة عالية.

✚ إذا كان $INCU < 40$ المعطيات تتميز ذات جودة رديئة.

تتصح الأمم المتحدة بعدم تجاوز السن 70 سنة عند حساب نسب الأعمار و الذكورة، لان بعد هذا الأعمار تعرف تغيرات هامة.

وتمهيدا لتطبيق هذا المؤشر لخصنا البنائيات الخاصة بالعمر والنوع في الجدول

رقم 4-6 إعتادا على قاعدة مسح 2019.

جدول 4-6: توزيع الأفراد حسب الفئة والجنس (مسح 2019)

رقم الفئة	الفئات العمرية	الذكور	الإناث	المجموع
0	4-0	7585	7157	14742
1	9-5	7635	7075	14710
2	14-10	6492	6269	12761
3	19-15	5737	5136	10873
4	24-20	5957	5515	11472
5	29-25	6284	5712	11996
6	34-30	6173	5486	11659
7	39-35	5476	5303	10779
8	44-40	4503	4827	9330
9	49-45	3967	4225	8192
10	54-50	3780	4236	8016
11	59-55	3131	3324	6455
12	64-60	2759	2660	5419
13	69-65	2141	1968	4109
14	74-70	1436	1297	2733
15	79-75	1006	987	1993
16	84-80	706	720	1426
17	89-85	344	379	723
18	94-90	141	155	296
/	المجموع	75253	72431	147684

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

والجدول رقم 4-7 يوضح خطوات حساب المؤشر المركب للأمم المتحدة:

جدول 4-7: حساب مؤشر المركب للأمم المتحدة مسح(2019)

K	R(i)	fi-100	mi-100	Fi	Mi	مجموع الفئتين المؤطرتين اناث	مجموع الفئتين المؤطرتين ذكور	الإناث	الذكور	الفئات العمرية	رقم الفئة
1.94	105.98				/	/	/	7157	7585	4-0	0
4.36	107.92	5.39	8.47	105.39	108.47	13426	14077	7075	7635	9-5	1
8.14	103.56	2.68	2.90	102.68	97.10	12211	13372	6269	6492	14-10	2
3.69	111.70	12.83	7.83	87.17	92.17	11784	12449	5136	5737	19-15	3
2.00	108.01	1.68	0.89	101.68	99.11	10848	12021	5515	5957	24-20	4
2.51	110.01	3.85	3.61	103.85	103.61	11001	12130	5712	6284	29-25	5
9.26	112.52	0.39	4.98	99.61	104.98	11015	11760	5486	6173	34-30	6
9.97	103.26	2.84	2.59	102.84	102.59	10313	10676	5303	5476	39-35	7
0.61	93.29	1.32	4.63	101.32	95.37	9528	9443	4827	4503	44-40	8
4.66	93.89	6.76	4.21	93.24	95.79	9063	8283	4225	3967	49-45	9
4.96	89.24	12.23	6.51	112.23	106.51	7549	7098	4236	3780	54-50	10
9.53	94.19	3.60	4.24	96.40	95.76	6896	6539	3324	3131	59-55	11
5.07	103.72	0.53	4.67	100.53	104.67	5292	5272	2660	2759	64-60	12
/	108.79	0.53	2.07	99.47	102.07	3957	4195	1968	2141	69-65	13
/	/	/	/	/	/	/	/	1297	1436	74-70	14
66.69	/	54.62	57.60				/				المجموع
k=5.13	/	fm=4.2	jm=4.43				/				المؤشرات

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6(2019).

من الجدول رقم 4-7: نلاحظ أن قيمة $Jm=4.43$ ، $Jf=4.20$ ، $K=5.13$ وعلية فإن مركب الأمم المتحدة يكون:

$$ICNU = 4.43 + 4.2 + 3 * 5.13 = 24.02$$

النتيجة: بما أن هذا المؤشر أقل من 40 وأكبر من 20 فيمكن القول ان بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات تتسم بجودة مقبولة عموماً.

وكنتيجة عامة بعد القيام بتقييم معطيات السن والجنس التي يوفرها المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 وذلك بحساب المؤشرات الثلاث تبين أنها مقبولة وسليمة وصالحة لاستغلالها في دراسة مختلف الظواهر الديموغرافية وأثر

بعض المتغيرات على بعض، كما في دراستنا هذه التي تدرس أثر الأمراض المزمنة على خصوبة النساء في الجزائر.

4.4 معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة:

يكتسي التماسك الخارجي والداخلي للبيانات أهمية كبير كونه دليل على أن البيانات المستعملة ذات جودة عالية إذا يجب الا تفوق نسبة عدم الاجابة 10%، ولمعرفة جودة البيانات في قاعدة معطيات مسح 2019 وبالضبط في الملف المدمج (ملف الأسرة-ملف المرأة في سن الإنجاب) وبعد تصفيته والإبقاء على النساء غير العازبات، قمنا بحساب نسبة عدم الاجابة لمتغيرات الدراسة المختلفة والتي اعطت نتائج جيدة عموما.

جدول 4- 8: معدل الاجابة لمختلف متغيرات الدراسة(مسح 2019)

المتغيرات	القيم المصرح بها	القيمة المفقودة	معدل الاستجابة %
مصابة بمرض مزمن واحد على الأقل	20493	15	99.93
العمر الحالي للأم	20509	00	100
وسط الإقامة	20509	00	100
الإقليم الجغرافي	20509	00	100
المستوى التعليمي	20506	03	99.98
الحالة الاقتصادية	20509	00	100
سن الزواج الأول	20345	163	99.2
مؤشر الثروة	20509	00	100

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

من خلال الجدول رقم 4-8: قمنا بحذف القيم المفقودة بما أنها لا تتعدى

10%، وتم تصفية الملف المدمج لبيانات الدراسة لما يتطلبه هذا التحليل، كما

سنبين في العنصر الموالي الخاص بخطة العمل والكيفية التي تم بها استغلال قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات.

5.4 خطة العمل وكيفية استغلال البيانات:

1. **الخطوة 01:** تم استخدام تقنية الدمج في برنامج SPS بغية الجمع بين ملفي

الأسرة والنساء في سن الإنجاب، وذلك لان ملف الأسرة HL (به المتغيرات

التالية: الجنس: HL4 الإصابة بالأمراض المزمنة MC4، وسط الإقامة HH6،

الأقاليم الجغرافية HH7)، أما ملف النساء في الإنجاب WM (به المتغيرات

الخاصة بالنسوة العمر الحالي بالسنوات WB4، العمر بالفئات العمرية

الخماسية WG، العمر عند الزواج الأول، المستوى التعليمي، النشاط

الاقتصادي، مؤشر الثروة).

2. **الخطوة 02:** تم فلترة الملف المدمج: ملف الأسرة - ملف النساء في سن

الإنجاب في متغيرين هما **متغير العمر الحالي للمرأة:** تم الإبقاء على النساء

في السن 15-49 سنة فقط، و**متغير الجنس:** تم الإبقاء على جنس الإناث

كون الذكور غير معنيين بالدراسة.

3. **الخطوة 03:** تم بناء الجداول البسيطة والمركبة للعينة المستهدفة اعتمادا على

الملف المدمج: ملف الأسرة - ملف النساء في سن الإنجاب.

4. **الخطوة 04:** تم فلتره الملف المدمج مرة ثانية :ملف الأسرة - ملف النساء في

سن الإنجاب بمتغير **الحالة العائلية**: تم الإبقاء على النسوة المتزوجات فقط

في الملف كون الدراسة تتناول الخصوبة والسلوك الإنجابي.

5. **الخطوة 05:** لتحليل الفرضيات الأولى والثانية والثالثة تم فلتره الملف المدمج

:ملف الأسرة - ملف النساء في سن الإنجاب والإبقاء على كل النسوة

المتزوجات السليمات كعينة رقم 01 والمصابات قبل زواجهن تمثلن العينة رقم

.02

6. **الخطوة 06:** لتحليل الفرضيات الرابعة والخامسة والسادسة والسابعة والثامنة تم

فلتره الملف المدمج :ملف الأسرة - ملف النساء في سن الإنجاب بمتغير **الحالة**

العائلية: تم الإبقاء على النسوة المتزوجات فقط في الملف مع فلتره الملف

حسب المتغير الوسيط تبعا للفرضيات البحثية :وسط الإقامة، الأقاليم

الجغرافية، المستوى التعليمي، مؤشر الثروة، الحالة المهنية، على التوالي.

6.4 الوسائل والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في الدراسة:

في هذا العمل تم الإعتماد بشكل رئيسي على البرنامج الإحصائي SPSS لبناء

الجداول البسيطة والمركبة وعلى برنامج Excel عند حساب النسب المئوية و

اعادة تنظيم الجداول البسيطة والمركبة والرسومات البيانية المناسبة لكل متغير مع

استخدام الإختبارات الإحصائية التي تتلاءم مع طبيعة العينة والدراسة :

- إختبارات للمقارنة متوسط بين فئتين، الأولى: النسوة المتزوجات والمصابين بمرض مزمن على الأقل قبل زواجهن والفئة الثانية: نظيراتهن من النسوة المتزوجات السليمات، وذلك للمتغيرات التالية: سن الزواج الأول، متوسط عدد الأطفال المنجبين خلال كامل الحياة الإنجابية الممتدة من تاريخ أول زواج وإلى غاية تاريخ اجراء المقابلة الخاصة بمسح 2019، متوسط التباعد بين الولادات.
- اختبار تحليل التباين لعدة عينات مستقلة، حيث أن كل مدة تمثل عينة مستقلة عن باقي العينات (المدد)
- الانحدار اللوجستي الثنائي : لتحديد قيمة الأثر الكمي للمتغير المستقل للدراسة: الوضع الصحي للمرأة ممثلا في الإصابة بالمرض المزمن(مصابة/غير مصابة) على خصوبتها وقد اعتمدنا المتغير التابع المعبر عنها ب: حدوث الإنجاب في 12 شهر السابقة لتاريخ المقابلة الخاصة بمسح 2019 (أنجبت /لم تتجب)، وذلك تبعا للمتغيرات الوسيطة التي تم التطرق إليها في الدراسة (وسط الإقامة- الإقليم الجغرافي- المستوى التعليمي- مؤشر الثروة - النشاط المهني).

خلاصة الفصل

لقد اظهرت نتائج تقييم المعطيات باستخدام المؤشرات الثلاث: مؤشر ويبيل ومايرس ومركب الأمم المتحدة ان بينات كل من الجنس والعمر في قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سليمة وذات جودة عالية وتكاد تتعدم الجاذبية والنفور فيها إذ تلعب جودتها دورا بالغ الأهمية في الحصول على نتائج دقيقة خاصة في الدراسات الديموغرافية، واطهرت النتائج كذلك تماسكا خارجيا وداخليا جيدا بإعتبار أن معدل الاجابة لمختلف المتغيرات لم تتعد نسبة عدم الاجابة 10%، وهذا ما يجعلها سليمة وصالحة لاستغلالها في دراسة مختلف الظواهر الديموغرافية وأثر بعض المتغيرات على بعض، وتطرقنا إلى كيفية اختيار الملفات التي يوفرها المسح والتي يجب أن تكون مناسبة لدراستنا.

**5.الفصل الخامس: أثر
الأمراض المزمنة على
الخصوبة من خلال مسج**

2019

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل للجانب الميداني للدراسة فنبداً أولاً بعرض عام لواقع الإصابة بالأمراض المزمنة عند جميع النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة واللواتي شملهن مسح 2019، ونشير هنا إلى أن الفئة المستهدفة في الدراسة العملية هن المتزوجات فقط، وذلك من خلال عرضها في جداول بسيطة ومركبة وتمثيلها بأشكال بيانية والتعليق عليها بدلالة المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية التي تعتبر متغيرات وسيطية في هذه الدراسة بإعتبار أن المتغير المستقل هو الإصابة بالأمراض المزمنة، ثم الإنتقال إلى التحليل والمناقشة الإحصائية لفرضيات الدراسة من خلال استعمال الاساليب الإحصائية المناسبة، للوصول إلى نتيجة البحث التي مفادها اثبات أو نفي الفرضيات البحثية للدراسة.

1.5 واقع الإصابة بالأمراض المزمنة للنساء في السن (15-49) سنة

تشير البيانات التي توفرها قاعدة معطيات مسح 2019 بتصريح ما يربو عن 3492 امرأة جزائرية في سن الإنجاب (15-49) سنة بإصابتها بمرض مزمن واحد على الأقل أي بنسبة 9.95% من مجموع النسوة المبحوثات اللواتي شملهن المسح والبالغ عددهن 35087 امرأة (عدم احتساب القيم المفقودة وغير المصرح بها) لتكون 31594 امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن بنسبة 90.05%.

فيما بلغت نسبة المصابات اللواتي تم التثبت من اصابتهم بمرض مزمن على الأقل بعد التشخيص من طرف طبيب 98.9% وهي نسبة منطقية نظرا للسياسة الصحية التي تنتهجها الجزائر من مجانية للعلاج منذ الاستقلال وإلى حد هذه الساعة، أما بخصوص من تتابعن مرضهن عند طبيب فبلغت نسبتهن 91.8%، فيما يبقى السؤال مطروحا عن مصير المريضات المتبقيات البالغة بسبتهن 8.2% اللواتي يتركن أنفسهن عرضة لمضاعفات المرض المزمن دون تلقي العلاج، والنتائج مبينة في الجدول رقم 5-1:

جدول 5- 1: توزيع النساء في السن (15-49) سنة حسب الإصابة

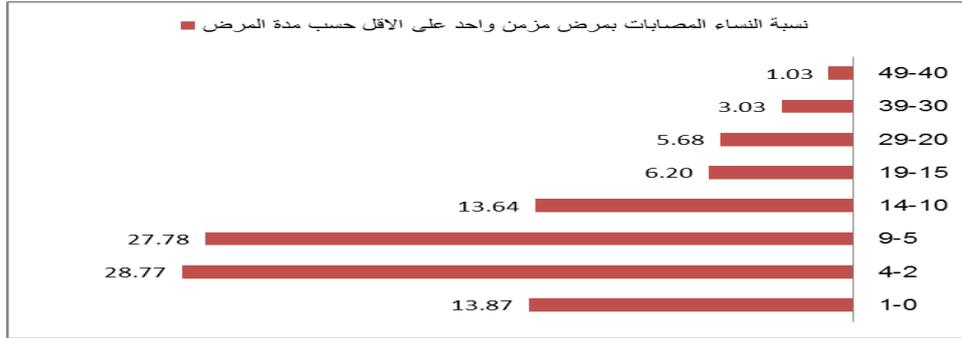
النسبة المئوية%	التكرار	الخيارات
9.95	3492	مصابة بمرض واحد على الأقل
90.05	31594	غير مصابة
100	35086	المجموع
النسبة المئوية%	التكرار	المتابعة الطبية
98.90	3450	التشخيص من طرف طبيب
91.7	3204	المتابعة عند الطبيب

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₆ (2019).

1.1.5 مدة الإصابة:

يوضح الشكل رقم 5: توزيع النسوة في السن 15-49 سنة حسب مدة الإصابة بمرض مزمن واحد على الأقل، حيث تم تقسيم المدد إلى فئات أحادية وثنائية وخماسية وعشرية، إذ تعاني 28.77% من النساء لفترة بين 02 و04 سنوات من مرض مزمن واحد على الأقل تليها أكثر من 27% قضين ما متوسطه 7.5 سنة من مرض مزمن على الأقل، و13.87% من النساء اصبن سنة المسح والتي تتساوى تقريبا مع اللواتي عانين بمرض مزمن واحد على الأقل لمدة تزيد عن 10 سنوات وتقل عن 14 سنة، فيما لا تتجاوز نسبة النسوة المصابات لمدة تقل عن 20 سنة وأكثر من 15 سنة 6.20%، أما النساء اللواتي تجاوزت مدة إصابتهن بمرض مزمن واحد على الأقل 20 سنة فمثلن 10.26% من بين مجموع النسوة اللواتي شملهن مسح 2019.

الشكل 4: رسم بياني يوضح تباين نسبة الإصابة حسب مدة المرض



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS₆) (2019).

2.1.5 الحالة الزوجية للنسوة حسب الإصابة:

يظهر الجدول رقم 5-2: توزيع النسوة ونسبة كل من الإصابة والانتشار بدلالة الحالة الزوجية، وقد ادرجنا متغير الحالة الزوجية ابتداء للإشارة إلى الفئة المعنية بدراسة السلوك الإنجابي في ظل الإصابة بالأمراض المزمنة ونقصد هنا فئة المتزوجات ليتم استغلال ذلك لاحقاً في مناقشة الفرضيات البحثية للدراسة إحصائياً.

جدول 5-2: توزيع النساء في السن (15-49) سنة حسب الحالة الزوجية والإصابة

مجموع النساء		عدد النساء المصابات		الحالة الزوجية
نسبة الانتشار %	نسبة النساء %	التكرار	نسبة الإصابة %	
4.95	41.59	14593	20.68	عزباء
13.30	54.79	19223	73.22	متزوجة
15.13	2.45	859	3.72	مطلقة
16.22	0.21	74	0.34	منفصلة
21.01	0.96	338	2.03	ارملة
9.95	100.00	35087	100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS₆) (2019).

من خلال الجدول رقم 30 لاحظنا ما يلي:

- تشكل المتزوجات أكثر من نصف النساء في العينة بنسبة 54.9%، تليها نسبة العازبات ب 41.59% فيما كانت باقي النسب أقل من 03 % بالنسبة المطلقات وأقل من 01 % لكل من المنفصلات والارامل.

- بالنسبة لمجموع النسوة اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن واحد على الأقل، فقد سيطرت فئة المتزوجات على أكثر من 73% منهن، فيما بلغت النسبة 20.68% عند العازبات، و3.72%، و2.03% و0.34% عند المنفصلات، وقد يرجع تباين النسب كون أن فئة المتزوجات أكثر عرضة لمتاعب الحياة نظرا لمختلف المسؤوليات الملقاة على عاتقهن كامهات، بحيث تتعرضن لظاهرة الولادة وما يترتب عليها من حمل ورضاعة وانجاب وربما تتعرضن لخطر أمراض الحمل، إضافة إلى المسؤوليات الاجتماعية من رعاية صحية للأطفال، متابعة تعليم الأطفال وتربيتهم وغيرها، وهذا ما يشكل لهن ضغوطات نفسية قد تتسبب أو تساهم في ظهور أمراض كضغط الدم والسكري وغيرهما من الأمراض.

- بلغت أعلى نسبة إنتشار المرض عند فئة الارامل ب21.01% تليها كل من فئة المنفصلات والمطلقات والمتزوجات ب16.22% و15.13% و13.30% على التوالي، فيما لم تتجاوز نسبة الإصابة 4.95% عند العازبات، ويمكن القول إن حدة إنتشار الأمراض المزمنة في كل فئة من فئات الحالة الزوجية له

علاقة بمتغير العمر فيكون السن عند فئة الارامل أكبر منه عند فئتي العازيات والمتزوجات وهذا ما يظهره الجدول رقم 5-3: فنجد أن الفئة 45-49 سنة تمثل أكثر من 60% بالنسبة للأرامل، أما المطلقات والمنفصلات فيرجع إلى الإنتقال من حالة الزواج إلى الطلاق أو الانفصال مما يرفع من احتمال الإصابة بأمراض مزمنة نظرا لتعرض هاتين الفئتين لضغوطات نفسية وتوتر يسبب الضغط الدموي وأمراض القلب والسكري وباقي الأمراض التي ذكرت في المسح والتي سنرى ترتيب إنتشارها من الأعلى إلى الأدنى في العنصر الموالي.

يمثل الجدول أدناه رقم 5-3: توزيع النسوة في السن الإيجابي واللواتي صرحهن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل حسب كل من العمر الحالي وحالتهم الزوجية، حيث يظهر وجود العلاقة الطردية بين العمر ونسبة الإصابة مهما كانت الحالة الزوجية فعلى سبيل المثال نرى أن أعلى نسبة دوما في الفئة العمرية 45-49 سنة كما يلي : 66.20%، 41.67%، 39.98%، 30.77% لكل من الارامل والمنفصلات والمتزوجات والمطلقات على التوالي، باستثناء العازيات فكانت أعلى نسبة 20.11% في الفئة العمرية 15-19 سنة وتفسر ان اغلب العازيات الذين شملهم مسح 2019 هن في السن 15-19 سنة.

جدول 5-3: توزيع المصابات (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية لها

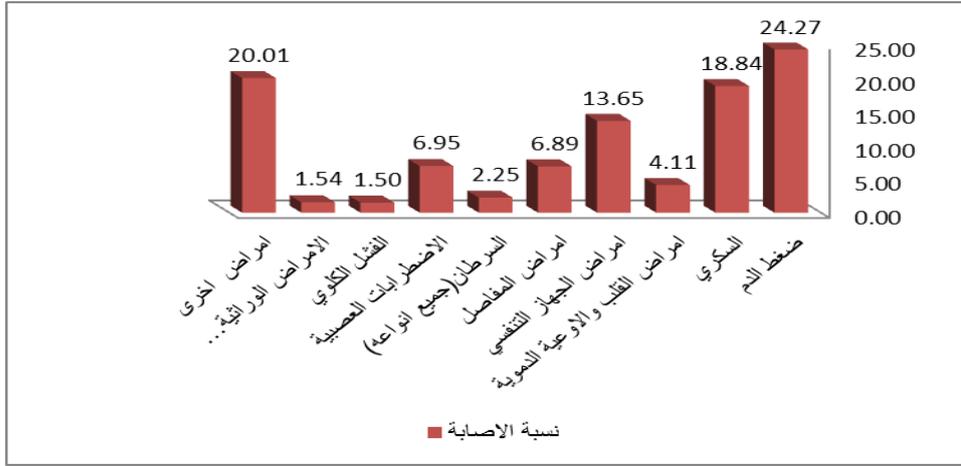
العمر الحالي	الحالة الزوجية	العازبات	المتزوجات	المطلقات	المنفصلات	الارامل
19-15	20.11	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00
24-20	15.01	1.02	0.00	0.00	0.00	0.00
29-25	9.23	6.03	9.23	16.67	0.00	0.00
34-30	13.09	8.65	10.00	16.67	2.82	0.00
39-35	15.56	16.67	20.77	8.33	5.63	0.00
44-40	13.64	27.58	29.23	16.67	25.35	0.00
49-45	13.36	39.98	30.77	41.67	66.20	0.00
المجموع	100	100	100	100	100	100

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

3.1.5 نوع المرض المزمن:

يلخص الشكل رقم 06 تقسيم النسوة في سن الإنجاب سنة 2019 حسب نوع المرض الأول الذي يعانين منه، بغض النظر عن ما إذا كانت المرأة تعاني من مرض مزمن ثان، بحيث لاحظنا أن أكثر مرض مزمن تعاني منه النساء في سن الإنجاب هو ضغط الدم بنسبة 24% يلي ذلك داء السكري على وجه التحديد 18.84% هذا إذا استثنينا الأنواع الأخرى من الأمراض المتبقية مجتمعة والتي لم يحددها المسح ب 20.01%، يلي ذلك أمراض الجهاز التنفسي 13.65%، لتحتل كل من الاضطرابات العصبية وأمراض المفاصل وأمراض القلب والسرطانات و الفشل الكلوي والأمراض الوراثية المراتب الاخيرة ما بين 6.89 % و 1.5 % ويمكن مرد ذلك إلى أن هذه الأمراض تظهر بتقدم العمر، أما الأعمار التي في العينة هي ما بين 15- 49 سنة فقط.

الشكل 5: أعمدة بيانية توضح توزيع المصابات حسب نوع المرض



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019).

2.5 الخصائص السوسيو ديموغرافية والإقتصادية للنساء في السن 15-49 سنة:

نتناول في هذا العنصر خصائص المبحوثات أي جميع النسوة في سن الإنجاب (15-49) سنة من المجتمع الجزائري بناء على قاعدة معطيات متعدد المؤشرات 2019 (Mics₆) التي تم اختيارهن بطريقة عشوائية ومقابلتهن بنجاح حيث بلغ عددهن 35110 مبحوثة، موزعة حسب الخصائص السوسيو ديموغرافية والإقتصادية، حيث تمثل هذه الخصائص في حقيقة الأمر المتغيرات الوسيطة التي سيتم التطرق إليها في هذه الدراسة، وتذكيرا فإنه عند مناقشة الفرضيات تم تصفية الملف والإبقاء على النساء المتزوجات فقط لان المتغير التابع محل الدراسة يتعلق بالخصوبة: (متوسط عدد الأطفال - متوسط التباعد - ظاهرة الإنجاب).

1.2.5 العمر الحالي للنساء في السن 15-49 سنة:

يعتبر العمر من بين أهم الخصائص التي يعتمد عليها في الدراسات الديموغرافية بشكل عام وفي دراستنا بشكل خاص، إذ يمثل سببا كامنا للإصابة بالأمراض المزمنة نتيجة للعلاقة الطردية بين التقدم في العمر وبداية ظهور الأعراض المرضية في جسم الانسان من جهة وللبيئة الإجتماعية والمسؤوليات الملقاة على عاتقه كلما تقدم في العمر من جهة أخرى، وهذا ما يرجح وجود المشكلات والضغوطات الأسرية المادية منها والمعنوية فتظهر لدى الشخص أمراض مزمنة كضغط الدم وداء السكري وأمراض القلب، الأمر الذي يمكن أن نستشفه من خلال الجدول رقم 5-4: الذي يعرض توزيع النسوة بدلالة الفئة العمرية الحالية للأم (15-49 سنة) ونسب الإصابة بالأمراض المزمنة من بين مجموع المصابات ومعدل الانتشار من بين جميع المبحوثات.

جدول 5-4: توزيع النساء (15-49) سنة حسب العمر الحالي والإصابة

العمر الحالي	النساء المصابات		مجموع النساء المبحوثات	
	النسبة الإصابية %	التكرار	نسبة الإنتشار %	التكرار
19-15	4.24	148	3.07	4826
24-20	3.87	135	2.62	5161
29-25	6.73	235	4.28	5490
34-30	9.51	332	6.13	5416
39-35	16.29	569	10.87	5233
44-40	24.68	862	18.04	4777
49-45	34.68	1211	28.95	4183
المجموع	100.00	3492	9.95	35086

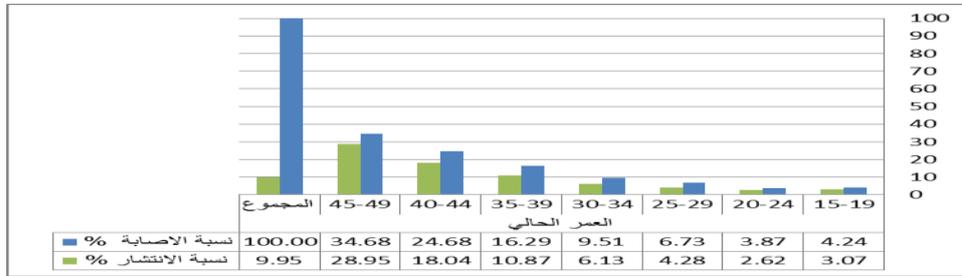
المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019).

فمن خلال الجدول رقم 5-4: نلاحظ وجود تفاوت في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة بين النساء المصابات بمرض مزمن واحد على الأقل وذلك في سن الإنجاب اللواتي شملهن مسح 2019 حسب الفئات العمرية فكانت النسب بين 34.68% في الفئة العمرية 45-49، و24.68% في الفئة العمرية 40-44 بفرق قدره 10 نقاط، لتكون أقل نسبة إصابة 3.87% للفئة العمرية 20-24 تليها 4.24% للفئة العمرية الصغرى، وقد يكون التباين في نسبة الإصابة راجع إلى عدد المصابين في هذه الفئتين، أما فيما يخص نسبة الانتشار بدلالة الفئة العمرية ابتداء من 2.62% و3.07% على التوالي في الفئة العمرية 20-24 سنة و15-19 سنة على التوالي لتبلغ أعلى قيمة لها 28.95% من النساء في سن الإنجاب اللواتي شملهن مسح 2019 في الفئة العمرية 45-49، وقد بلغت نسبة الانتشار الكلية 9.95%، نفهم مما تقدم ان خطر الإصابة بالأمراض المزمنة بالنسبة للأمم في سن الإنجاب يكون في الفئة العمرية 45-49 سنة أعلى مقارنة بالفئات العمرية الأقل منها، مما يستوجب أخذ الحيطة والحذر خاصة فيما يخص الرغبة في الحمل في هذا السن ولاشك ان التفاعل بين العوامل البيولوجية والديموغرافية يعد عاملا مهما وسببا في تفسير زيادة احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة ويظهر ذلك من خلال بداية عجز وضعف اعضاء الجسم عن تأدية الوظائف بشكل طبيعي، وبحساب المتوسط الحسابي للأعمار نجد أن أكثر عمر معرض

لاحتتمال الإصابة بالأمراض المزمنة من مجموع المصابين هو العمر 39.13 سنة.

والشكل رقم 07 يبين نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة من بين مجموع المصابات ونسبة إنتشار الأمراض المزمنة من بين جميع المبحوثات في سن الإنجاب حسب الفئات العمرية.

الشكل 6: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة ومعدل الإنتشار حسب العمر



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019).

2.2.5 وسط إقامة النساء في السن 15-49 سنة:

من المعلوم أن خصائص وسط الإقامة في الريف تختلف بشكل عام عن وسط الإقامة في الحضر، هذا الإختلاف من الممكن جدا أن يؤثر على السلوكيات الديموغرافية لساكنة كل وسط، كما يرتبط التغير الاجتماعي الحاصل في الوسط الحضري بمظاهر التمدن والتوسع العمراني كسبب للنمو السكاني، ينتج عن هذه التغيرات بروز سلوك معين للفرد كنوع الغذاء وكمه، مقدار الحركة نظرا لتوفر المواصلات والمهن الإدارية المتوفرة كل هذا يشكل ضغوطات مستمرة في حياة الفرد عامة وحياة المرأة حال الإنجاب خاصة، وعليه من الوارد جدا إعتبار وسط

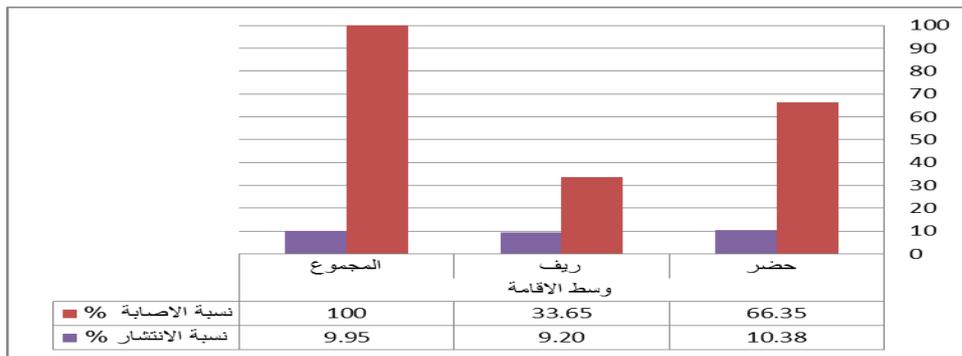
الإقامة كأحد المتغيرات التي تؤثر في معدلات إنتشار الأمراض المزمنة لدى النساء في سن الإنجاب، بحيث تنتشر الأمراض المزمنة في الوسط الحضري بحدّة تفوق الوسط الريفي وهذا ما تظهره النتائج المستخرجة من البيانات التي يوفرها مسح 2019 الموضحة في الجدول رقم 5-5، والشكل 08 الموافق له، بحيث لاحظنا من خلاله:

جدول 5-5: توزيع النساء حسب الإصابة ووسط الإقامة

مجموع النساء المبحوثات		عدد النساء المصابات		وسط الإقامة
نسبة الإنتشار %	التكرار	نسبة الإصابة %	التكرار	
10.38	22322	66.35	2317	حضر
9.20	12765	33.65	1175	ريف
9.95	35087	100	3492	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₆(2019).

الشكل 7: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة والإنتشار حسب وسط الإقامة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₆(2019).

نلاحظ أن أكثر من 66% من النسوة المصابات بمرض واحد على الأقل يقطن بالحضر مقابل 33.65% يقطن في الريف، فيمكن القول أن إنتشار الأمراض المزمنة في منطقة الحضر تزيد حداثها عند النساء في سن الإنجاب

مقارنة بمثيلاتهن في الريف، أما بالنسبة لنسبة الإنتشار في كل وسط إقامة، فنجد أن 10.38% من مجموع النساء القاطنات في الحضر اصبن بمرض مزمن واحد على الأقل مقابل ان 9.2% من المبحوثات القاطنات في الريف اصبن بمرض واحد على الأقل، ونلاحظ أنه رغم تقارب نسبة الإنتشار في الحضر والريف الا ان تزايد إنتشار الأمراض المزمنة في الوسط الحضري 10.38% يفوق السرعة التي ينتشر بها في الريف وهذا يؤكد ان النمط المعيشي للأفراد يساهم بشدة في زيادة إنتشار الأمراض المزمنة وتبقى حدة الإنتشار الكلية 9.95%.

3.2.5 الأقاليم الجغرافية:

يبين الجدول رقم 5-6 والشكل رقم 9 نسبة الإصابة ونسبة الإنتشار بالأمراض المزمنة بدلالة الأقاليم الجغرافية من بين كل من النساء المصابات بالأمراض المزمنة و مجموع المبحوثات اللواتي شملهن مسح 2019 واللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة على التوالي.

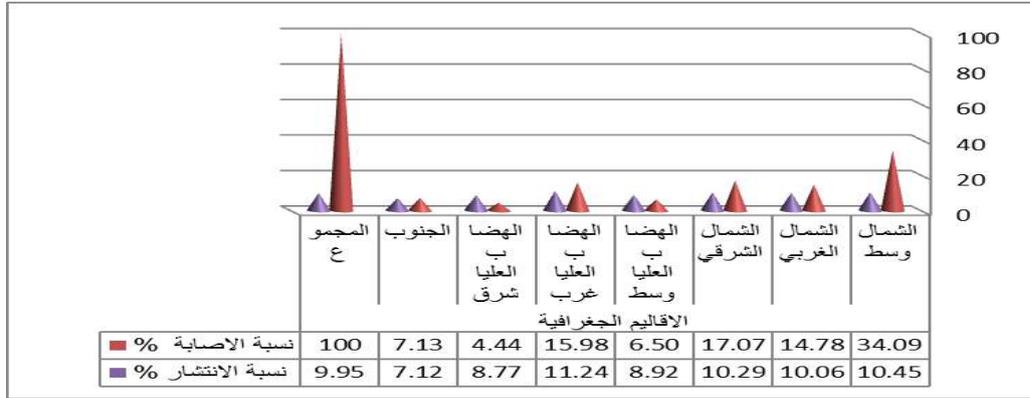
جدول 5- 6: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة والأقاليم الجغرافية

مجموع النساء المبحوثات		النساء المصابات		الإقليم الجغرافي
نسبة الانتشار %	التكرار	نسبة الإصابة %	التكرار	
10.45	11389	34.09	1190	الشمال وسط
10.06	5129	14.78	516	الشمال الغربي
10.29	5792	17.07	596	الشمال الشرقي
8.92	2545	6.50	227	الهضاب العليا وسط
11.24	4965	15.98	558	الهضاب العليا غرب
8.77	1767	4.44	155	الهضاب العليا شرق
7.12	3498	7.13	249	الجنوب
9.95	35085	100	3491	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019).

والشكل رقم 05 يبين توزيع المبحوثات حسب نسب الإصابة بالأمراض المزمنة بدلالة الأقاليم الجغرافية:

الشكل 8: رسم بياني يوضح نسب الإصابة والانتشار حسب الأقاليم الجغرافية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics₆ (2019).

نلاحظ ما يلي: وجود تباين في نسب الإصابة بين أقاليم معينة وتقاربها في

أخرى فنجد أن أعلى نسبة كانت في إقليم الشمال وسط بـ 34.09% بـ 1190

مصابة من بين مجموع المصابات والتي بلغ عددهن 3491 مصابة، يليه كل من

الشمال الشرقي، إقليم الهضاب العليا غرب والشمال الغربي بنسب متقاربة جدا 17.07% و 15.98% و 14.78% على التوالي وبفارق كبير بينهما وبين إقليم الشمال وسط 17.02 و 18.11 و 19.31 نقطة على التوالي، في حين لا تتعدى نسبة الإصابة في إقليمي الجنوب والهضاب العليا وسط 7.13% و 6.50% على التوالي، وسجلت أدنى نسبة إصابة في الهضاب العليا شرق ب 4.44% وبفارق بينها وبين إقليم الشمال وسط يقدر ب 29.65 نقطة ويعزى هذا التفاوت في النسب إلى عدد السكان في كل إقليم وبالتالي زيادة احتمال الإصابة.

أما نسبة الانتشار في كل إقليم على حدى فقد سجلت أعلى قيمة لها في إقليم الهضاب العليا غرب ب 11.24% أما في إقليم الشمال فكانت متقاربة بفارق بينهم لا يتعدى 0.39 نقطة مع تسجيل النسبة الأعلى لإقليم شمال وسط 10.45% ثم إقليم الشمال الشرقي 10.29%، يليهما إقليم الشمال الشرقي 10.06%، يلي على الترتيب إقليم الهضاب العليا وسط، الهضاب العليا شرق 8.92% و 8.77% لتسجل أقل نسبة في إقليم الجنوب الجزائري ب 7.12% وبفارق بينها وبين أعلى نسبة أي في إقليم الهضاب العليا غرب يقدر ب 3.33 نقطة، ونلاحظ أن كل من إقليم الهضاب العليا غرب والأقاليم الشمالية قد ساهمت في رفع النسبة المتوسطة في الجزائر إلى 9.95% باعتبارها أكبر من هذه القيمة (11.24%، 10.45%، 10.29%، 10.06%) على عكس باقي

الأقاليم الأخرى التي ساهمت في خفض النسبة باعتبارها أقل من 9.95% وخاصة إقليم الجنوب بفارق 2.83 نقطة، وقد يعزى هذا الإختلاف في نسب الإصابة إلى مناخ المنطقة الذي يتميز بالرطوبة العالية فكلما اتجهنا شمالاً (نحو البحر) تزداد نسب الإصابة بالأمراض المزمنة إضافة إلى الازدحام السكاني المميز للمناطق الوسطى الذي ينجر عنه ضغوطات نفسية واجتماعية إضافة إلى كثرة المصانع المتواجدة بها مما يزيد التلوث الذي هو سبب لكثير من الأمراض التنفسية كالربو، وتبعاً لذلك لنمط الحياة الحضرية التي تميز هذه المناطق بخلاف المنطقة الجنوبية أي أن الأمراض المزمنة تنتشر أكثر في المناطق الأكثر ازدحاماً وتلوثاً ورطوبة.

4.2.5 المستوى التعليمي للنساء في السن 15-49 سنة:

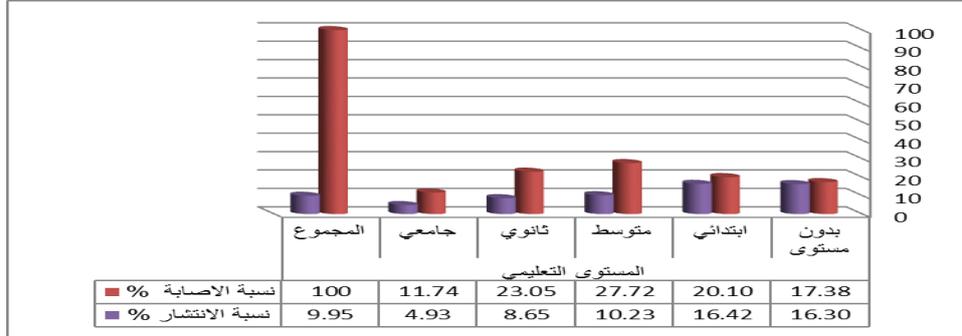
يوضح الجدول رقم 5-7 والشكل 10 المرافق له نسب الإصابة بالأمراض المزمنة و إنتشارها لدى النساء في سن الإنجاب والتي شملهن مسح 2019 بدلالة المستوى التعليمي لهن لدى كل من المصابات ومجموع المبحوثات على التوالي:

جدول 5-7: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة والمستوى التعليمي

مجموع النساء المبحوثات		عدد النساء المصابات		المستوى التعليمي
نسبة الإنتشار %	التكرار	نسبة الإصابة %	التكرار	
16.30	3725	17.38	607	بدون مستوى
16.42	4274	20.10	702	ابتدائي
10.23	9458	27.72	968	متوسط
8.65	9301	23.05	805	ثانوي
4.93	8324	11.74	410	جامعي
9.95	35082	100	3492	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₆ (2019).

الشكل 9: رسم بياني يوضح نسب الإصابة والانتشار حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS₆ (2019).

لاحظنا تباينا في نسب الإصابة تبعا للمستوى التعليمي، فأكثر من ربع المصابات في الجزائر والتي ينتمين للفئة العمرية 15-49 سنة ذوات المستوى المتوسط 27.72%، تليها ذوات المستوى الثانوي فالابتدائي ثم التي بدون مستوى ب 23.05%، 20.10%، 17.38% على التوالي، لتكون ذوات المستوى التعليم العالي في ذيل الترتيب ب 11.74%، والفرق شاسع بين النساء ذوات التعليم العالي وغيرهن من المستويات الأخرى بفارق تراوح بين 5.64 و 15.68 نقطة وقد يفسر ذلك بمستوى الوعي الصحي واكتساب الثقافة الصحية لدى الجامعيات وبذل قصارى الجهد في الوقاية من هذه الأمراض بأخذ سبل اللاتقة، أما نسبة الانتشار في كل مستوى على حدى فيظهر الفرق بشكل واضح حيث بلغت نسبة الانتشار عند ذوات المستوى الابتدائي واللواتي دون مستوى ب 16.42% ثم 16.30% على التوالي، يلي ذلك ذوات المستوى المتوسط فالثانوي ب 10.23%، 8.65% على التوالي، لتكون ذوات المستوى العالي أقل نسبة إنتشار ب 4.93% بفارق

تراوح بين 3.72 و 11.49 نقطة بينهن وبين ذوات المستويات الدنيا، وتساهم النساء ذوات كل من المستويات الدنيا بدليل زيادتها عن نسبة الإنتشار الكلية والتي تبلغ 9.95% أما ذوات المستويات كل من الثانوي والجامعي لم تتعدى نسبة الإنتشار الكلية، ومن خلال القراءة الوصفية يتراءى لنا وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي والإصابة بالأمراض المزمنة بحيث كلما زاد المستوى التعليمي للنساء في سن الإنجاب انخفض إنتشار الأمراض المزمنة لديهن.

5.2.5 مؤشر الثروة:

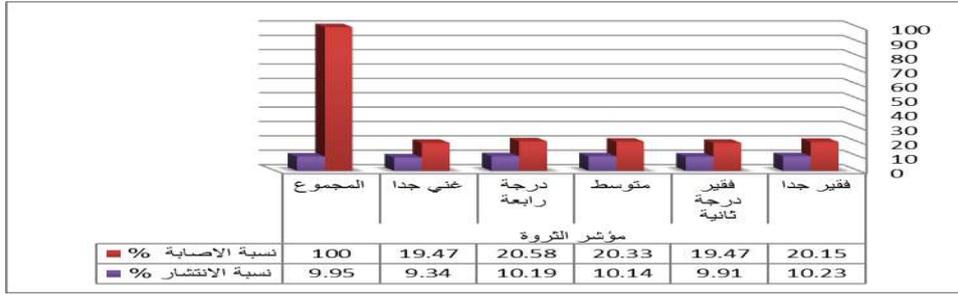
يبين الجدول رقم 5-8 والشكل المرافق له رقم 11 الذي يوضح توزيع المبحوثات المصابات بمرض مزمن واحد على الأقل وكذلك مجموع النسوة المبحوثات بدلالة الوضعية المادية أي الرفاه الاقتصادي لهن ممثلا في مؤشر الثروة للأسر المنتميات اليهن:

جدول 5-8: توزيع النساء (15-49) سنة حسب الإصابة و مؤشر الثروة

مجموع النساء المبحوثات		النساء المصابات		مؤشر الثروة
نسبة الإنتشار %	التكرار	نسبة الإصابة %	التكرار	
10.23	6882	20.15	704	فقير جدا
9.91	6860	19.47	680	فقير
10.14	7005	20.33	710	متوسط
10.19	7059	20.58	719	غني
9.34	7282	19.47	680	غني جدا
9.95	35088	100	3493	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

الشكل 10: أعمدة بيانية توضح نسب الإصابة والانتشار حسب مؤشر الثروة



المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

نلمح وجود تقارب في نسبة الإصابة في مختلف مستويات الرفاه الاقتصادي. حيث سجلت أعلى نسبة إصابة 20.58% لصالح النساء المنتميات للأسر الغنية، تلتها النساء المنتميات للأسر المتوسطة ليست بالغنية ولا بالفقيرة بـ 20.33% في حين بلغت النسبة عند النساء المنتميات للأسر الفقيرة جدا 20.15%، وتساوت فئة كل من النساء اللواتي ينتمين لأسر غنية جدا وأسر فقيرة أي التي مستواهن المادي افضل بقليل من الفقيرات جدا بنسبة 19.47% والتي تمثل أقل نسبة إصابة وبفارق بينها وبين مثيلاتها في الطبقة الغنية يقدر بـ 1.11 نقطة فقط.

كما سجلنا تفاوتاً وان كان طفيفاً جداً في نسبة الانتشار التي تعبر عن مدى انتشار الأمراض المزمنة في أوساط النساء في سن الإنجاب والتي شملهن مسح 2019، فكانت أعلى نسبة عند النسوة اللواتي تنتمين إلى أسر فقيرة جداً بـ 10.23% في حين سجلنا أقل نسبة انتشار عند اللواتي ينتمين إلى أسر غنية جداً بـ 9.34% وبفارق بينها وبين فئة الفقيرات جداً 0.89 نقطة كما نلاحظ مساهمة فئة النسوة اللواتي تنتمين إلى الأسر جد فقيرة والأسر الغنية واللواتي

مستواهن المادي متوسط ساهمن في رفع النسبة الوطنية لإنتشار الأمراض المزمنة بين النساء في سن الإنجاب والتي قدرت ب 9.95% باعتبارها أكبر من هذه القيمة كما يلي: (10.23%، 10.19%، 10.14%) على التوالي على غرار فئة كل من النسوة اللواتي تنتمين إلى أسر غنية جدا وأسر فقيرة التي ساهمت في خفض النسبة باعتبارها أقل من 9.95% وخاصة فئة الغنيات جدا بفارق 0.61 نقطة.

6.2.5 الحالة المهنية:

لاشك ان لممارسة النشاط الاقتصادي للأفراد أثر على الصحة النفسية والبدنية نتيجة الجهد الفكري والعضلي المبذول، ومن الممكن جدا ان يزيد هذا الجهد في رفع احتمال التعرض للإصابة بالأمراض المزمنة، ومن خلال بيانات الجدول رقم 5-9: الذي يوضح توزيع المصابات بمرض مزمن واحد على الأقل وكذلك مجموع النسوة المبحوثات بدلالة ممارسة النشاط الاقتصادي من عدمه:

جدول 5-9: توزيع النساء حسب الإصابة والحالة المهنية

مجموع النساء المبحوثات		عدد النساء المصابات		الحالة المهنية
نسبة الإنتشار %	التكرار	نسبة الإصابة %	التكرار	
9.18	4773	12.54	438	تمارس نشاط اقتصادي
10.07	30314	87.46	3054	لا تمارس أي نشاط اقتصادي
9.95	35087	100	3492	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

وجد أنه تم تسجيل إصابة 3492 امرأة لا تمارس أي نشاط اقتصادي بمرض مزمن واحد على الأقل بنسبة إصابة 87.46% ونسبة إنتشار 10.07% من مجموع المصابات ومجموع النساء المبحوثات على التوالي، أما اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا لم تتعدى كل من نسبة الإصابة 12.54% ونسبة إنتشار 9.18% من بين مجموع المصابات ومجموع المبحوثات على التوالي، أي أن عدد النساء المصابات اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا هن اللواتي رفعت نسبة الإنتشار الكلية والتي بلغت 9.95%، ويرجع زيادة نسبة الإنتشار عند من لا يمارسن أي نشاط اقتصادي إلى المستوى التعليمي لديهن بحكم العلاقة العكسية بين احتمال الإصابة المزمنة والمستوى التعليمي، فمن خلال الجدول رقم 5-10 نجد أن النساء ذوات المستوى الجامعي ويمارسن نشاطا اقتصاديا أكثر من 59%.

جدول 5-10: توزيع المبحوثات حسب الحالة المهنية والمستوى التعليمي

اللواتي تمارسن نشاطا اقتصاديا	بدون مستوى	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
التكرار	104	186	547	1100	2838	4775
النسبة %	2.178	3.89	11.45	23.03	59.43	100

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

بغية الوصول إلى الهدف الرئيسي في الموضوع وهو دراسة أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على الخصوبة عمدنا إلى هذه الجزء الأهم من الفصل الخامس

الذي نتناول فيها تحليل ومناقشة الفرضيات البحثية محل الدراسة إحصائياً، قمنا بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية الجاهزة: spss تبعاً لكل فرضية على حدى:

3.5 مناقشة وتحليل الفرضيات

1.3.5. الفرضية الأول:

يختلف متوسط سن الزواج الأول عند النساء المتزوجات اللواتي شملهن مسح 2019 بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن، حيث يتوقع ان يزيد سن الزواج الأول عند المصابات مما هو عليه عند السليمات.

1.1.3.5 أعمار المتزوجات عند الزواج الأول :

يعتبر السن عند الزواج الأول من أهم العوامل المؤثرة على مستويات الخصوبة في المجتمعات البشرية التي يكون فيها الزواج الإطار القانوني والشرعي للاقتران، فمن خلال الجدول رقم 5-11: الذي يوضح توزيع السن عند الزواج الأول للنسوة المتزوجات المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات وذلك: نجد أنتشار الأمراض المزمنة تنتشر طردياً مع السن الأول للزواج فكلما زاد إنتشار الأمراض المزمنة في أوساط النسوة فانه سيتأخر السن الأول الذي تتزوج فيه، فعلى سبيل المثال النسوة اللواتي يتزوجن في سن 34 سنة وأكثر هن أكثر عرضة للإصابة للأمراض المزمنة إذ بلغت نسبة الإنتشار 5.43%، ثم تتناقص النسبة مع تناقص سن الزواج فالذين تزوجوا في العمر 20 سنة فأكثر تجاوزت نسبة إنتشار الأمراض المزمنة في أوساطهن 2%، وتقل عن 1.6% للذين تزوجوا

في السن 19-21 سنة بينما بلغت النسبة عند اللواتي تزوجن في سن أقل من 18 سنة 1.94%.

جدول 5- 11: المتزوجات حسب السن الأول للزواج والإصابة

الإصابة بالأمراض المزمنة						السن الأول عند الزواج
المجموع		سليمات		مصابات قبل ان يتزوجن		
%	العدد	%	العدد	%نسبة الإنتشار	العدد	
10.88	1960	10.93	1922	1.94	38	18-10
23.58	4248	23.78	4181	1.58	67	21-19
25.45	4585	25.50	4483	2.22	102	24-22
19.28	3474	19.24	3382	2.65	92	27-25
10.46	1884	10.40	1829	2.92	55	30-28
5.14	926	5.10	896	3.24	30	33-31
5.21	939	5.05	888	5.43	51	34 فأكثر
100	18016	100	17581	2.41	435	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics6) (2019).

يبدو من خلال المعطيات الملخصة في الجدول أعلاه رقم 5-11: وجود علاقة بين الإصابة بالأمراض المزمنة وتأخر سن الزواج الأول، ومن أجل الاثبات الإحصائي لهذه العلاقة، أي وجود أثر للأمراض المزمنة على سن الزواج الأول، وظفنا إختبارت لعينتين مستقلتين بإعتبار أن السحب كان عشوائياً والمتغير التابع (السن عند الزواج الأول) كمي، بحيث تمثل النساء المصابات بأمراض مزمنة أن يتزوجن: العينة الأولى، والنساء السليمات عينة أخرى مستقلة عنها، وذلك وفق الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي سن الزواج الأول عند كل من النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل أن يتزوجن والنساء السليمات.

H1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي سن الزواج الأول عند كل من النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل أن يتزوجن، والنساء السليمات.

بعد تطبيق الإختبار الإحصائي إعتمادا على برنامج SPSS تم الحصول على ما يلي:

المخرج رقم 1 : الخصائص الوصفية للعينتين المستقلتين

Statistiques de groupe

Malade chronique	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard Moyenne
?ge au premier mariage / union OUI	436	25.78	5.971	.286
NON	17581	24.00	5.084	.038

المخرج رقم 2 : إختبار ت لعينيتين مستقلتين

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence		
								Inférieure	Supérieure	
?ge au premier mariage / union	Hypothèse de variances égales	20.58	.000	7.2	18015	.000	1.783	.248	1.298	2.269
	Hypothèse de variances inégales			6.18	450.773	.000	1.783	.289	1.216	2.350

من خلال نتائج تطبيق إختبار ت نتحصل على مخرجين:

المخرج رقم 01 Statistiques de groupe: وبه بعض الخصائص الوصفية

للعينتين المستقلتين :

نلاحظ من خلاله ان متوسط السن عند الزواج الأول للمصابات بأمراض مزمنة قبل تاريخ الزواج بلغ 25.78 سنة بانحراف معياري قدره 5.971 وهو أكبر من متوسط السن عند الزواج الأول للسليمات والذي بلغ 24 سنة بانحراف معياري 5.084، ولمعرفة ما إذا كان هذا الفرق دال إحصائياً نخرج إلى:

المخرج رقم 02 Test d'échantillons indépendants: ويحوي كل :

- إختبار ليفيني لإختبار تجانس العينتين (والعمود الثاني والثالث والرابع): حيث نجد قيمة $F = 20.584$ بمستوى الدلالة أقل من 0.05 أي أن تباين المجموعتين غير متساو، بمعنى أن المجموعتين غير متجانستين مما يخولنا لاعتماد السطر الثاني.

- إختبار ت لإختبار الفروق بين متوسطي المجموعتين: ففي العمود الخامس والسادس والسابع في السطر الثاني نجد قيمة ت $= 6.182$ بدرجة حرية 450.773 ومستوى دلالة 0.00 أقل من 0.05 أي أن الفرق جوهري ودال إحصائياً بين متوسطي سن الأول عند الزواج لدى العينتين، أي أننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة، بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي سن الزواج الأول عند كل من النساء المصابات بأمراض

مزمنة قبل ان يتزوجن، والنساء السليمات عند مستوى دلالة 0.05، أما العمود الثامن والتاسع والعاشر فيظهر كل من الفرق بين متوسطي سن الزواج لدى العينيتين 1.783 سنة، الخطأ المعياري للفرق بين المتوسطين 0.289، ومجال الثقة للفرق بين المتوسطين بنسبة 95% (1.216 - 2.350) أي أن الفرق لا يزيد عن 2.350 سنة ولا ينقص عن 1.216 سنة.

ومنه

فإننا نقبل الفرضية البحثية الأولى وهي مثبتة إحصائياً والتي تفيد باختلاف متوسط سن الزواج الأول للسليمات عن المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن، إذ بلغ سن الزواج الأول عند المصابات 25.78 سنة وهو أقل مما هو عليه عند السليمات 24.00 سنة، ويفسر هذا بأن الوضع الصحي للمرأة قد يشغلها عن التفكير في الزواج من جهة ومن توجيه أعباء الاستشفاء المادية والمعنوية من جهة أخرى، ناهيك عن العادات الإجتماعية التي تغلب على المجتمع الجزائري إذ يكون هناك نفور دوماً من المرأة التي تكون بها علة مرضية.

وعليه يمكن القول بأنه يمكن إعتبار الإصابة بالمرض المزمن من بين أسباب تأخر سن الزواج للمرأة المصابة، فيؤدي ذلك إلى تقليص مدة حياتها الإنجابية وبالتالي التقليل من عدد مواليدها أي خفض مستواها الخصوبي مقارنة بالمرأة السليمة.

2.3.5 الفرضية الثانية:

يوجد فرق في متوسط عدد الأولاد لدى النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل قبل ان يتزوجن، إذ ان الوضع الصحي للأم يؤثر بشكل مباشر على مستوى الخصوبة لديها .

1.2.3.5 متوسط عدد الأولاد لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن

والسليمات:

بغية تحليل الفرضية الثانية والمتعلقة بالوضع الصحي للمرأة ممثلا في الإصابة بمرض مزمن على الأقل ومتوسط عدد الأطفال ومتوسط التباعد لدى كل من النسوة المتزوجات والمصابات بمرض مزمن على الأقل قبل زواجهن ومثيلاتهن السليمات تم انشاء الجدول رقم 5-12: الذي يظهر ان نسبة النساء اللواتي ليس لديهن ولا طفل وهن مصابات قبل زواجهن 13.96% وهي أكبر من نسبة النساء السليمات اللواتي ليس لديهن أي طفل ب12.61%، أما التمثيل الأكبر من النسوة اللواتي اصبن قبل زواجهن بمرض مزمن على الأقل فكان من نصيب من لديهن طفلين ب 21.97%، مقابل 22.5% بالنسبة السليمات ولديهن 03 اطفال، وهذا يحيلنا إلى إختبار الفرق بين متوسط عدد الأطفال لدى كل من النسوة اللواتي اصبن قبل زواجهن والسليمات.

جدول 5- 12: توزيع عدد الأطفال المنجبين حسب الإصابة

الإصابة بمرض مزمن على الأقل						عدد الأولاد
المجموع		سليمات		مصابات بمرض مزمن قبل ان يتزوجن		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
12.64	2278	12.61	2217	13.96	61	0
17.19	3098	17.19	3022	17.39	76	1
22.32	4021	22.32	3925	21.97	96	2
22.46	4047	22.5	3956	20.82	91	3
14.68	2646	14.67	2580	15.1	66	4
6.51	1173	6.5	1142	7.09	31	5
4.2	756	4.21	740	3.66	16	6 فأكثر
100	18019	100	17582	100	437	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

ومن أجل إختبار الفرق بين المتوسطين وظفنا إختبار ت لعينتين مستقلتين

وفق الفرضتين الإحصائيتين:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط عدد الأولاد بين النساء

المصابات بأمراض مزمنة قبل ان يتزوجن والنساء السليمات.

H1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط عدد الأولاد بين النساء

المصابات بأمراض مزمنة قبل ان يتزوجن والنساء السليمات.

بعد تطبيق الإختبار الإحصائي إعتمادا على برنامج SPSS تم الحصول على ما

يلي:

المخرج رقم 3 : الخصائص الوصفية للعينة

Statistiques de groupe

Malade chronique ?	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard Moyenne
Additionner les OUI	436	2.44	1.675	.080
réponses à CM3, NON	1758	2.49	1.684	.013
CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10.	4			

المخرج رقم 4 : إختبار ت لعينتين مستقلتين

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence		
								Inférieure	Supérieure	
Additionner les réponses à CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10.	0.08	0.781	Hypothèse de variances égales	-0.65	18018	0.513	-0.053	0.082	-0.213	0.107
			Hypothèse de variances inégales	-0.66	457.08	0.511	-0.053	0.081	-0.213	0.106

من خلال نتائج تطبيق إختبار ت نتحصل على مخرجين

المخرج رقم 03 **Statistiques de groupe**: وبه بعض الخصائص الوصفية

للعينتين المستقلتين :

متوسط عدد الأولاد للنساء (المصابات بأمراض مزمنة قبل ان يتزوجن) بلغ

2.44 طفل/امراة بانحراف معياري قدره 1.675 وهو أقل من متوسط عدد الأولاد

لمثيلاتهن السليمات والذي بلغ 2.49 طفل/امراة بانحراف معياري 1.684، ولكن

مع وجود هذا الإختلاف في متوسط عدد الأولاد بين العينتين لصالح النساء

السليمات ويفارق صغير جدا قدره 0.05 طفل / امرأة، لا نستطيع الحكم بقبول الفرضية بل يجب النظر إلى إختبار دلالة هذا الفرق في متوسط عدد الأطفال وفق المخرج رقم 04:

المخرج رقم 04 Test d'échantillons indépendants: ويحوي كل :

- إختبار ليفيني لإختبار تجانس العينتين (والعمود الثاني والثالث والرابع): حيث نجد قيمة $F = 0.078$ بمستوى الدلالة أكبر من 0.05 أي أن تباين المجموعتين قريب من التجانس بفارق جد صغير جدا قدره 0.009، مما يخولنا لاعتماد السطر الأول.

- إختبارات لإختبار الفروق بين متوسطي المجموعتين: ففي العمود الخامس والسادس والسابع في السطر الثاني نجد قيمة $t = -0.654$ بدرجة حرية 18018 ومستوى دلالة 0.513 أكبر من 0.05 أي أن الفرق غير دال إحصائيا بين متوسطي عدد الأولاد لدى العينتين، أي أننا نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية العدمية التي تقضي بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عدد الأولاد المنجبين عند كل من النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل تاريخ زواجهن الأول، والنساء السليمات عند مستوى دلالة 0.05، وعليه فقد اظهرت النتائج بعد تطبيق إختبارات للعينتين المستقلتين أن الفرق بين متوسط عدد الأطفال لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات غير دال إحصائيا، أي أن

متوسط عدد الأطفال المنجبين خلال الحياة الإنجابية للسيدات لا يختلف بين كون المرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن وكونها مصابة بمرض مزمن على الأقل قبل زواجها، ولو توقفنا هنا لحكمنا بأن الفرضية غير مثبتة إحصائياً، لكن قد يتغير الحكم عند توظيف متغير مهم له علاقة وطيدة بمتوسط الأطفال، ونقصد هنا: مدة الاحياة الإنجابية.

إن متوسط عدد الأطفال الذين تتجهم الأم له علاقة بمدة الحياة الإنجابية للأم ولنتأكد من ذلك ارتأينا أن نقارن بين متوسطي عدد الأطفال المنجبين لدي النسوة المتزوجات المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن ومثيلاتهن السليمات المتزوجات بدلالة مدد الحياة الزوجية (تم تقسيمها الى فئات مستقلة)، وللتأكد من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطي حسب المدة التي تقضيها في الزواج عند مستوى دلالة 0.05، نوظف إختبار تحليل التباين في اتجاه واحد لعدة عينات مستقلة فإننا نضع الفرضتين الإحصائيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط عدد الأطفال المنجبين بين النسوة المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات وذلك حسب المدة التي تقضيها في الزواج عند مستوى دلالة 0.05.

H1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الأطفال المنجبين عند كل من المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات حسب مدة الزواج

بعد تطبيق برنامج SPSS زدنا بالمعطيات التالية:

المخرج رقم 05 يلخص متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب المدد، أما المخرج

رقم 06 فيبين نتائج إختبار تحليل التباين.

المخرج رقم 5: متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب الإصابة

الخطا المعياري لعدم التناسق	التقرطح	الانحراف المعياري	متوسط عدد الأطفال المنجبين	مدة الحياة الزوجية بالفئات	
0.266	3.04	0.911	0.89	مصابة	0-4
0.039	1.929	0.756	0.81	سليمة	
0.038	1.991	0.759	0.82	المجموع	
0.234	0.091	1.11	1.67	مصابة	5-9
0.036	0.76	0.991	1.97	سليمة	
0.036	0.725	0.994	1.96	المجموع	
0.249	-0.12	1.25	2.99	مصابة	10-14
0.04	0.672	1.163	2.89	سليمة	
0.04	0.649	1.165	2.89	المجموع	
0.295	0.656	1.297	3.01	مصابة	15-19
0.049	0.9	1.405	3.5	سليمة	
0.048	0.899	1.404	3.49	المجموع	
0.308	0.19	1.754	3.56	مصابة	20-24
0.061	0.978	1.614	3.96	سليمة	
0.06	0.935	1.62	3.94	المجموع	
0.473	0.865	2.179	4.19	مصابة	25-29
0.076	1.61	1.785	4.45	سليمة	
0.075	1.582	1.794	4.44	المجموع	
0.973	4.974	0.728	4.5	مصابة	30 فأكثر
0.164	-0.141	2.094	5.36	سليمة	
0.162	-0.1	2.079	5.34	المجموع	
0.117	0.298	1.675	2.44	مصابة	المجموع
0.018	0.814	1.684	2.49	سليمة	
0.018	0.802	1.684	2.49	المجموع	

نلاحظ من المخرج رقم 05 إجمالاً أن متوسط عدد الأطفال المنجبين لدى النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن (2.44 طفل) أقل منه عند السليمات (2.49 طفل) وذلك في كامل حياتهن الإنجابية، ولكن نجد أنه يرتفع في مدتين فقط: (0-4 سنة ب 0.89 طفل مقابل 0.81) و (10-14 ب 2.99 طفل مقابل 2.89)، في حين يبقى متوسط عدد الأطفال المنجبين للسليمات مرتفعاً في باقي المدد الأخرى.

المخرج رقم 6: إختبار تحليل التباين

Tableau ANOVA

Signification	F	Moyenne des carrés	Df	Somme des carrés	
0.000	2923.740	4200.295	6	25201.769	Combiné Inter- Additionner les
0.000	16852.840	24211.081	1	24211.081	Linéarité groupes réponses à CM3,
.000	137.920	198.138	5	990.688	Déviaton CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10. * الحياة الزوجية بالفئات
		1.437	18010	25873.665	Intra-classe
			18016	51075.433	Total

ومن المخرج رقم 6 الخاص بتحليل التباين المعتمد أساساً على إختبار فيشر نجد أن قيمة مستوى الدلالة 0.00 أقل من 0.05 وهي دالة إحصائية ومنه يمكن قبول الفرضية البديلة أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي عدد الأطفال المنجبين عند كل من المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات وذلك حسب المدة التي تقضيها في الزواج عند مستوى دلالة 0.05.

بمقارنة عدد المواليد لدى المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات حسب كل مدد الحياة الزوجية وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية لصالح السليمات على حساب المصابات ويمكن تعميمها على كامل النسوة في المجتمع السكاني الجزائري، أي أن أثر المرض المزمن برز بدلالة مدد الحياة الزوجية، ولكن عند المقارنة بين عدد المواليد بين المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والسليمات بشكل عام بدون النظر إلى مدة الزواج وجدنا أن الفرق في عدد المواليد بين مجموعتي النسوة المعنيتين غير دال إحصائياً، ويمكن تفسير ذلك كالتالي:

- من باب الثقافة الديموغرافية المميزة للمجتمعات الإسلامية عموماً والعربية خصوصاً تعمل النساء على الإنجاب بشكل مباشر بعد الزواج مهما كانت حالتها الصحية ثم تقوم النساء في تبني التباعد وعموماً كلما زادت مدة الحياة الزوجية زاد التباعد بين الولادات أي وجود علاقة طردية بين المؤشرين، وبالتالي فإن أثر المرض المزمن لا يظهر خلال السنوات التي تلي الزواج.

- محاولة النساء المصابات بالأمراض المزمنة اغتنام فرصة صغر العمر عند الإنجاب، لأنهن على دراية بأن الإنجاب في أعمار نسبياً متأخرة مع الإصابة بالمرض المزمن قد يشكل تهديداً على حياتهن أو على حياة أبنائهن أو حتى الأطفال عند الولادة، وبالتالي تعمل المصابات بالمرض المزمن على أنجاب أكبر عدد ممكن خلال السنوات المولوية للزواج، وبعد تحقيق ذلك تلجأ إلى

التباعد بين كل ولادتين، أي أن المرأة المصابة تسلك نفس السلوك الإيجابي تقريبا للمرأة السليمة الموافقة لها في هذه المدد.

- بعد انجاب العدد من الأطفال من طرف المرأة المصابة والذي تراه مقنعا لها ويمكنها من ممارسة أمومتها كأنثى ويحفظ لها مكانتها الإجتماعية الملائمة كونها أم ولها الحق في الإنجاب والتربية، ويكون ذلك حتما بعد مرور مدة طويلة نسبيا من حياتها الزوجية تعمل على المباعدة بين الولادات بشكل جد ملحوظ أو تحد من الإنجاب نهائيا حفاظا على صحتها، وهذا ما تبرزه وبشكل جلي معطيات المخرج رقم 05.

ومنه نستطيع قبول الفرضية الثانية و نخلص إلى أن الإصابة بالمرض المزمن المزمنة يؤثر على متوسط الأطفال لدى النسوة السليمات مقارنة بنظيرتهن المصابات قبل أن يتزوجن.

3.3.5 الفرضية الثالثة

يوجد فرق في متوسط التباعد بين الولادات عند النساء المتزوجات بين السليمات منهن والمصابات بأمراض مزمنة قبل ان يتزوجن، بحيث تعمل المرأة المصابة بمرض مزمن على الأقل على المباعدة بين كل ولادتين نظرا للوضع الصحي الذي تمر به.

1.3.3.5 توزيع المتزوجات حسب مدة الزواج:

قبل التأكد من أثر الإصابة بالمرض المزمن على متوسط التباعد لدى النسوة، نعرض أولاً إلى مدة الحياة الزوجية التي تقضيها المرأة والتي ترتبط أساساً بالسن الحالي للأم (في سنة المسح 2019) والسن الأول للزواج، وبحسب متوسط التباعد كما يلي = ((مدة الحياة الزوجية = العمر الحالي - العمر عند الزواج) / عدد الأطفال المنجبين)، حيث أنه كلما طالت الفترة التي تقضيها النسوة وهن متزوجات فإنه يمكن أن تتجب عدد أكبر من الأطفال وفيما يلي جدول رقم 5-13: والذي يعرض توزيع المبحوثات حسب مدد الحياة الإنجابية:

جدول 5-13: توزيع المتزوجات حسب مدد الحياة الزوجية والإصابة

المجموع	30 فأكثر	29-25	24-20	19-15	14-10	9-5	4-0	مدة الزواج	
								العدد	المصابات
436	4	24	60	66	93	107	82	%	قبل الزواج
100	0.92	5.50	13.76	15.14	21.33	24.54	18.81	%	السليمات
17581	220	1036	1592	2490	3749	4508	3986	العدد	المجموع
100	1.25	5.89	9.06	14.16	21.32	25.64	22.67	%	المجموع
18017	224	1060	1652	2556	3842	4615	4068	العدد	
100	1.24	5.88	9.17	14.19	21.33	25.62	22.58	%	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

إذ نلاحظ أن أكثر 24% من بين النسوة المصابات قبل زواجهن قضي ما بين 5-9 سنوات وهن متزوجات ونفس الفترة قضتها 25.64% من النسوة السليمات وهن متزوجات، فيما لم تقضي أقل 01% من النسوة المصابات قبل زواجهن 30 سنة وأكثر وهن متزوجات ويقابلها ما نسبته 1.24% من النسوة

السليمات، وبالنسبة للفترة 0-4 سنة فقد قضتها 22.67% من النسوة السليمات مقابل 18.81% من النسوة المصابات بمرض مزمن على الأقل وهي أقل من النسبة الإجمالية لمجموع النساء والتي بلغت 22.5% وهذا له علاقة بسن الزواج الأول وعموما فكلما تأخر سن الزواج الأول تقلصت الحياة الإنجابية للمرأة.

وللتحقق من مدى أثر الأمراض المزمنة على متوسط طول المدة الفاصلة بين ولادتين لدى النساء المبحوثات بحيث يفترض أن يزيد المتوسط عند النساء المصابات وبقل عند السليمات تم انشاء الجدول رقم 5-14:

جدول 5-14: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والمدة الفاصلة بين كل ولادتين

المجموع	5 فأكثر	5-4	4-3	3-2	2-1	أقل من سنة	مدة الفاصلة بين الولادات		
							العدد	مصابات	الإصابة
435	158	76	63	56	17	65	%	14.94	بالأمراض
100	36.32	17.47	14.48	12.87	3.91	14.94	%	12.93	المزمنة
17582	4797	3068	3989	2785	670	2273	العدد	سليمات	المزمنة
100	27.28	17.45	22.69	15.84	3.81	12.93	%	المجموع	
18017	4955	3144	4052	2841	687	2338	العدد	المجموع	
100	27.50	17.45	22.49	15.77	3.81	12.98	%		

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

من الجدول 5-14: نلاحظ ما يلي ان 14.94% من النسوة المصابات بمرض مزمن على الأقل قبل زواجهن متوسط التباعد لديهن أقل من 01 سنة مما يدل على أنجابهن للطفل الأول في أقل من سنة من زواجهن محاولة منهن لإثبات قدرتهن الفيزيولوجية على الإنجاب خاصة وان العادات الإجتماعية تفرض نفسها على المرأة الجزائرية، في حين تزداد النسبة مع زيادة متوسط التباعد وهذا يدل على

مراعاة المرأة لظروفها الصحية فإنجابها قد يكون يخالف رغبتها إذ تفضل أكثر من ثلثي النسوة المصابات (36.32%) المباشرة بين الولادات بمتوسط أكثر من 05 سنوات فأكثر، في حين كانت نسبة السليمات 12.93% فقط اللواتي كان متوسط التباعد لديهن أقل من سنة وقد يدخل في هذه انجاب الطفل الأول، في حين نجد أن ما نسبته 22% من النسوة السليمات متوسط التباعد لديهن بين 3-4 سنوات، مقابل 14.38% من النسوة المصابات قبل زواجهن لديهن نفس المتوسط وهو المتوسط الطبيعي الذي يمكن الطفل من الرعاية الصحية التامة وهذا يعني ان السليمات ينجبن حسب رغبتهم أي وهن راضيات ويكن قد وفين أولادهن واستكملن الحولين الكاملين على عكس مثيلاتهم اللواتي تأثرن بالأمراض المزمنة فمراعاة لظروفهن الصحية يفضلن زيادة في متوسط التباعد باستثناء الفترة الأولى المقدره بأقل من سنة وذلك راجع لنفسية المرأة المصابة التي تحاول اثبات قدرتها الفيزيولوجية وضمان الاستقرار العائلي، ومن أجل الاثبات الإحصائي بوجود أثر الأمراض المزمنة على المدة الفاصلة بين الولادات لدى النساء وظفنا إختبارت لعينتين مستقلتين وفق الفرضتين الإحصائيتين:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المدة الفاصلة بين الولادات بين النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والنساء السليمات.

H1: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط المدة الفاصلة بين الولادات بين

النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن والنساء السليمات.

المخرج رقم 7 : الخصائص الوصفية

Statistiques de groupe

Malade chronique ?	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard Moyenne
المدة الفاصلة بين الولادات لـ	436	4.3248	3.48743	.16702
BB/VAR00004=	17581	3.8982	2.97894	.02247

المخرج رقم 8 : إختبار ت لعينيتين مستقلتين

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	T	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence Moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence		
								Inférieure	Supérieure	
Hypothèse de variances égales	12.2	0	2.941	18015	0.003	0.42668	0.1451	0.14233	0.71103	
Hypothèse de variances inégales			2.532	450.88	0.012	0.42668	0.1685	0.09549	0.75787	

من خلال نتائج تطبيق إختبار ت نتحصل على مخرجين

المخرج رقم 07 Statistiques de groupe: وبه بعض الخصائص الوصفية

للعينتين المستقلتين :

متوسط المدة الفاصلة بين الولادات للمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن بلغ

4.325 سنة بانحراف معياري قدره 3.48 وهو أكبر من متوسط المدة الفاصلة بين

الولادات لمثيلاتهن السليمات والذي بلغ 3.898 سنة بانحراف معياري 2.978،

مما يوحي بوجود الفارق في متوسط المدة الفاصلة بين الولادات لصالح المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن على حساب السليمات.

المخرج رقم 08 Test d'échantillons indépendants ويحوي كل :

- إختبار ليفيني لإختبار تجانس العينتين (العمود الثاني والثالث والرابع): حيث نجد قيمة $F = 12.224$ بمستوى الدلالة أقل من 0.05 أي أن تباين المجموعتين غير متساو أي أن المجموعتين مستقلتين وغير متجانستين مما يخولنا لاعتماد السطر الثاني .

- إختبار ت لإختبار الفروق بين متوسطي المجموعتين : ففي العمود الخامس والسادس والسابع في السطر الثاني نجد قيمة ت = 2.53 بدرجة حرية 450.876 ومستوى دلالة 0.012 أقل من 0.05 أي أن الفرق جوهري ودال إحصائياً بين متوسطي المدة الفاصلة بين الولادات لدى العينتين.

ومنه فإننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة بمعنى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المدة الفاصلة بين الولادات عند كل من النساء المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن، والنساء السليمات عند مستوى دلالة 0.05، أما العمود السابع والثامن والتاسع والعاشر فيظهر كل من الفرق بين متوسطي التباعد لدى العينيتين 0.426 سنة لصالح المصابات، الخطأ المعياري للفرق بين المتوسطين 0.168، ومجال الثقة للفرق بين المتوسطين بنسبة 95%

(0.095 - 0.75)، أي أن الفارق في متوسط التباعد لن ينقص عن 0.095 سنة ولن يزيد عن 0.75 سنة وذلك لصالح النسوة المصابات بمرض مزمن على الأقل اللواتي اصبن قبل زواجهن، وهذا يعني وجود أثر الإصابة بالمرض المزمن على متوسط التباعد لدى النسوة المتزوجات.

ومنه تخلص إلى أن الإصابة بالمرض المزمن يؤثر على متوسط التباعد بين الولادات لدى السيدات، بحيث بلغ متوسط المدة الفاصلة بين الولادات للمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن 4.325 سنة بانحراف معياري قدره 3.48 وهو أكبر من متوسط المدة الفاصلة بين الولادات نظيرتهن السليمات والذي بلغ 3.898 سنة بانحراف معياري 2.978، مما يؤكد وجود الاختلاف في متوسط المدة الفاصلة بين الولادات عند العينتين بإعتبار نقصان طول الفترة الإنجابية للمصابة بمرض مزمن على الأقل عموماً، حيث أنه كلما تأخر سن الزواج لديها تقلص المدة التي تقضيها وهي متزوجة (نتائج الفرضية الأولى: خلصنا إلى ارتفاع سن الزواج الأول لدى المصابات قبل زواجهن مقارنة بالسليمات).

مناقشة الفرضيات: الرابعة، الخامسة، السادسة، السابعة والثامنة

تنويه مهم:

يتضمن الجدول رقم 5-15: الترميز الذي تم اعتماده اثناء تطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي ثنائي القيمة لكل من المتغير التابع: ممثلاً في كون المرأة

المتزوجة والتي شملها مسح 2019: أنجبت أو لم تتجب خلال السنة السابقة لتاريخ المقابلة أو بمعنى آخر التي لها طفل عمره لا يتعدى 01 سنة، أما المتغير المستقل فهو الإصابة بمرض مزمن على الأقل أو السلامة منه وذلك في تحليل الفرضيات المتبقية التالية : الرابعة والخامسة والسادسة والسابعة والثامنة، حيث كان التحليل تبعا للمتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية.

جدول 5- 15: ترميز متغيري الدراسة: المستقل والتابع

الترميز	نوع المتغير	
1	أنجبت	المتغير التابع
0	لم تتجب	
1	مصابة بمرض مزمن على الأقل	المتغير المستقل
2	غير مصابة	

من إعداد الباحث بناء على برنامج spss

4.3.5 الفرضية الرابعة:

نستطيع إدراج متغير وسط الإقامة كمفسر لتباين الخصوبة بين النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات بحيث يفترض ان ظاهرة الإنجاب تقل حدتها كلما اتجهنا من الحضر نحو الريف، مع تسجيل في زيادة حدتها لدى النسوة السليمات مقارنة بمثيلاتهن المصابات في الوسطين المذكورين، أي أن الإصابة بمرض مزمن عملت على تخفيض ظاهرة الإنجاب في الوسطين.

قبل التحليل الإحصائي للفرضية لإبأس أن نستعرض من خلال الجدول رقم 15-16 توزيع النسوة المتزوجات بدلالة وسط اقامتهن وتصريحهن لإصابتهن بمرض مزمن على الأقل ونهدف من خلال ذلك اظهار نسب النساء المنجبات وغير المنجبات خلال السنة السابقة للمسح في كل من الحضر والريف عند المصابات بمرض مزمن على الأقل والسليمات.

جدول 5-16: توزيع المتزوجات حسب الإصابة ووسط الإقامة

المجموع		المصابات				السليمات				وسط الإقامة		
		لم تتجب		أنجبت		لم تتجب		أنجبت				
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد									
84.664	8794	15.34	1593	65.17	1480	0.77	80	70.41	7314	14.57	1513	حضر
83.29	5498	16.71	1103	34.83	791	0.68	45	71.31	4707	16.03	1058	ريف
84.13	14292	15.87	2696	100	2271	0.74	125	70.76	12021	15.13	2571	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5-16 أن ظاهرة الإنجاب لدى المتزوجات منخفضة عموماً فقد قدرت نسبة النساء المنجبات الكلية خلال سنة المسح 15.87%، أي أنه من بين كل 100 امرأة متزوجة هناك 16 امرأة أنجبت فقط تتوزع كما يلي 15 امرأة قاطنة في الحضر بنسبة 15.34%، مقابل 17 امرأة قاطنة في الريف أي بنسبة 16.71% مع تسجيل فارق يقدر بامرتين لصالح النساء القاطنات في الريف، أما بالنسبة لأثر الإصابة بالأمراض المزمنة على ظاهرة الإنجاب فيظهر الفرق جلياً بحيث نجد أن 15.13% من النساء السليمات

أنجبن في سنة المسح في حين لم تتعد النسبة 1% عند المصابات بمرض مزمن على الأقل مع تسجيل فارق طفيف دائماً لصالح الريفيات، نستشف من خلال قراءتنا أن الحالة الصحية للمرأة تؤثر على سلوكها الإيجابي مهما يكن وسط اقامتها، ومن أجل اكتشاف الأثر الكمي تم الاستعانة بأسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي وذلك وفق الفرضيتين الإحصائيتين التاليتين:

- $H_0 = b_1 = 0$: أي أنه ليس للإصابة بمرض مزمن على الأقل تأثير معنوي على ظاهرة الإنجاب حسب وسط الإقامة أي الحضر والريف.
- $H_0 \neq b_1 \neq 0$: ان للإصابة بمرض مزمن على الأقل تأثير معنوي على ظاهرة الإنجاب خلال سنة حسب وسط الإقامة أي الحضر والريف.
- باستخدام برنامج الإحصاء spss زدونا بما يلي:

1. إختبار الدلالة الإحصائية للنموذجين النساء الحضريات والريفيات (المصابات والسليمات)

المخرج رقم 9: إختبار الدلالة الإحصائية للنموذج حسب وسط الإقامة

النموذج 01: النساء في الحضر				
Sig مستوى الدلالة	Ddl درجة الحرية	Chi-deux كأي تربيع		
.000	1	182.631	Etape	الخطوة 01
.000	1	182.631	Bloc	
.000	1	182.631	Modèle	
النموذج 02: النساء في الريف				
.000	1	110.281	Etape	الخطوة 01
.000	1	110.281	Bloc	
.000	1	110.281	Modèle	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على مخرجات برنامج spss

من المخرج رقم 10 الذي يبين إختبار كأي مربع الذي يختبر معنوية النموذج حيث

نضع الفرضيتين الإحصائيتين

▪ $H_0 = b_1 = 0$: النموذج معنوي.

▪ $H_0 \neq b_1 \neq 0$: النموذج غير معنوي.

نجد أن قيمة احصاء مربع كأي 182.631 عند درجة حرية 1 ومستوى المعنوية

أقل من 0.05 بالنسبة للنموذج 01: النساء في الحضر، و110.281 عند درجة

حرية 1 ومستوى المعنوية أقل من 0.05 للنموذج 02: النساء في الريف وهذا

دليل على أن النموذج المستخدم ذو دلالة إحصائية ومعنوي وأن الإصابة بمرض

مزمن واحد على الأقل يفسر تباين السلوك الإيجابي للنساء المصابات والسليمات

في الحضر والريف على حد سواء، أي أن النموذج الأول والثاني معنوي ويمثل

البيانات بشكل جيد.

2. معاملات جودة التوفيق (معامل التحديد):

المخرج رقم 10: جدول يوضح المتغيرات الداخلة في النموذج

الخطوة	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
01	8721.375 ^a	.017	.030
	النموذج 01: النساء في الحضر		
02	5849.163 ^a	.017	.028
	النموذج 02: النساء في الريف		

من المخرج أعلاه رقم 10 يلاحظ أن متغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل

الداخل في النموذجين على التوالي كما يلي: (نموذج 01: النساء في الحضر -

نموذج 02: النساء في الريف)، وذلك عند الخطوة 01 قد فسرت 3%، و2.8%

حسب R-deux de Nagelkerke و 1.7% لكلا النموذجين حسب R-deux
de Cox & Snell من الإختلاف الموجود في السلوك الإيجابي وقيمة لوغاريتم
الأرجحية $-2\log\text{-vraisemblance}$.

3. جداول التصنيف:

المخرج رقم 11: جداول التصنيف

النموذج 01: النساء في الحضر				
القيم المتنبأ بها			الوقائع الملاحظة	
نسبة التصنيف الصحيح	السلوك الإيجابي			
	أنجبت	لم تنجب	لم تنجب	السلوك الإيجابي
100.0	0	8794	لم تنجب	السلوك الإيجابي
0.0	0	1594	أنجبت	
84.7	/	/	النسبة المئوية الكلية	
النموذج 02: النساء في الريف				
القيم المتنبأ بها			الوقائع الملاحظة	
نسبة التصنيف الصحيح	السلوك الإيجابي			
	أنجبت	لم تنجب	لم تنجب	السلوك الإيجابي
100.0	0	5498	لم تنجب	السلوك الإيجابي
0.0	0	1104	أنجبت	
83.3	/	/	النسبة المئوية الكلية	

من خلال المخرج رقم 11: التصنيف الصحيح للنموذج:

▪ **النموذج 01: النساء في الحضر:** نلاحظ أن نسبة التصنيف الصحيح

بخصوص السلوك الإيجابي للمرأة بصورة عامة بلغت 84.7%

$8794/(8794+1594)$ وهي نسبة مهمة مقابل نسبة احتمال الخطأ

الكلي: 15.4%، وعلى سبيل التفصيل فقد بلغت نسبة التصنيف الصحيح

بالنسبة للنساء غير المنجبات 99.9% في حين بلغت نسبة التصنيف الصحيح

للنساء منجبات 00%، أما النموذج 02: النساء في الريف : نلاحظ أن نسبة

التصنيف الصحيح بخصوص السلوك الإيجابي للمرأة بصورة عامة بلغت $83.3\% (5498+1104)/5498$ ، وأن نسبة احتمال الخطأ الكلي هو: 16.8% ، وعلى سبيل التفصيل فقد بلغت نسبة التصنيف الصحيح بالنسبة للنساء غير المنجبات 99.99% في حين بلغت نسبة التصنيف الصحيح للنساء غير منجبات 0.01% .

4. تقدير معالم الانحدار اللوجستي الثنائي والخطأ المعياري وإحصائية والد مع درجات حرياتها ودلالاتها المعنوية للنموذج.

المخرج رقم 12: معالم الانحدار اللوجستي الثنائي

Exp(B)	Sig	Ddl	Wald	ES	A	المتغير المستقل
النموذج 01: النساء في الحضر						
3.815	.000	1	128.679	.118	1.339	MC4(1)
.014	.000	1	339.189	.231	-4.253	Constante
النموذج 02: النساء في الريف						
3.936	.000	1	76.445	.157	1.370	MC4(1)
.015	.000	1	189.056	.308	-4.233	Constante

النموذج 01: النساء في الحضر:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.253 + 1.339x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد = 128.679 وهو دال إحصائياً بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، لذا يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى المتزوجات

القاطنات في الحضر، وبخصوص مقدار اللوجيت (A) فقد نتج بالقيمة الموجبة 1.339+ وهذا دليل على العلاقة الطردية بين حدوث الإنجاب وخلو المرأة من المرض المزمن أي الحالة الصحية للمرأة، أما القيمة الكمية فإنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدات القاطنات في الحضر من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة فإن ذلك يؤدي إلى إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.339، أما نسبة أرجحية احتمال حدوث الإنجاب فإنها تزيد بقيمة 3.815 مرة مقابل عدم حدوثه، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدة القاطنة في الحضر من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة فإن ذلك يعمل على إرتفاع أرجحية الإنجاب مقابل عدم حدوثه ب 3.815 مرة أي رفع احتمالية الإنجاب بنسبة 281.5%.

النموذج 02: النساء في الريف:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.233 + 1.370x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب.

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد = 76.445 وهو دال إحصائياً بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، أي أن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى السيدات القاطنات في الريف، ونتج اللوجيت A بالقيمة الموجبة 1.370 مما يدل على العلاقة الطردية حدوث

الإيجاب وخلو المرأة من المرض المزمن، وكمياً فإنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدات الريفيات من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة إلى فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.370، وأما نسبة أرجحية احتمال حدوث الإنجاب فإنها ترتفع بقيمة: 3.936 مرة مقابل عدم حدوثه، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية السيدة والقاطنة في الريف من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة فإن ذلك يعمل على إرتفاع أرجحية الإنجاب على عدم حدوثه ب 3.936 مرة أي رفع احتمالية الإنجاب بنسبة 293.6%.

مقارنة الأثر بين الوسطين:

للمقارنة بين أثر الإصابة بمرض مزمن على حدوث الإنجاب في سنة المسح لا بأس ان نستعرض كل من نسبة الإنتشار والإصابة بين الحضر والريف وفق الجدول التالي:

جدول 5-17: توزيع نسب الإنتشار ونسب الإصابة ووسط الإقامة

المتزوجات المصاب مرض مزمن على الأقل			وسط الإقامة
نسبة الإصابة	نسبة الإنتشار	مصابة	
65.11	9.18	1560	حضر
34.89	4.92	836	ريف
100	14.10	2396	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

من خلال الجدول رقم 5-17 نلاحظ أن نسبة الإنتشار للأمراض المزمنة تزيد حدثها في الحضر أكثر منها في الريف إذ بلغت 9.18% مقابل 4.92% أما بالنسبة لنسبة الإصابة من بين مجموع المتزوجات المصابات فقد بلغت في الحضر

65.11% مقابل 34.89% في الريف ويرجع هذه التفاوت في كل من النسبتين إلى مظاهر التحضر التي تعرف في المدينة وما يتبع ذلك من نمط غذائي مصنع على غرار أهل الريف وزيادة على ذلك قلة النشاط البدني والحركة ومنه نستنتج ما يلي:

- تزيد حدة إنتشار الأمراض المزمنة في الوسط الحضري عند النساء المتزوجات فبلغت 9.18% مقابل 4.92% بفارق 4.26 نقطة في الريف وذلك من مجموع المتزوجات اللواتي شملهن مسح 2019، في حين بلغت نسبة الإصابة عند القاطنات في الحضر 65.11% مقابل 34.89% في الريف بفارق 30.89 نقطة من بين مجموع النسوة التي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل.

- نسبة النساء المتزوجات واللواتي شملهن مسح 2019 أنجبن خلال سنة المسح 15.87%، موزعة على 15.34% تقطن الحضر مقابل 16.71% تقطن في الريف، أما من حيث الإصابة بمرض مزمن على الأقل فقد بلغت نسبة النسوة المنجبات وهن سليمانات 15.13% (منهن 14.57% تقطن في الحضر، 16.03% تقطن في الريف)، في حين لم تتعد النسبة عند المصريحات بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل 1% (80 امرأة مصابة أنجبت من أصل 10378 يقطن في الحضر، 45 مصابة أنجبت من أصل 6601 امرأة تقطن في الريف).

- بالنسبة للأثر الكمي فنتبين لنا إن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى خلوها وسلامتها من أي مرض مزمن فإن ذلك يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها في الوسطين الحضر والريف على حد سواء، مع تسجيل إرتفاع نسبة احتمال حدوث الإنجاب للسيدة القاطنة في الريف (293.6%) مما هو عليه عند النساء القاطنات في الحضر (281.5%) ويفارق بينهما قدره 12.1 نقطة بحسب لصالح النسوة القاطنات في الريف، يحدث هذا تزامنا مع زيادة حدة الإنتشار للأمراض المزمنة الحضر 9.8% عما هي عليه في الريف 4.92%، مما يؤكد أن الإصابة بالأمراض المزمنة ساهمت في التقليل من الإنجاب وفي الحضر أكثر من الريف كما رأينا ذلك سابق في الجدول رقم 5-16 و 5-17، ويرجع ذلك أساسا إلى المستوى الثقافي والتعليمي الذي تتمتع به السيدات القاطنات في الحضر مما يرفع استعمال وسائل منع الحمل لديهن، وإلى الوعي الصحي بخطورة الأمراض المزمنة وبالتالي تجنب الحمل والولادة، إضافة إلى توفر الرعاية الصحية خاصة فيما يتعلق بالتكفل بالأمراض المزمنة والحملات التحسيسية، كل هذا يجز النسوة القاطنات في الحضر تؤخر الإنجاب وتباعد بين الولادات وتضبط حسابتها جيد قبل الإقدام على الحمل والإنجاب.

5.3.5 الفرضية الخامسة:

تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر لدى النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب الأقاليم الجغرافية، مرد ذلك إلى أثر الإصابة بالمرض المزمن ، بمعنى أن حدوث الإنجاب ينخفض مستواه لدى النسوة المصابات بأمراض مزمنة مقارنة بنظيرتهن السليمات في نفس الأقاليم. ويتأكد ذلك بصورة أكبر في الأقاليم الشمالية.

لتحليل أدق لظاهرة الإنجاب خلال السنة التي سبقت المسح لدى المرأة المتزوجة حسب الأقاليم الجغرافية الذي تنتمي تم إنشاء الجدول رقم 5-18: الذي يظهر نسب كل من النسوة المنجبات وغير المنجبات السليمات منهن واللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل.

جدول 5-18: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والأقاليم الجغرافية

المجموع		المصابات				السليمات				الإقليم الجغرافي	
لم تتجب		أنجبت		لم تتجب		أنجبت		لم تتجب			أنجبت
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد								
84.88	4772	15.12	850	13.98	786	0.60	34	70.90	3986	14.51	816
83.39	1903	16.61	379	14.15	323	0.61	14	69.24	1580	15.99	365
85.79	2408	14.21	399	13.82	388	0.89	25	71.96	2020	13.32	374
82.49	1027	17.51	218	11.49	143	0.80	10	71.00	884	16.71	208
84.57	2137	15.43	390	15.08	381	0.91	23	69.49	1756	14.52	367
83.92	720	16.08	138	11.31	97	0.93	8	72.61	623	15.15	130
80.30	1325	19.70	325	9.27	153	0.79	13	71.03	1172	18.91	312
84.12	14292	15.88	2699	13.37	2271	0.75	127	70.75	12021	15.14	2572

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5-18: أن حدوث الإنجاب يختلف حسب الأقاليم إذ تم تسجيل أعلى قيمة وهي 19.7% في إقليم الجنوب ومعناها أنه من كل 100 امرأة تقطن في إقليم الجنوب يوجد 20 امرأة تقريبا أنجبت منهن 18 امرأة سليمة ولم تتعد النسبة 1% بالنسبة للمصابات بمرض مزمن على الأقل وبتعبير آخر أي أن 13 امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل وتقيم في إقليم الجنوب أنجبت من أصل 1625 امرأة تقيم في نفس الإقليم، والأمر كذلك بالنسبة لبقية النسوة السليمات في باقي الأقاليم فتراوحت نسب الإنجاب ما بين 16.71%-14.51% بفارق طفيف بينها محصور بين: 2.2-4.4 نقطة، في حين لم تتعدى النسبة 1% بالنسبة للمصابات، وهذا يدل على العلاقة بين الحالة الصحية للمرأة واحتمال حدوث الإنجاب حسب الأقاليم الجغرافية.

ولقياس الأثر الكمي وظفنا أسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي لكل إقليم جغرافي على حدى وفق الفرضتين الإحصائيتين التاليتين:

- $H_0 = b_1 = 0$: لا تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على حدوث الإنجاب لدى النساء المتزوجات في الإقليم الجغرافي الذي تنتمي اليه.
- $H_0 \neq b_1 \neq 0$: تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على حدوث الإنجاب لدى النساء المتزوجات في الإقليم الجغرافي الذي تنتمي اليه.
- باستخدام برنامج الإحصاء spss زدونا بما يلي:

المخرج رقم 13: معالم الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج حسب الأقاليم الجغرافية

Exp(B)	Sig	Ddl	Wald	ES	A	الإصابة بالأمراض المزمنة
النموذج 01: النساء في إقليم شمال وسط						
4.752	.000	1	75.214	.180	1.558	MC4(1)
.009	.000	1	177.319	.353	-4.703	Constante
النموذج 02: النساء في إقليم شمال شرق						
5.489	.000	1	36.278	.283	1.703	MC4(1)
.008	.000	1	76.640	.556	-4.871	Constante
النموذج 03: النساء في إقليم شمال غرب						
2.924	.000	1	24.804	.215	1.073	MC4(1)
.022	.000	1	83.329	.420	-3.831	Constante
النموذج 04: النساء في إقليم هضاب عليا وسط						
3.528	.000	1	13.494	.343	1.261	MC4(1)
.019	.000	1	34.739	.673	-3.969	Constante
النموذج 05: النساء في إقليم هضاب عليا شرق						
3.508	.000	1	31.468	.224	1.255	MC4(1)
.017	.000	1	87.294	.436	-4.076	Constante
النموذج 06: النساء في إقليم هضاب عليا غرب						
2.516	.015	1	5.923	.379	.923	MC4(1)
.033	.000	1	21.285	.740	-3.413	Constante
النموذج 07: النساء في إقليم الجنوب						
3.097	.000	1	14.728	.295	1.130	MC4(1)
.028	.000	1	38.402	.579	-3.586	Constante

بالنسبة لنموذج 01: إقليم شمال وسط:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.703 + 1.558x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=75.214 وهو دال إحصائيا بحكم كبر

مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن

القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى

النسوة المتزوجات في إقليم شمال وسط، وبخصوص مقدار اللوجيت (A) فقد نتج بالقيمة الموجبة +1.558 وهذا له مدلولان الأول من حيث الإشارة والثاني من حيث القيمة الكمية، فالقيمة الموجبة دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب وخلو المرأة من المرض المزمن، أما القيمة الكمية فإنه كلما تغيرت حالة النسوة المتزوجات في إقليم شمال وسط من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.558، أما نسبة أرجحية الإنجاب =4.752 مرة، وهذا يعني بان نسبة أرجحية حدوث الإنجاب لدى المرأة السليمة يرتفع بقيمة: 4.752 مرة مقابل عدم حدوثه، أي أنه كلما انتقلت الحالة الصحية للمرأة في إقليم شمال وسط من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه ب4.752 مرة أي يزداد احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه بنسبة قدرها: 375.2%.

بالنسبة لنموذج 02: إقليم شمال شرق:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.871 + 1.703x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=36.278 وهو دال إحصائيا بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات في إقليم شمال شرق، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.703 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب وخلو المرأة من المرض المزمن، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي لإقليم شمال شرق من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.703، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب(احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 5.489 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي لإقليم شمال شرق من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه ب5.489 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 448.9%.

بالنسبة لنموذج 03: إقليم شمال غرب:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.831 + 1.073x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=24.804 وهو دال إحصائياً لأن مستوى الدلالة (0.00) أكبر مستوى المعنوية 0.05، ومنه يمكن القول بأن احتمال الإصابة بمرض مزمن على الأقل من عدمه يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات في إقليم شمال غرب، وقد بلغ مقدار اللوجيت (A) موجبا= 1.073+ مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والانتقال في الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة، أي أنه كلما تغيرت حالة المرأة الصحية التي تنتمي لإقليم شمال شرق من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.073، أما نسبة أرجحية احتمال حدوث الإنجاب(احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فانها يساوي 2.924 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي لإقليم شمال غرب من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فان احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه سيرتفع ب2.924 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 192.4%.

بالنسبة لنموذج 04: إقليم هضاب عليا وسط:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.969 + 1.261x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

نلاحظ أن إختبار والد = 13.494 وهو دال إحصائياً، ومنه يمكن اعتماد احتمال الإصابة بمرض على الأقل مفسراً لظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات في إقليم الهضاب العليا وسط، إذ نتجت قيمة اللوجيت (A) موجبا=1.261 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والمتغير الصحي للمرأة ممثلاً في الإصابة بمرض مزمن على الأقل، بمعنى أنه كلما تغيرت حالة النسوة المتزوجات في إقليم الهضاب العليا وسط من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة فسيعمل ذلك على إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.261، أما نسبة أرجحية الإنجاب =3.528، وتفسر هذه النسبة باحتمال حدوث الإنجاب من عدم حدوثه ب3.582 مرة في حالة ما إذا انتقلت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي لإقليم الهضاب العليا وسط من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة أو بمعنى آخر احتمال حدوث الإنجاب يزداد ب: 258.2%.

بالنسبة لنموذج 05: إقليم هضاب عليا شرق:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.076 + 1.255x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=31.468 وهو دال إحصائياً، لذا يمكن اعتماد متغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل كمفسر لظاهرة الإنجاب لدى

النسوة في إقليم الهضاب العليا شرق، وبخصوص مقدار اللوجيت (A) فقد نتج بالقيمة الموجبة 1.255 وهذا دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب ومتغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل، وكتفسير للقيمة الكمية يمكن القول أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة المتزوجة في إقليم الهضاب العليا شرق من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.255 مرة، أما نسبة أرجحية حدوث الإنجاب =3.508، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة في إقليم الهضاب العليا شرق من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة على الأقل فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب ب: 250.8 %.

بالنسبة لنموذج 06: إقليم هضاب عليا غرب:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.413 + 0.923x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=5.923 دال إحصائياً بحكم كبر مستوى الدلالة (0.015) على مستوى المعنوية 0.05، أي أن متغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل يفسر ظاهرة حدوث الإنجاب لدى النساء المتزوجات في إقليم الهضاب العليا غرب، أما مقدار اللوجيت (A) فقد نتج موجبا +0.923 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب ومتغير الإصابة بمرض

مزمّن على الأقل، أي أنه كلما تغيرت حالة النسوة المتزوجات اللواتي ينتمين لإقليم الهضاب العليا غرب مصابة بمرض مزمّن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمّن فسيرتفع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 0.923، أما نسبة أرجحية (احتمال حدوث الإيجاب/احتمال عدم حدوثه) = 2.516، أي أن احتمال حدوث الإيجاب مقابل احتمال عدم حدوثه سيرتفع ب 2.516 مرة إذا انتقلت الحالة الصحية للنسوة المتزوجات واللواتي تنتمي لإقليم الهضاب العليا غرب من مصابة بمرض مزمّن على الأقل إلى سليمة أي بنسبة: 151.6 %.

بالنسبة لنموذج 07: إقليم الجنوب:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.586 + 1.130x$$

X: الإصابة بمرض مزمّن على الأقل، P: احتمال حدوث الإيجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد = 14.728 دال إحصائياً بدليل كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، لذا يمكن القول بأن متغير الحالة الصحية ممثلاً في الإصابة بمرض مزمّن على الأقل من عدمه يفسر ظاهرة حدوث الإيجاب لدى النساء المتزوجات اللواتي ينتمين لإقليم الجنوب، وقد نتج مقدار اللوجيت (A) موجبا = 1.13 وهذا له مدلولان الأول من حيث الإشارة والثاني من حيث القيمة الكمية، فالقيمة السالبة دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإيجاب والحالة الصحية للمرأة، أما تفسير القيمة الكمية

فأنه كلما تغيرت حالة النسوة المتزوجات اللواتي ينتمين لإقليم الجنوب من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإنه يؤدي ذلك إلى إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.13 مرة، أما نسبة أرجحية (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) = 3.097، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة في إقليم الجنوب من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب ب 3.097 مرة أي بنسبة 209.7%.

المقارنة والترتيب بين الأقاليم

للمقارنة بين أثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على احتمال حدوث الإنجاب خلال السنة السابقة للمسح لا بأس ان نستعرض كل من نسبة الإنتشار والإصابة حسب الأقاليم الجغرافية للنساء المتزوجات وفق الجدول التالي:

جدول 5-19: توزيع نسبة الإنتشار والإصابة حسب الأقاليم الجغرافية

المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل			الأقاليم الجغرافية
نسبة الإصابة	نسبة الإنتشار	مصابة	
34.20	14.59	820	شمال وسط
14.05	14.77	337	شمال شرق
17.22	14.71	413	شمال غرب
6.38	12.29	153	هضاب عليا وسط
16.85	15.99	404	هضاب عليا شرق
4.38	12.24	105	هضاب عليا غرب
6.92	10.06	166	الجنوب
100.0	14.11	2398	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

من خلال الجدول رقم 5-19: نلاحظ أن نسبة الإنتشار الأمراض المزمنة حسب الأقاليم الجغرافية نستطيع تقسيمها إلى قسمين كما يلي: القسم الأول: نسبة الإنتشار محصورة بين (14-16)% وهي: الأقاليم الشمالية الثلاث إضافة إلى إقليم الهضاب عليا شرق الذي تم فيه تسجيل أعلى نسبة إنتشار بلغت 15.99% كبير وهذا يدل على نمط الحياة المتشابه بين الأقاليم، والقسم الثاني: نسبة الإنتشار محصورة بين (10-12.3) % لبقية الأقاليم في الهضاب العليا وإقليم الجنوب الذي تم تسجيل أدنى نسبة إنتشار فيه بلغت 10.06%، أما بالنسبة لنسبة الإصابة من بين مجموع المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل فقد بلغت أعلى نسبة في إقليم شمال وسط بـ 34.20% تلي ذلك مباشرة نسبة الإصابة في إقليم شمال شرق بنسبة 14.05% وبفارق أكثر من 20 نقطة لتكون أقل نسبة إصابة في هضاب عليا غرب بـ 4.38% وبفارق بينها وبين أعلى قيمة تفوق 30 ويفسر هذا الإختلاف في نسبة الإنتشار إلى أن الأقاليم الشمالية تمتاز دائما برطوبة المناخ ومظاهر التمدن مما يزيد من احتمال الإصابة بأمراض الربو والأمراض التنفسية والقلبية نتيجة لضغوطات الحياة على غرار الأقاليم الجنوبية وبعض الأقاليم في الهضاب العليا التي تتشابه في نمط معيشتها مع المدن الجنوبية، وقد تفسر زيادة نسبة الإصابة إلى عدد الأفراد المصابين في كل إقليم الراجع أساسا إلى عدد

المبحوثات التي شملهن المسح وكننتيجة فإنه من خلال التحليل الوصفي والإستدلالي لهذه الفرضية نخلص إلى ما يلي:

- تم تسجيل أعلى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة في أوساط النسوة المتزوجات واللواتي ينتمين لإقليم الهضاب العليا شرق بنسبة 15.99% مقابل 10.06% لمثيلاتهن في إقليم الجنوب، وتم تسجيل أعلى نسبة إصابة بمرض مزمن على الأقل لدى النسوة المتزوجات في إقليم الشمال 34.20% مقابل أدنى نسبة في إقليم الهضاب العليا غرب 4.38%.

- حدوث الإنجاب يختلف حسب الأقاليم إذ تم تسجيل أعلى قيمة وهي 19.7% في إقليم الجنوب ومعناها أنه من كل 100 امرأة تقطن في إقليم الجنوب يوجد 20 امرأة تقريبا أنجبت منهن 18 امرأة سليمة ولم تتعد النسبة 1% بالنسبة للمصابات بمرض مزمن على الأقل وبتعبير اخر أي 13 امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل وتقيم في إقليم الجنوب أنجبت من أصل 1325 امرأة تقيم في نفس الإقليم، والأمر كذلك بالنسبة لبقية النسوة السليمات في باقي الأقاليم فتراوحت نسب الإنجاب ما بين 16.71%-14.51% بفارق طفيف بينها محصور بين: 2.2- 4.4 نقطة، في حين لم تتعدى النسبة 1%.

- بالنسبة لقياس الأثر الكمي فنجد أن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإن ذلك

يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها في جميع الأقاليم الجغرافية على حد سواء، وبغية ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من الأعلى إلى الأدنى كما يلي:

جدول 5-20: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب الأقاليم الجغرافية

الترتيب	الإقليم الجغرافي	معادلة النموذج: $\text{Log}(p/(1-p))$	احتمال حدوث الإنجاب من عدمه إذا انتقلت الحالة الصحية للمرأة المتزوجة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض
01	شمال شرق	$-4.871 + 1.703x$	%448.9
02	شمال وسط	$-4.703 + 1.558x$	%375.2
03	هضاب عليا وسط	$-3.969 + 1.261x$	%252.8
04	هضاب عليا شرق	$-4.076 + 1.255x$	%250.8
05	الجنوب	$-3.586 + 1.130x$	%209.7
06	شمال غرب	$-3.831 + 1.073x$	%192.4
07	هضاب عليا غرب	$-3.413 + 0.923x$	%151.6

المصدر: من اعداد الباحث بناء على المخرج رقم 13

باستغلال نتائج تطبيق الانحدار اللوجستي في الجدول رقم 5-20: الذي يلخص نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في حال تغير الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة، إذ نميز أربع مجموعات حسب التقارب الجغرافي، فسجلنا أعلى نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في كل المجموعة الأولى وتضم: إقليم الشمال الشرقي وشمال وسط ب %448.9 و %375.2 على التوالي والتي يوافق نسبة إنتشار للأمراض المزمنة عالية %14.77 و %14.59 وقد فاقتا النسبة الوطنية ب 0.66 و 0.48 نقطة على

التوالي يلي ذلك كل المجموعة الثانية وتضم: إقليم الهضاب العليا وسط والهضاب العليا شرق بـ 252.8% و 250.8% على التوالي والتي توافق نسب إنتشار 12.29% و 15.99% على التوالي، أما المجموعة الثالثة تضم إقليم الجنوب فقد بلغت نسبة الأرجحية 209.7% ونسبة إنتشار قدرت بـ 10.60 وهي النسبة الأقل في كل الإقليم بفارق بينها وبين النسبة الإجمالية قدر بـ 3.5 نقاط، أما المجموعة الرابعة فتضم: إقليم شمال غرب الهضاب العليا غرب بـ: 192.8% و 151.6% وتوافق نسب إنتشار 14.71% و 12.54%.

ومما تقدم ذكره من التحليل الوصفي للجداول رقم 5-18 و 5-19، ومن مخرجات تطبيق أسلوب الانحدار اللوجيستي (المخرج رقم 14) في الفقرات السابقة: تبين أن هناك تباين في السلوك الخصوبي حسب الأقاليم الجغرافية ترجمه حدوث الإنجاب من عدمه بحيث سجلت أعلى نسبة حدوث الإنجاب في إقليم الجنوب 19.7% أي أنه من كل 100 امرأة تقطن في الجنوب تتجب 20 منه ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للمراض المزمنة بـ 10.6% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية بلغت 14.11% بينما نجد لأنه كلما اتجهنا شمالا تضاءلت نسبة الإنجاب حيث سجلنا أدنى نسبة انجاب في الشمال الغربي وشمال وسط بـ 14.21% و 15.12% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة للأمراض

المزمنة 14.71% و 14.59% وقد فاقتا نسبة الإنتشار الإجمالية، مما يؤكد وجود أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب من عدمه.

ومنه نخلص إلى أن أثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائيا وعليه نستطيع قبول الفرضية البحثية الخامسة: تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب الأقاليم الجغرافية، مرد ذلك إلى أثر الإصابة بالمرض المزمن، بمعنى أن حدوث الإنجاب ينخفض مستواه لدى النسوة المصابات بأمراض مزمنة مقارنة بنظيرتهن السليمات في نفس الأقاليم، ويتأكد ذلك بصورة أكبر في الأقاليم الشمالية.

6.3.5 الفرضية السادسة:

تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النساء المتزوجات المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب المستوى التعليمي، ويفسر ذلك بوجود علاقة عكسية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدث الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حدها كلما انخفض المستوى التعليمي فيؤدي ذلك عموما إلى انخفاض المستوى الخصوبي

بغية دراسة أثر الحالة الصحية للمرأة المتزوجة على احتمال انجابها خلال السنة التي سبقت المسح حسب مستواها التعليمي تم تلخيص البيانات الجدول

المركب رقم 5-21: والمشكل من 03 متغيرات، المستوى التعليمي للمرأة متغير بسيط، والحالة الصحية للمرأة ممثلاً في احتمال الإصابة بمرض مزمن على الأقل كمتغير مستقل، واحتمال حدوث الإنجاب كمتغير تابع ومعبر عن خصوبة المرأة.

جدول 5-21: توزيع المتزوجات حسب الإصابة والإنجاب والمستوى التعليمي

المجموع		المصابات				السليمات				المستوى التعليمي	
		لم تتجب		أنجبت		لم تتجب		أنجبت			
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد								
88.37	2233	11.63	294	16.94	428	0.673	17	71.43	1805	10.96	277
86.61	2406	13.39	372	18.5	514	0.468	13	68.11	1892	12.92	359
83.55	4311	16.45	849	12.25	632	0.659	34	71.3	3679	15.79	815
85.43	3441	14.57	587	12.24	493	1.092	44	73.19	2948	13.48	543
76.19	1901	23.81	594	8.176	204	0.681	17	68.02	1697	23.13	577
84.13	14292	15.87	2696	13.37	2271	0.736	125	70.76	12021	15.13	2571

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5-21: إن احتمال حدوث الإنجاب لدى السيدات يختلف باختلاف مستواهن التعليمي، نلاحظ أن ما يقارب ربع السيدات الجامعيات أنجبن 23.18%، وأدنى نسبة كانت لدى السيدات اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي 11.63% بفارق بينهما قدر بـ 12.28 نقطة، فيما تراوحت النسبة في المستويات الأخرى بين 13.39%-16.45%.

أما فيما يخص أثر الحالة الصحية على احتمال حدوث الإنجاب فالنسبة للسليمات: تم تسجيل نفس الترتيب ما يقارب ربع السيدات الجامعيات السليمات ولا تعاني من أي مرض مزمن أنجبن 23.13%، وأدنى نسبة كانت لدى مثيلتهن

اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي 10.96%، فيما تراوحت النسبة في المستويات الأخرى بين 12.96%-15.79%، أما بالنسبة السيدات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل فلم تتعد النسبة 1% في جميع المستويات باستثناء المستوى الثانوي 1.092%، وهذا يدل على العلاقة الطردية بين السلامة الصحية للمرأة واحتمال حدوث الإنجاب حسب المستوى التعليمي ولقياس الأثر الكمي وظفنا أسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي لكل مستوى تعليمي على حدى وفق الفرضتين الإحصائيتين التاليتين:

▪ $H_0 = b_1 = 0$: لا تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على حدوث الإنجاب لدى السيدات حسب مستواهن التعليمي.

▪ $H_1 \neq b_1 \neq 0$: تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على حدوث الإنجاب لدى السيدات حسب مستواهن التعليمي.

باستخدام برنامج الإحصاء spss زودنا بما يلي:

المخرج رقم 14: تقدير معالم الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج بوجود المتغير المستقل: المستوى التعليمي

Exp(B)	Sig	Ddl	Wald	ES	A	الإصابة بالأمراض المزمنة
النموذج 01: النساء بدون مستوى						
3.868	.000	1	27.951	.256	1.353	MC4(1)
.010	.000	1	84.152	.499	-4.581	Constante
النموذج 02: النساء في المستوى الابتدائي						
7.302	.000	1	49.315	.283	1.988	MC4(1)
.004	.000	1	102.346	.557	-5.639	Constante
النموذج 03: النساء في المستوى المتوسط						
4.071	.000	1	61.318	.179	1.404	MC4(1)
.013	.000	1	150.075	.352	-4.315	Constante
النموذج 04: النساء في المستوى الثانوي						
2.066	.000	1	19.506	.164	.725	MC4(1)
.043	.000	1	97.437	.318	-3.143	Constante
النموذج 04: النساء في المستوى الجامعي						
4.121	.000	1	30.018	.258	1.416	MC4(1)
.020	.000	1	58.800	.510	-3.912	Constante

بالنسبة لنموذج 01: النساء اللواتي بدون مستوى:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.581 + 1.353x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=27.951 وهو دال إحصائيا بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى السيدات اللواتي لم يزاولن تعليما مدرسيا، وبخصوص مقدار اللوجيت (A) فقد نتج بالقيمة الموجبة +1.353 و القيمة الموجبة دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والمتغير الصحي ممثلا في الإصابة بمرض مزمن على

الأقل، أما كمياً فإنه كلما تغيرت حالة السيدات اللواتي لم يزولن تعليماً مدرسياً من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإنه يؤدي ذلك إلى إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.353، أما نسبة أرجحية الإنجاب = 3.868 مرة، وهذا يعني بأن نسبة أرجحية احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه لدى المرأة السليمة يرتفع بقيمة: 3.868 مرة عما إذا كانت امرأة مصابة، أي أنه كلما انتقلت الحالة الصحية للسيدة التي ليس لديها أي مستوى تعليمي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بنسبة قدرها: 286.8%.

بالنسبة لنموذج 02: النساء اللواتي في المستوى الابتدائي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -5.639 + 1.988x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد = 49.315 وهو دال إحصائياً لأن مستوى الدلالة (0.00) وهو أكبر من مستوى المعنوية 0.05، ومنه يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى السيدات اللواتي في المستوى الابتدائي، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) + 1.988 وهذا

دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة ويتمثل الأمر في إصابتها بمرض مزمن على الأقل من عدمه، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة السيدة التي لها مستوى ابتدائي من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.988، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 7.302، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية السيدة التي لها مستوى ابتدائي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 7.302 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 630.2%.

بالنسبة لنموذج 03: النساء اللواتي في المستوى المتوسط:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.315 + 1.404x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=61.318 وهو دال إحصائياً لأن مستوى الدلالة (0.00) أكبر مستوى المعنوية 0.05، ومنه يمكن القول بأن احتمال الإصابة بمرض مزمن على الأقل من عدمه يؤثر على ظاهرة الإنجاب

لدى السيدات اللواتي مستواهن التعليمي لا يتعدى المتوسط، وقد بلغ مقدار اللوجيت (A) موجبا = +1.404 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والانتقال في الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدات اللواتي مستواهن التعليمي لا يتعدى المتوسط من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.404، أما نسبة أرجحية احتمال حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فانها يساوي 4.071، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدة التي مستواها التعليمي لا يتعدى المتوسط من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فان احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه سيرتفع ب 4.071 مرة أي أن احتمال حدوث انجابها على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 307.1%.

بالنسبة لنموذج 04: النساء اللواتي في المستوى الثانوي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.143 + .725x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

نلاحظ أن إختبار والد = 19.506 وهو دال إحصائيا، ومنه يمكن اعتماد احتمال الإصابة بمرض على الأقل مفسرا لظاهرة الإنجاب لدى السيدات اللواتي مستواهن

التعليمي ثانوي ، إذ نتجت قيمة اللوجيت (A) موجبا=0.725 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والمتغير الصحي للمرأة ممثلا في الإصابة بمرض مزمن على الأقل، بمعنى أنه كلما تغيرت حالة السيدات اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة فسيعمل ذلك على إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 0.725، أما نسبة أرجحية الإنجاب =2.066، وتفسر هذه النسبة باحتمال حدوث الإنجاب من عدم حدوثه بـ 2.066 مرة في حالة ما إذا انتقلت الحالة الصحية للسيدة التي مستواها التعليمي ثانوي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة او بمعنى اخر احتمال حدوث الإنجاب يزداد بـ: 106.6 %.

بالنسبة لنموذج 05: النساء اللواتي في المستوى الجامعي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.912 + 1.416x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب
من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=30.018 وهو دال إحصائيا، لذا يمكن اعتماد متغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل كمفسر لظاهرة الإنجاب لدى السيدات الجامعيات عموما، وبخصوص مقدار اللوجيت (A) فقد نتج بالقيمة الموجبة 1.416 وهذا دليل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب ومتغير الإصابة بمرض مزمن على الأقل، وكتفسير للقيمة الكمية يمكن القول أنه

كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدة الجامعية بشكل عام من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.416، أما نسبة أرجحية حدوث الإنجاب =4.121، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للسيدة الجامعية عموماً من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة على الأقل فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب ب:312.1%.

المقارنة والترتيب حسب المستوى التعليمي للمرأة

بغية الترتيب الكمي لأثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على احتمال حدوث الإنجاب خلال السنة السابقة للمسح أن نستعرض كل من نسبة الإنتشار والإصابة حسب المستوى التعليمي للسيدات وفق الجدول التالي:

جدول 5- 22: توزيع نسبة الإنتشار والإصابة حسب المستوى التعليمي

المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل			المستوى التعليمي
نسبة الإصابة	نسبة الإنتشار	مصابة	
18.57	17.61	445	بدون مستوى
21.99	18.97	527	الابتدائي
27.80	12.91	666	المتوسط
22.41	13.33	537	الثانوي
9.22	8.86	221	الجامعي
100	14.10	2396	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics6) (2019).

من خلال الجدول رقم 5-22: نلاحظ أن نسبة الإنتشار الأمراض المزمنة

حسب المستوى التعليمي أن أعلى نسبة إنتشار كانت في أوساط النسوة اللواتي لم

تتعد المرحلة الابتدائية بـ 18.97% تليها اللواتي ليس لديهن أي مستوى دراسي بـ 17.61% ثم المستوى الثانوي بـ 428 نقطة وهما يدل على الوعي بمدى خطورة الإصابة بالأمراض المزمنة تنتشر طرديا مع المستوى التعليمي إذ نجد أقل نسبة 8.86% في أوساط النسوة اللواتي لديهن مستوى جامعي وبفارق يقدر بـ 10.11 نقطة بينهن وبين مثيلتهن في المستوى الابتدائي، و أما بالنسبة لنسبة الإصابة من بين مجموع المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل فقد بلغت أعلى نسبة عند اللواتي لهن مستوى المتوسط بـ 27.8% تلي ذلك مباشرة نسبة الإصابة عند اللواتي لديهن مستوى الثانوي بنسبة 22.4% وبفارق أكثر من 5.4 نقطة لتكون أقل نسبة إصابة عند النسوة اللواتي في المستوى الجامعي بـ 9.22% وبفارق بينها وبين أعلى قيمة تفوق 18.55 نقطة ويفسر هذا الإختلاف في نسبة الإنتشار إلى المستوى التعليمي يلعب دورا هاما في التقليل من إنتشار الأمراض المزمنة من خلال الوعي الذي يحصل للسيدات بمدى خطورة هذه الأمراض، وقد تفسر زيادة نسبة الإصابة إلى عدد الأفراد المصابين في كل مستوى عدد المبحوثات التي شملهن المسح وكننتيجة فنه من خلال التحليل الوصفي والإستدلالي لهذه الفرضية نخلص إلى ما يلي:

- تم تسجيل أعلى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة في أوساط النسوة المتزوجات واللواتي لديهن مستوى ابتدائي بنسبة 18.97% مقابل 8.86%

لمثيلاتهن في المستوى الجامعي، وتم تسجيل أعلى نسبة إصابة بمرض مزمن على الأقل لدى النسوة المتزوجات في مستوى المتوسط بـ 27.8% مقابل أدنى نسبة في عند اللواتي لديهن مستوى الثانوي بنسبة 22.4%.

- احتمال حدوث الإنجاب لدى السيدات يختلف باختلاف مستواهن التعليمي، فما يقارب ربع السيدات الجامعيات أنجبن 23.18%، وأدنى نسبة كانت لدى السيدات اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي 11.63% بفارق بينهما قدر بـ 12.28 نقطة، فيما تراوحت النسبة في المستويات الأخرى بين 13.39%-16.45%.

- أما فيما يخص أثر الحالة الصحية على احتمال حدوث الإنجاب فالنسبة للسليمات: تم تسجيل نفس الترتيب ما يقارب ربع السيدات الجامعيات السليمات ولا تعاني من أي مرض مزمن أنجبن 23.13%، وأدنى نسبة كانت لدى مثيلاتهن اللواتي ليس لديهن مستوى تعليمي 10.96%، فيما تراوحت النسبة في المستويات الأخرى بين 12.96%-15.79%، أما بالنسبة للسيدات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل فلم تتعد النسبة 1% في جميع المستويات باستثناء المستوى الثانوي 1.092%، وهذا يدل على العلاقة بين الحالة الصحية للمرأة واحتمال حدوث الإنجاب حسب المستوى التعليمي

- بالنسبة لقياس الأثر الكمي فنجد أن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإن ذلك يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها في المستويات التعليمية على حد سواء، وبغية ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من الأعلى إلى الأدنى تم انشاء الجدول التالي:

جدول 5- 23: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب المستوى التعليمي

الترتيب	المستوى التعليمي	معادلة النموذج: $\text{Log}(p/(1-p))$	احتمال حدوث الإنجاب من عدمه إذا انتقلت الحالة الصحية للمرأة المتروجة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة
01	الابتدائي	$-5.639 + 1.988x$	630.2%
02	الجامعي	$-4.121 + 1.416x$	312.2%
03	المتوسط	$-4.315 + 1.404x$	307.1%
04	بدون مستوى	$-4.581 + 1.353x$	286.8%
05	الثانوي	$-3.143 + .725x$	106.6%

باستغلال الجدول رقم 5-23: الذي يلخص نتائج تطبيق الانحدار اللوجستي وبظهر قيم نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في حال تغير الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال لحدوث الإنجاب من عدمه للنسوة اللواتي في المستوى الابتدائي ب 630.2% والتي وافقت أعلى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة 18.97% يلي ذلك النسوة الجامعيات وفي المستوى المتوسط ب 312.2%، 307.1% على الترتيب،

والتي وافقت نسبة إنتشار للأمراض المزمنة أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة
8.86% وأعلى النسوة اللواتي لديهن مستوى الثانوي 106.6%

ومن خلال التحليل الوصفي للجداول رقم 5-21 و 5-22، والمخرج رقم 15:
تبين أن هناك علاقة عكسية بين المستوى الخصوبي بمعنى حدوث الإنجاب من
عدمه للمرأة وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل إذ تم تسجيل أعلى نسبة
حدوث الإنجاب لدى الجامعيات 23.81% ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للأمراض
المزمنة ب8.86% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية بلغت 14.11% بينما
وجد لأنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمرأة انخفضت نسبة حدوث حيث
سجلنا أدنى نسبة انجاب لدى النسوة اللواتي ليس لديهن مستوى وفي الابتدائي
ب11.63% و13.93% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة للأمراض
المزمنة 17.61% و18.97% وقد فاقنا نسبة الإنتشار الإجمالية 14.11%، مما
يؤكد وجود أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب من عدمه.

ومنه نخلص إلى أن أثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب
مثبت ودال إحصائياً وعليه نستطيع قبول الفرضية البحثية السادسة: تتباين
مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة
والسليمات حسب المستوى التعليمي، ويفسر ذلك بأثر الإصابة بالمرض المزمن،
بمعنى وجود علاقة عكسية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدث

الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حدتها كلما انخفض المستوى التعليمي مما يؤدي إلى انخفاض نسب الإنجاب.

7.3.5 الفرضية السابعة:

تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر لدى النساء المتزوجات بين المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب مؤشر الرفاه فعموما النساء اللواتي ينتمين للأسر غنية ستقل رغبتهم في الإنجاب مقارنة باللواتي ينتمين لأسر فقيرة، نظرا لزيادة أعباء الحياة والإنشغال بها عن الإنجاب فكلما كان مستوى الرفاه عال قابله عدم رغبة في الإنجاب واكتفاء بعدد أقل من الأطفال، إضافة إلى وجود علاقة طردية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدوث الإنجاب.

بغية دراسة أثر الحالة الصحية للسيدات على احتمال انجابها خلال السنة التي سبقت المسح حسب مستويات الرفاه الاقتصادي تم تلخيص البيانات وفق الجدول رقم 5-24:

جدول 5-24: توزيع المتزوجات حسب مؤشر الثروة والإصابة والإنجاب

المجموع		المصابات				السليمات				مؤشر الثروة		
لم تتجب		أنجبت		لم تتجب		أنجبت		لم تتجب			أنجبت	
النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد		النسبة%	العدد
83.32	3018	16.68	604	12.89	467	0.773	28	70.43	2551	15.9	576	الأكثر فقرا
82.91	2969	17.09	612	12.23	438	0.81	29	70.68	2531	16.28	583	الفقير
84.54	2888	15.46	528	13.38	457	0.761	26	71.17	2431	14.7	502	متوسط
84.16	2742	15.84	516	14.36	468	0.491	16	69.8	2274	15.35	500	الغني
85.93	2675	14.07	438	14.17	441	0.867	27	71.76	2234	13.2	411	الأكثر غنى
84.12	14292	15.88	2698	13.37	2271	0.742	126	70.75	12021	15.14	2572	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (Mics6) (2019).

إذ نلمح وجود تقارب في نسبة السيدات اللواتي أنجبين في مختلف مستويات الرفاه الاقتصادي، حيث سجلت أعلى نسبة 17.09% لصالح النساء المنتميات للأسر الفقيرة، تلتها النساء المنتميات للأسر الأكثر فقرا بـ 16.68% في حين بلغت أدنى نسبة عند السيدات المنتميات للأسر أكثر غنى 14.07%.

أما بالنسبة لأثر الوضع الصحي على الإنجاب فسجلنا تفاوتاً فالسيدات السليمات من الأمراض المزمنة دوماً والمنتميات للأسر الفقيرة والأكثر فقرا يسجلن أعلى النسب بـ 16.28% و 15.9% على التوالي بالمقابل اللواتي تنتمين للأسر أكثر غنى يسجل أدنى نسبة بـ 13.2%، أما بالنسبة السيدات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل فلم تتعد النسبة 1% في جميع المستويات وهذا يدل على العلاقة بين الحالة الصحية للمرأة واحتمال حدوث الإنجاب حسب مستويات الرفاه الاقتصادي، وباستعمال أسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي وفق الفرضتين الإحصائيتين التاليتين:

- $H_0 = b_1 = 0$: لا تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على الإنجاب لدى السيدات حسب درجة مؤشر الثروة

- $H_0 \neq b_1 \neq 0$: تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على الإنجاب لدى السيدات حسب درجة مؤشر الثروة

يتم تزويدنا بالنتائج التالية باستعمال برنامج الإحصاء spss:

المخرج رقم 15: وإحصائية والد بوجود متغير مؤشر الثروة

Exp(B)	Sig	Ddl	Wald	ES	B	الإصابة بالأمراض المزمنة
النموذج 01: النساء الأكثر فقرا						
3.801	.000	1	44.182	.201	1.335	MC4(1)
.016	.000	1	111.576	.394	-4.159	Constante
النموذج 02: النساء الفقيرات						
3.504	.000	1	40.220	.198	1.254	MC4(1)
.019	.000	1	105.330	.387	-3.975	Constante
النموذج 03: النساء المتوسطات						
3.592	.000	1	38.316	.207	1.279	MC4(1)
.016	.000	1	104.620	.404	-4.136	Constante
النموذج 04: النساء الغنيات						
6.505	.000	1	51.693	.260	1.873	MC4(1)
.005	.000	1	104.795	.514	-5.260	Constante
النموذج 05: النساء الأكثر غنى						
3.024	.000	1	28.857	.206	1.106	MC4(1)
.020	.000	1	94.732	.401	-3.906	Constante

بالنسبة لنموذج 01: النساء الأكثر فقرا:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.159 + 1.335x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=44.182 وهو دال إحصائيا بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات المنتميات للأسر الأكثر فقرا، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.335 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة ويتمثل الأمر في إصابتها بمرض مزمن على

الأقل من عدمه، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة المرأة التي تنتمي للأسر الأكثر فقرا من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.335، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 3.801 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي للأسر الأكثر فقرا من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه ب 3.801 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 280.1%.

بالنسبة لنموذج 02: النساء الفقيرات

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.975 + 1.254x$$

X من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=40.220 وهو دال إحصائيا ومنه فإن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يفسر احتمال حدوث الإنجاب لدى النسوة المتزوجات المنتميات للأسر الفقيرة، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.254 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة المرأة الصحية التي تنتمي للأسر الفقيرات من امرأة مصابة

بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.254، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 3.504 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي للأسر الفقيرات من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 3.504 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 250.4%.

بالنسبة لنموذج 03: النساء المتوسطات

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.136 + 1.279x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=38.316 وهو دال إحصائياً، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات المنتميات للأسر المتوسطات من حيث الرفاه الاقتصادي، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.279 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة ويتمثل الأمر في إصابتها بمرض مزمن على الأقل من عدمه، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة المرأة التي تنتمي للأسر المتوسطات من حيث الرفاه الاقتصادي من امرأة مصابة بمرض مزمن

على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.279، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 3.592 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي للأسر المتوسطات من حيث الرفاه الاقتصادي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 3.592 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 259.1%.

بالنسبة لنموذج 04: النساء الغنيات

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -5.260 + 1.873x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=51.693 وهو دال إحصائياً، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات المنتميات للأسر الغنيات، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.873 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة ويتمثل الأمر في إصابتها بمرض مزمن على الأقل من عدمه، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة المرأة التي تنتمي إلى الأسر الغنية من امرأة مصابة

بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.873، وبخصوص نسبة أرجحية حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 6.505 مرة، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي للأسر الغنية من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 6.065 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 506.5%.

بالنسبة لنموذج 05: النساء الأكثر غنى

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.906 + 1.106x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=28.857 وهو دال إحصائياً، ومنه فإن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى النسوة المتزوجات المنتميات للأسر الأكثر غنى، في حين بلغ مقدار اللوجيت (A) بالقيمة الموجبة +1.103 مما يدل على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والحالة الصحية للمرأة، وتفسر القيمة الكمية للوغاريتم نسبة الأرجحية (A) بأنه كلما تغيرت حالة المرأة التي تنتمي إلى الأسر الأكثر غنى من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فسيؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.106، وبخصوص نسبة أرجحية

حدوث الإنجاب (احتمال حدوث الإنجاب/احتمال عدم حدوثه) فإنها يساوي 3.024، أي أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للمرأة التي تنتمي للأسر الأكثر من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 3.024 مرة أي أن احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه يزداد بنسبة قدرها: 202.4%.

المقارنة والترتيب حسب مستوى الرفاه الاقتصادي (مؤشر الثروة)

بغية الترتيب الكمي لأثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على احتمال حدوث الإنجاب خلال السنة السابقة للمسح ان نستعرض كل من نسبة الانتشار والإصابة حسب مستوى الرفاه الاقتصادي للأسر التي تنتمي لهن السيدات وفق الجدول التالي:

جدول 5- 25: توزيع نسبة الانتشار والإصابة حسب مؤشر الثروة

المتزوجات المصاب مرض مزمن على الأقل			مؤشر الثروة
نسبة الإصابة	نسبة الانتشار	مصابة	
20.65	13.67	495	الأكثر فقرا
19.48	13.04	467	الفقير
20.15	14.14	483	متوسط
20.19	14.86	484	الغني
19.52	15.03	468	الأكثر غنى
100	14.11	2397	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

من خلال الجدول رقم 5-25: نلاحظ أن نسبة إنتشار الأمراض المزمنة حسب مستوى الرفاه الاقتصادي متقاربة جدا فبلغت أعلى نسبة إنتشار في أوساط النسوة الأكثر غنى بـ 15.03% تلتها النسوة المنتميات للأسر الغنية بـ 14.86%

فيما أدنى نسبة إنتشار لدى النسوة المنتميات للأسر الفقيرات بـ 13.04% بفارق بينها وبين أعلى نسبة 2.01 نقطة وهذا يدل على التغير العام الذي طبع المجتمع الجزائري من تغير في السلوكيات الصحية والغذائية. مما أثر على الوضع الصحي للأسر الجزائرية وعلى جميع المستويات الرفاه الاقتصادي على حد سواء مع اختلافات طفيفة، أما بالنسبة لنسبة الإصابة من بين مجموع المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل فقد تراوحت بين 20.65% و 19.48% بفارق بينهما قدر 1.17 نقطة فقط %، ومنه نخلص إلى ما يلي:

- وجود تقارب في نسبة السيدات اللواتي أنجبن في مختلف مستويات الرفاه الاقتصادي، حيث سجلت أعلى نسبة 17.09% لصالح النساء المنتميات للأسر الفقيرة، تلتها النساء المنتميات للأسر الأكثر فقرا بـ 16.68% في حين بلغت أدنى نسبة عند السيدات المنتميات للأسر أكثر غنى 14.07%، أما بالنسبة لأثر الوضع الصحي على الإنجاب فسجلنا تفاوتاً فالسيدات السليمات من الأمراض المزمنة دوماً والمنتميات للأسر الفقيرة والأكثر فقرا يسجلن أعلى النسب بـ 16.28% و 15.9% على التوالي بالمقابل اللواتي تنتمين للأسر أكثر غنى يسجل أدنى نسبة بـ 13.2%، أما بالنسبة السيدات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل فلم تتعد النسبة 1%.

- بالنسبة لقياس الأثر الكمي فنجد أن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإن ذلك يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها في جميع الأقاليم الجغرافية على حد سواء، وبغية ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من الأعلى إلى الأدنى كما يلي:

جدول 5- 26: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب مؤشر الثروة

الترتيب	مؤشر الثروة	معادلة النموذج: $\text{Log}(p/(1-p))$	احتمال حدوث الإنجاب من عدمه إذا انتقلت الحالة الصحية للمرأة المتزوجة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة
01	الغنيات	$-5.260 + 1.873x$	550.5%
02	الأكثر فقرا	$-4.159 + 1.335x$	280.1%
03	المتوسط	$-4.136 + 1.279x$	259.2%
04	الفقيرات	$-3.975 + 1.254x$	250.4%
05	الأكثر غنى	$-3.906 + 1.106x$	202.4%

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5-26 تباين نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه لدى النسوة المتزوجات وترتيب ذلك حسب مستوى الرفاه لديهن، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال لحدوث الإنجاب من عدمه للنسوة اللواتي ينتمين إلى أسر غنية في حال انتقال وضعن الصحي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة بـ 550.5%، والتي وافقت نسبة إنتشار للأمراض المزمنة قدرت بـ 14.86% تفوق النسبة الإجمالية، يلي ذلك النسوة اللواتي ينتمي لأسر فقيرات جدا بـ 280.1% بنسبة إنتشار قدرت بـ 13.67% وتقارب القيمة لدى النسوة اللواتي ينتمي إلى أسر في المستوى المتوسط والفقيرة بـ 259.2%، 250.4%

على الترتيب، وبلغت أدنى قيمة لدى النسوة الغنيات جدا والتي وافقت أعلى نسبة إنتشار 15.03%

ومن خلال التحليل الوصفي للجداول رقم 5-24 و 5-25، والمخرج رقم 16: تبين أن هناك علاقة عكسية بين حدوث الإنجاب من عدمه للمرأة وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل إذ تم تسجيل أعلى نسبة حدوث الإنجاب لدى النسوة الفقيرات 17.09% ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة ب13.04% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية بينما نجد عموما أنه كلما زاد مستوى الرفاه للمرأة انخفضت نسبة حدوث الإنجاب حيث سجلنا أدنى نسبة انجاب لدى النسوة اللواتي ينتمين لأسر غنية جدا ومتوسطة الحال وغنيات ب 14.07% و 15.46% و 15.84% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة للأمراض المزمنة 15.03% و 14.14% و 14.86%، وقد فاقت نسبة الإنتشار الإجمالية 14.11%، مما يؤكد وجود لأثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب من عدمه.

ومنه نخلص إلى أن تأثير المرض المزمن على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائيا ونستطيع قبول الفرضية البحثية السابعة: تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب مؤشر الرفاه فعموما النساء اللواتي ينتمين للأسر غنية ستقل رغبتهن في الإنجاب مقارنة باللواتي ينتمين لأسر فقيرة، نظرا لزيادة أعباء الحياة والإنشغال بها عن الإنجاب فكلما كان

مستوى الرفاه عال قابله عدم رغبة في الإنجاب واكتفاء بعدد أقل من الأطفال، إضافة إلى وجود علاقة طردية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدث الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حداثتها كلما زاد مستوى الرفاه أي مؤشر الثروة مما يؤدي إلى انخفاض نسب الإنجاب.

8.3.5 الفرضية الثامنة:

تتباين مستويات الخصوبة لدى النساء المتزوجات بين المصابات بأمراض مزمنة والسليمات في الجزائر حسب نشاطهن الاقتصادي، إذ إن عبء المرض المزمن سيثني المرأة عن الحمل ومعاناته وتبعات الولادة فيما بعد.

لا شك أن الوضع الصحي مع ممارستها لنشاط اقتصادي للمرأة سيضفي اختلافا في سلوكها الإيجابي يميزها عن تلك لا تمارس أي نشاط اقتصادي، هذا ما سنتأكد منه من خلال تحليل البيانات التي تم تلخيصها الجدول رقم 5-27:

جدول 5- 27: توزيع المتزوجات حسب الحالة المهنية والإصابة والإنجاب

المجموع		المصابات				السليمات				ممارسة نشاط اقتصادي		
		لم تتجب		أنجبت		لم تتجب		أنجبت				
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد									
83.08	1449	16.92	295	11.58	202	0.69	12	71.50	1247	16.23	283	تمارس
84.24	12843	15.76	2403	13.57	2069	0.75	114	70.67	10774	15.01	2289	لا تمارس
84.12	14292	15.88	2698	13.37	2271	0.74	126	70.75	12021	15.14	2572	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5-27: ان احتمال حدوث الإنجاب لدى السيدات يختلف باختلاف الحالة المهنية لديها، فنلاحظ تقارب نسبة النساء التي أنجبن بغض النظر عن حالتهم الصحية حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أنجبن ويمارسن نشاطا اقتصاديا 16.92% مقابل 15.76% بفارق قدره 1.22، أما فيما يخص أثر الحالة الصحية على احتمال حدوث الإنجاب فالنسبة للسليمات: تم تسجيل نفس الترتيب فنسبة السيدات اللواتي أنجبن ويمارسن نشاطا اقتصاديا 16.23% مقابل 15.01% للواتي لا تمارسن أي نشاط اقتصادي، في حين أن السيدات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل فلم تتعد النسبة 1% لكلا الفئتين وهذا يدل على العلاقة بين الحالة الصحية للمرأة واحتمال حدوث الإنجاب حسب الحالة المهنية لها، وباستعمال الانحدار اللوجيستي الثنائي وفق الفرضتين التاليتين:

▪ $H_0 = b_0 = 0$: لا تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل في حدوث الإنجاب

لدى كل السيدات تبعا ممارسة لنشاط اقتصادي من عدمه.

▪ $H_1 \neq b_1 \neq 0$: تؤثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل في حدوث الإنجاب لدى

كل السيدات تبعا ممارسة لنشاط اقتصادي من عدمه.

باستخدام برنامج الإحصاء spss زدنا بما يلي:

المخرج رقم 16: معالم الانحدار اللوجيستي الثنائي بوجود متغير: الحالة المهنية للمرأة

Exp(B)	Sig	Ddl	Wald	ES	B	الإصابة بالأمراض المزمنة
النموذج 01: النساء اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا						
3.963	.000	1	19.763	.310	1.377	MC4(1)
.014	.000	1	48.449	.609	-4.238	Constante
النموذج 02: النساء اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا						
3.859	.000	1	186.239	.099	1.351	MC4(1)
.014	.000	1	480.599	.194	-4.250	Constante

بالنسبة لنموذج 01: النساء اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.238 + 1.377x$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد=19.763 وهو دال إحصائيا بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى السيدات اللواتي تمارسن نشاطا اقتصاديا وقد نتج مقدار اللوجيت (A) 1.377+ وهذا حيث تدل القيمة الموجبة على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والمتغير الصحي ممثلا في الإصابة بمرض مزمن على الأقل، أما القيمة الكمية فإنه كلما تغيرت حالة السيدات اللواتي تمارسن نشاطا اقتصاديا من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغاريتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.377، أما نسبة أرجحية

الإنجاب = 3.963، وهذا يعني بان نسبة أرجحية حدوث الإنجاب من عدمه سيرتفع بقيمة: 4.752 مرة، أي أنه كلما انتقلت الحالة الصحية للمرأة عموماً التي تمارس نشاطاً اقتصادياً من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه بـ 3.963 مرة أي يزداد احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه بنسبة قدرها: 296.3%.

بالنسبة لنموذج 02: النساء اللواتي لا يمارسن نشاطاً اقتصادياً

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.250 + 1.351$$

X: الإصابة بمرض مزمن على الأقل، P: احتمال حدوث الإنجاب

من خلال المخرج نلاحظ أن إختبار والد = 186.239 وهو دال إحصائياً بحكم كبر مستوى الدلالة (0.00) على مستوى المعنوية 0.05، وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الإصابة بمرض مزمن على الأقل يؤثر على ظاهرة الإنجاب لدى السيدات اللواتي لا تمارسن نشاطاً اقتصادياً وقد نتج مقدار اللوجيت (A) +1.351 وهذا حيث تدل القيمة الموجبة على العلاقة الطردية بين احتمال حدوث الإنجاب والمتغير الصحي ممثلاً في الإصابة بمرض مزمن على الأقل، أما القيمة الكمية فإنه كلما تغيرت حالة السيدات اللواتي لا تمارسن نشاطاً اقتصادياً من امرأة مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى امرأة سليمة ولا تعاني من أي مرض

مزمن فإنه يؤدي ذلك إرتفاع لوغار يتم نسبة الأرجحية بمقدار 1.351، أما نسبة أرجحية الإنجاب =3.859، وهذا يعني بان نسبة أرجحية حدوث الإنجاب من عدمه سيرتفع بقيمة: 3.859 مرة، أي أنه كلما انتقلت الحالة الصحية للمرأة عموما التي لا تمارس نشاطا اقتصاديا من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة من الأمراض المزمنة فإن ذلك يعمل على إرتفاع احتمال حدوث الإنجاب عندها على عدم حدوثه ب3.859 مرة أي يزداد احتمال حدوث الإنجاب على عدم حدوثه بنسبة قدرها: 285.9%.

المقارنة والترتيب حسب الحالة المهنية للمرأة

للمقارنة بين أثر الإصابة بمرض مزمن على الأقل على احتمال حدوث الإنجاب خلال السنة السابقة للمسح لا بأس ان نستعرض كل من نسبة الإنتشار والإصابة حسب الحالة المهنية للنساء المتزوجات وفق الجدول التالي:

جدول 5- 28: توزيع نسبة الإنتشار والإصابة حسب الحالة المهنية

المتزوجات المصابات بمرض مزمن على الأقل			الأقاليم الجغرافية
نسبة الإصابة	نسبة الإنتشار	مصابة	
8.9	12.27	214	تمارس نشاطا اقتصاديا
91.0	14.32	2183	لا تمارس نشاطا اقتصاديا
100	14.11	2398	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بناء على قاعدة المعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 (2019).

من خلال الجدول رقم 5-28: نلاحظ أن أعلى نسبة الإنتشار للأمراض المزمنة حسب الحالة المهنية للمرأة كانت لفئة السيدات اللواتي لا يمارسن نشاطا

اقتصادي إذ بلغت 14.32%، وبالمقابل بلغت النسبة عن الفئة الأخرى أي اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا 12.27% بفارق قارب 02 نقطتين، مع أنه منطقيا انعاملات تزداد حدة التوتر لديهن وحالة التعب التي تتابهن جراء الجمع بين وظيفية التربية والرعاية في المنزل لكن تفسير ذلك مرده إلى عدد النسوة في كل فئة إذا تمثل فئة النسوة اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا 89.7% من مجموع السيدات المتزوجات التي شملهن مسح 2019، وتبين ذلك نسبة المصابات اللواتي لا يمارسن أي نشاط اقتصادي من مجموع السيدات 91.9 % مقابل 09 % لمثيلاتهن في الفئة الأخرى، ومن خلال التحليل الوصفي والإستدلالي لهذه الفرضية نخلص إلى ما يلي:

1. تم تسجيل أعلى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة لفئة السيدات اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصادي إذ بلغت 14.32%، وبالمقابل بلغت النسبة عن الفئة الأخرى أي اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا 12.27% بفارق قارب 02 نقطتين بينهما، بينما بلغت نسبة المصابات بمرض مزمن على الأقل اللواتي لا يمارسن أي نشاط اقتصادي من مجموع السيدات 91.9 % مقابل 09 % لمثيلاتهن في الفئة الأخرى.

2. لمحا تقارب نسبة النساء اللواتي أنجبن بغض النظر عن حالتهم الصحية حيث بلغت عند الفئة التي تمارس نشاطا اقتصاديا 16.92% مقابل

15.76% لمثيلتهن في الفئة الأخرى بفارق قدره 1.22، أما فيما يخص أثر الحالة الصحية على احتمال حدوث الإنجاب فالنسبة للسليمات: تم تسجيل نفس الترتيب فنسبة السيدات اللواتي أنجبن ويمارس نشاطا اقتصاديا 16.23% مقابل 15.01% للواتي لا تمارسن أي نشاط اقتصادي، في حين لم تتعدى نسبة المنجبات اللواتي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل 1% لكلا الفئتين.

3. بالنسبة لقياس الأثر الكمي فنجد أن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ولا تعاني من أي مرض مزمن فإن ذلك يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها مهما كانت الحالة المهنية للمرأة على حد سواء، وبغية ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من الأعلى إلى الأدنى كما يلي:

جدول 5- 29: ترتيب نسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه حسب الحالة المهنية

الترتيب	الحالة المهنية	معادلة النموذج: $\text{Log}(p/(1-p))=$	احتمال حدوث الإنجاب من عدمه إذا انتقلت الحالة الصحية للمرأة المتزوجة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة
01	لا تمارس نشاطا اقتصاديا	$-4.250 + 1.351x$	296.3%
02	تمارس نشاطا اقتصاديا	$-4.238 + 1.377x$	285.9%

من اعداد الباحث بناء على المخرج رقم 14

نلاحظ من خلال الجدول رقم 5- 29 الذي يلخص تباين نسب احتمالية حدوث الإنجاب مقابل عدم حدوثه وذلك لدى النسوة المتزوجات وترتيب ذلك تبعا للحالة المهنية لهن، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه

في حالة تغير الوضع الصحي للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة للنسوة اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا على الأقل بـ 296.3% وقد جاءت هذه القيمة موافقة لكل من نسبة الإنتشار للأمراض المزمنة الأقل بـ 12.27% ونسبة الإنجاب الأكبر بـ 16.92%، أما نظيرتهن اللواتي لا يمارسن أي نشاط اقتصادي ف سجلنا نسبة الاحتمال الأقل بـ 285.9% بفارق قدره 10.4 نقاط، وموافقة لكل من نسبة الإنتشار للأمراض المزمنة الأكبر بـ 14.32% ونسبة الإنجاب الأقل بـ 15.76%.

ومن خلال التحليل الوصفي للجداول رقم 5-27 و 5-28، ومن المخرج رقم 5-29: تأكدت وجود العلاقة العكسية بين حدوث الإنجاب وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل، مما يؤكد وجود لأثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب من عدمه.

ولكن نشير هنا إلى أنه في دراستنا سجلنا إرتفاع نسبة الإنجاب في أوساط اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا مقابل انخفاضها عند اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا وهذا مخالف لنتائج دراسات ديموغرافية سابقة تطرقت للعلاقة بين العمل والخصوبة إذ أنه من المتعارف عليه أن النسوة العاملات تقل رغبتهن عن الإنجاب فتتخفف، ويرجع هذا إلى نوع متغير الخصوبة الذي تم اعتماده وهو حدوث

الإنجاب السنة السابقة للمسح فقط، ولم تؤخذ الحياة الانجابية كاملة، ومنه نخلص إلى ما يلي:

أثر الأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائياً للعلاقة العكسية بين انخفاض حدة الإصابة وزيادة نسبة حدوث الإنجاب ويتأكد هذا في حال مارست المرأة نشاطاً اقتصادياً فالسلامة الصحية تجعل المرأة تفكر في الإنجاب مع انشغالها بالعمل، ومنه قبول الفرضية البحثية الثامنة.

خلاصة الفصل

من خلال الفصل الميداني تطرقنا إلى واقع الأمراض المزمنة في الجزائر للنساء في سن الإنجاب فقد بلغ معدل الإنتشار في أوساطهن إلى 9.5% وهي نسبة عالية ساهمت في إرتفاع بالنسبة العامة الوطنية 20.00%، وتبين أن 98% شخصن مرضهن عند طبيب وقد بلغت نسبة المتزوجات المصابات 73.22% من مجموع المصابات، تطرقنا بعد ذلك إلى حساب كل من متوسط سن الزواج الأول ومتوسط عدد الأطفال ومتوسط التباعد لدى مجموعة النسوة السليمات مقارنة بنظيرتهن المصابات بمرض مزمن على الأقل قبل زواجهن وتبين أن الفرق دال إحصائيا بالنسبة لمتوسط سن الزواج الأول ومتوسط التباعد ولمتوسط عدد الأطفال، وقد تمت دراسة أثر الأمراض المزمنة على النسوة المتزوجات باستعمال أسلوب الانحدار اللوجيستي الثنائي فتبين أن العلاقة طردية بين حدوث الإنجاب والسلامة من المرض المزمن مما رفع من أرجحية الإنجاب من عدم حدوثه وذلك وفق المتغيرات السوسيوديموغرافية التي اعتمدها في الدراسة.

6. النتائج العامة للدراسة

والتوصيات

1.6. النتائج العامة للدراسة:

1. نتائج الفرضية الأولى: قبول الفرضية البحثية الأولى لثبوت الفرق بين متوسط

سن الزواج الأول للسليمات عن المصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن وهو دال ومثبت إحصائياً، وقد بلغ سن الزواج الأول عند المصابات 25.78 سنة مقابل 24.00 سنة عند السليمات، ويفسر هذا بأن الحالة لصحية للمرأة تستدعي الإنشغال بالأعباء الاستشفاء المادية والمعنوية من جهة فيصرفها ذلك عن التفكير في الزواج، وللعادات والتقاليد الإجتماعية التي تغلب على المجتمع الجزائري فيما يخص النفور دوماً من المرأة التي تكون بها علة مرضية، وعليه يمكن القول بأنه يمكن إعتبار الإصابة بالمرض المزمن من بين أسباب تأخر سن الزواج، هذا الأخير يؤدي إلى تقليص مدة الحياة الإنجابية ومن ثم انخفاض عدد المواليد أي خفض مستواها الخصوبي مقارنة بالمرأة السليمة.

2. نتائج الفرضية الثانية: عند المقارنة بين عدد المواليد بين المصابات بأمراض

مزمنة قبل زواجهن والسليمات بشكل عام بدون النظر إلى مدة الزواج وجدنا ان الفرق غير دال إحصائياً، فهو لا يختلف بين كون المرء سليمة أو مصابة بمرض مزمن على الأقل قبل زواجها، ولكن بادخال متغير له علاقة بمتوسط الأطفال ألا وهو مدد الحياة الزوجية برز لنا أثر المرض المزمن بعد تطبيق إختبار تحليل التباين لمقارنة متوسط الأطفال لعدة مجموعات مستقلة مثلها مدد الحياة الزوجية، فنخلصنا إلى قبول الفرضية البحثية الثانية.

3. نتائج الفرضية الثالثة: قبول الفرضية البحثية الثالثة لثبوت الفرق ودلالته

إحصائياً عند مستوى معنوية 0.05 بين متوسط التباعد بين الولادات لدى السيدات، بحيث بلغ متوسط المدة الفاصلة بين الولادات للمصابات بأمراض مزمنة قبل زواجهن 4.325 سنة مقابل متوسط المدة الفاصلة بين الولادات نظيرتهن السليمات 3.898 سنة، ويرجع ذلك أساساً إلى نقصان طول الفترة الإنجابية للمصابة بمرض مزمن على الأقل عموماً، حيث أنه كلما تأخر سن الزواج لديها تقلصت المدة التي تقضيها وهي متزوجة (نتائج الفرضية الأولى: خلاصنا إلى إرتفاع سن الزواج الأول لدى المصابات قبل زواجهن مقارنة بالسليمات).

4. نتائج الفرضية الرابعة: تم قبول الفرضية البحثية الرابعة وفيما يلي تفصيل نتائج

تحليلها:

- تزيد حدة إنتشار الأمراض المزمنة في الوسط الحضري عند النساء المتزوجات فبلغت 9.18% مقابل 4.92% من نظيرتهن في الريف بفارق 4.26 نقطة وذلك من مجموع المتزوجات اللواتي شملهن مسح 2019، في حين بلغت نسبة الإصابة عند القاطنات في الحضر 65.11% مقابل 34.89% في الريف بفارق 30.89 نقطة من بين مجموع النسوة التي صرحن بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل، ويرجع هذه التفاوت في كل من النسبتين إلى مظاهر

التحضر التي تعرف في المدينة وما يتبع ذلك من نمط غذائي مصنع على غرار أهل الريف وزيادة على ذلك قلة النشاط البدني والحركة.

- نسبة النساء المتزوجات واللواتي شملهن مسح 2019 أنجبن خلال سنة المسح 15.87%، موزعة على 15.34% تقطن الحضر مقابل 16.71% تقطن في الريف، أما من حيث الإصابة بمرض مزمن على الأقل فقد بلغت نسبة النسوة المنجبات وهن سليمانات 15.13% (منهن 14.57% تقطن في الحضر، 16.03% تقطن في الريف)، في حين لم تتعد النسبة عند المصريحات بإصابتهم بمرض مزمن على الأقل 1% (80 امرأة مصابة أنجبت من أصل 10378 يقطن في الحضر، 45 مصابة أنجبت من أصل 6601 امرأة تقطن في الريف).

- بالنسبة للأثر الكمي فنتبين لنا إن انتقال الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى خلوها وسلامتها من أي مرض مزمن فإن ذلك يعمل على احتمال حدوث الإنجاب لديها في الوسطين الحضر والريف على حد سواء، مع تسجيل إرتفاع نسبة احتمال حدوث الإنجاب للسيدة القاطنة في الريف (293.6%) مما هو عليه عند النساء القاطنات في الحضر (281.5%) ويفارق بينهما قدره 12.1 نقطة يحسب لصالح النسوة القاطنات في الريف، يحدث هذا تزامنا مع زيادة حدة الإنتشار الأمراض المزمنة الحضر 9.8% عما هي عليه في الريف 4.92%، مما يؤكد ان الإصابة بالأمراض

المزمنة ساهمت في التقليل من الإنجاب وفي الحضر أكثر من الريف كما رأينا ذلك سابق في الجدول رقم 46 و 47، ويرجع ذلك أساسا إلى المستوى الثقافي والتعليمي الذي تتمتع به السيدات القاطنات في الحضر مما يرفع استعمال وسائل منع الحمل لديهن، وإلى الوعي الصحي بخطورة الأمراض المزمنة وبالتالي تجنب الحمل والولادة، إضافة إلى توفر الرعاية الصحية خاصة فيما يتعلق بالتكفل بالأمراض المزمنة والحملات التحسيسية، كل هذا يجر النسوة القاطنات في الحضر تؤخر الإنجاب وتباعد بين الولادات وتضبط حساباتها جيدا قبل الإقدام على الحمل والإنجاب.

5. نتائج الفرضية الخامسة: تم قبول الفرضية البحثية الخامسة وفيما يلي أهم ما تم التوصل اليه:

- بالنسبة لنسب احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في حال تغير الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة، إذ نميز اربع مجموعات حسب التقارب الجغرافي، فسجلنا أعلى نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في كل المجموعة الأولى وتضم: إقليم الشمال الشرقي وشمال وسط ب 448.9% و 375.2% على التوالي والتي يوافق نسبة إنتشار للأمراض المزمنة عالية 14.77% و 14.59% وقد فاقتا النسبة الوطنية ب 0.66 و 0.48 نقطة على التوالي يلي ذلك كل المجموعة الثانية وتضم: إقليم الهضاب العليا وسط والهضاب العليا شرق ب 252.8% و 250.8% على التوالي والتي توافق نسب

إنتشار 12.29% و 15.99% على التوالي، أما المجموعة الثالثة تضم إقليم الجنوب فقد بلغت نسبة الأرجحية 209.7% ونسبة إنتشار قدرت ب10.60 وهي النسبة الأقل في كل الإقليم بفارق بينها وبين النسبة الإجمالية قدر ب3.5 نقاط، أما المجموعة الرابعة فتضم: إقليم شمال غرب الهضاب العليا غرب ب: 192.8% و 151.6% وتوافق نسب إنتشار 14.71% و 12.54%.

- وجود التباين في السلوك الخصوبي حسب الأقاليم الجغرافية ترجمه حدوث الإنجاب من عدمه بحيث سجلت أعلى نسبة حدوث الإنجاب في إقليم الجنوب 19.7% أي أنه من كل 100 امرأة تقطن في الجنوب تتجب 20 منه ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة ب10.6% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية بلغت 14.11% بينما نجد لأنه كلما اتجهنا شمالا تضاءلت نسبة الإنجاب حيث سجلنا أدنى نسبة انجاب في الشمال الغربي وشمال وسط ب14.21% و 15.12% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة للأمراض المزمنة 14.71% و 14.59% وقد فاقتا نسبة الإنتشار الإجمالية، مما يؤكد وجود أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب من عدمه.

- أثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائيا وعليه نستطيع قبول الفرضية البحثية الخامسة: تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب الأقاليم الجغرافية، مرد ذلك إلى أثر الإصابة بالمرض المزمن، بمعنى أن حدوث الإنجاب

ينخفض مستواه لدى النسوة المصابات بأمراض مزمنة مقارنة بنظيرتهن السليمات في نفس الأقاليم، ويتأكد ذلك بصورة أكبر في الأقاليم الشمالية.

6. نتائج الفرضية السادسة: تم قبول الفرضية البحثية السادسة وفيما ملخص لأهم ما تم التوصل إليه:

- تباين نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في حال تغير الحالة الصحية للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال لحدوث الإنجاب من عدمه للنسوة اللواتي في المستوى الابتدائي ب 630.2% والتي وافقت أعلى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة 18.97% يلي ذلك النسوة الجامعيات وفي المستوى المتوسط ب 312.2%، 307.1% على الترتيب، والتي وافقت نسبة إنتشار للأمراض المزمنة أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة 8.86%، وأعلى النسوة اللواتي لديهن مستوى الثانوي 106.6%

- هناك علاقة عكسية بين المستوى الخصوي بمعنى حدوث الإنجاب من عدمه للمرأة وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل إذ تم تسجيل أعلى نسبة حدوث الإنجاب لدى الجامعيات 23.81% ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة ب 8.86% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية بلغت 14.11% بينما نجد لأنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمرأة انخفضت نسبة حدوث حيث سجلنا أدنى نسبة انجاب لدى النسوة اللواتي ليس لديهن مستوى وفي الابتدائي ب 11.63% و 13.93% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة

للأمراض المزمنة 17.61% و 18.97% وقد فاقتا نسبة الانتشار الإجمالية 14.11%، مما يؤكد وجود أثر الإصابة بالأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب من عدمه.

- أثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائياً وعليه نستطيع قبول الفرضية البحثية السادسة: تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب المستوى التعليمي، ويفسر ذلك بأثر الإصابة بالمرض المزمن، بمعنى وجود علاقة عكسية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدث الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حدتها كلما انخفض المستوى التعليمي مما يؤدي إلى انخفاض نسب الإنجاب.

7. نتائج الفرضية السابعة: تم قبول الفرضية البحثية السابعة وبعد التحليل الإحصائي نتج ما يلي:

- تتباين نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه لدى النسوة المتزوجات وترتيب ذلك حسب مستوى الرفاه لديهن، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال لحدوث الإنجاب من عدمه للنسوة اللواتي ينتمين إلى أسر غنية في حال انتقال وضعهن الصحي من مصابة بمرض مزمن على الأقل إلى سليمة ب 550.5%، والتي وافقت نسبة إنتشار للأمراض المزمنة قدرت ب 14.86% تفوق النسبة الإجمالية، يلي ذلك النسوة اللواتي ينتمي لأسر فقيرات جدا ب 280.1% بنسبة إنتشار قدرت

ب13.67% وتقارب القيمة لدى النسوة اللواتي ينتمي إلى أسر في المستوى المتوسط والفقيرة ب 259.2%، 250.4% على الترتيب، وبلغت أدنى قيمة لدى النسوة الغنيات جدا والتي وافقت أعلى نسبة إنتشار 15.03%

- هناك علاقة عكسية بين حدوث الإنجاب من عدمه للمرأة وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل إذ تم تسجيل أعلى نسبة حدوث الإنجاب لدى النسوة الفقيرات 17.09% ووافق ذلك أدنى نسبة إنتشار للأمراض المزمنة ب13.04% وهي أقل من نسبة الإنتشار الإجمالية ب بينما نجد عموما أنه كلما زاد مستوى الرفاه للمرأة انخفضت نسبة حدوث الإنجاب حيث سجلنا أدنى نسبة انجاب لدى النسوة اللواتي ينتمين لأسر غنية جدا ومتوسطة الحال وغنيات ب 14.07% و 15.46% و 15.84% على التوالي موازاة مع نسبة إنتشار مرتفعة للأمراض المزمنة 15.03% و 14.14% و 14.86%. وقد فاقت نسبة الإنتشار الإجمالية 14.11%، مما يؤكد وجود لأثر الإصابة بالمرض المزمن على حدوث الإنجاب من عدمه.

- أثر المرض المزمن على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائيا ونستطيع قبول الفرضية البحثية السابعة: تتباين مستويات الخصوبة في الجزائر بين النسوة المصابات بالأمراض المزمنة والسليمات حسب مؤشر الرفاه فعموما النساء اللواتي ينتمين لأسر غنية ستقل رغبتهن في الإنجاب مقارنة باللواتي ينتمين لأسر فقيرة، نظرا لزيادة أعباء الحياة والإنتشغال بها عن الإنجاب فكلما كان

مستوى الرفاه عال قابله عدم رغبة في الإنجاب واكتفاء بعدد أقل من الأطفال، إضافة إلى وجود علاقة طردية بين الإصابة بمرض مزمن على الأقل وحدوث الإنجاب، وانتشار الأمراض المزمنة تزيد حدتها كلما زاد مستوى الرفاه أي مؤشر الثروة مما يؤدي إلى انخفاض نسب الإنجاب.

8. نتائج الفرضية الثامنة: تم قبول الفرضية البحثية الثامنة وبعد التحليل

الإحصائي نتج ما يلي:

- تباين نسب احتمالية حدوث الإنجاب مقابل عدم عدمه وذلك لدى النسوة المتزوجات وترتيب ذلك الحالة المهنية لهن، تم تسجيل أعلى نسبة احتمال حدوث الإنجاب من عدمه في حالة تغير الوضع الصحي للمرأة من مصابة بمرض مزمن إلى سليمة للنسوة اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا على الأقل ب296.3% وقد جاءت هذه القيمة موافقة لكل من نسبة الانتشار للأمراض المزمنة الأقل ب12.27% ونسبة الإنجاب الأكبر ب19.92%، أما نظيراتهم اللواتي لا يمارسن أي نشاط اقتصادي ف سجلنا نسبة الاحتمال الأقل ب285.9% بفارق قدره 10.4 نقاط، وموافقة لكل من نسبة الانتشار للأمراض المزمنة الأكبر ب14.32% ونسبة الإنجاب الأقل ب15.76%.

- وجود العلاقة العكسية بين حدوث الإنجاب وبين الإصابة بمرض مزمن على الأقل كلما زادت حدة كلما تغير حالة المرأة المهنية من ممارسة لنشاط اقتصادي إلى غير ممارسة مما يؤكد وجود لأثر الإصابة بالمرض المزمن على

حدوث الإنجاب من عدمه، مع الإشارة هنا إلى أنه في دراستنا سجلنا إرتفاع نسبة الإنجاب في أوساط اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا مقابل انخفاضها عند اللواتي لا يمارسن نشاطا اقتصاديا وهذا مخالف لنتائج دراسات ديموغرافية سابقة تطرقت للعلاقة بين العمل والخصوبة إذ انه من المتعارف عليه أن النسوة العاملات تقل رغبتهن عن الإنجاب فتنخفض، ويفسر هذا بصغر حجم التمثيل في عينة المسح فقد بلغت نسبة اللواتي يمارسن نشاطا اقتصاديا 13.6% مقابل نظيراتهن اللواتي لا يمارسن 86.4%.

- أثر الأمراض المزمنة على حدوث الإنجاب مثبت ودال إحصائيا للعلاقة العكسية بين انخفاض حدة الإصابة وزيادة نسبة حدوث الإنجاب ويتأكد هذا في حال مارست المرأة نشاطا اقتصاديا إذ انه فالسلامة الصحية تجعل المرأة تفكر في الإنجاب مع انشغالها بالعمل، ومنه قبول الفرضية البحثية الثامنة

2.6. مناقشة نتائج الدراسة في ظل الدراسات السابقة:

في العنصر هذا ارتأينا مناقشة نتائج دراستنا الحالية في ظل الدراسات السابقة التي تم اعتمادها، وذاك ابتداء بمتغير: سن الزواج الأول: تم التطرق اليه في الدراسات السابقة لكن يختلف الأمر في الفئة المستهدفة وفي الحالة الصحية لها أحيانا ويتعلق الأمر بكل من دراسة (جلاب نعيمة: تم توظيف متغير سن الزواج الأول لدى الإناث في جميع الفئات فمن 29.6 سنة 2002 إلى 28.6 سنة وهذا

التذبذب أرجعه الباحث إلى العلاقة الطردية بين المستوى التعليمي للإناث و سن الزواج الأول)، أما بالنسبة لدراسة (حسني خيرة فقد بلغ سن الزواج للأُم المصابة 22.9 سنة)، ودراسة(الهاشمي مليك تم تسجيل إرتفاع في متوسط سن الزواج الأول للمصابات بـ 28.33 سنة مقابل 27.96 سنة السليمات عموماً) وهذا ما جاء موافقا لدراستنا الحالية إذ تم التوصل إلى أن الإصابة بمرض مزمن يؤخر من السن الزواج الأول بـ 1.78 سنة أي ما يقارب 22 شهراً(عند المصابات 25.78 سنة مقابل 24.00 سنة عند السليمات)، وكذلك الأمر بالنسبة لمتغير متوسط عدد الأطفال: في الدراسات السابقة تم التطرق لمتوسط عدد الأطفال في دراسة (حسني خيرة: إذ وجدت أن تأخر سن الزواج الأول للمصابة يؤدي إلى انخفاض عدد الأطفال لديها بـ 02 طفل لكل امرأة تبلغ من العمر 30 سنة ويقل نسبة اقبالها على الحمل)، وهذا ما جاء موافقا لدراستنا الحالية توصلنا إلى أن الإصابة بمرض مزمن سيؤدي إلى انخفاض متوسط عدد الأطفال لديها(2.44 طفل/امرأة عند المصابات مقابل 2.49 طفل /السليمات)، وفيما يخص متغير متوسط التباعد: في دراسة (نصيرة الشيخ: تم تناول المدة الفاصلة بين الزواج الاول والإنجاب فقط ولم تتعرض لمتغير متوسط التباعد ولدميع النسوة بحكم انها لم تتعرض لفئة النسوة المصابات وصلت إلى أن الجزائريات ينجبن باكرا وبعد زواجهن مباشرة وبلغت هذه المدة ما بين 11.1-11.5 شهر)، وهذا ما يتوافق ما توصلنا اليه سواء عند السليمة او المريضة فالنسوة عموماً يسارعن لإثبات قدرتها على الإنجاب فتحصلنا

على ما نسبته 14.94 % من النسوة المصابات بمرض مزمن على الأقل قبل زواجهن متوسط التباعد لديهن أقل من 01 سنة مما يدل على أنجابهن للطفل الأول في أقل من سنة من زواجهن، وأما دراسة(الهاشمي مليك فتوصل إلى أن متوسط المدة الفاصلة بين سن الزواج الأول وانجاب الطفل الأول هي 20.3 شهر للسليمان مقابل 22.9 شهر للمصابات)، على توافق كذلك على ما توصلنا إليه عموماً من أن متوسط التباعد للمصابات يقدر 4.32 سنة مقابل 3.89 سنة للسليمان وهو فرق دال ومثبت إحصائياً عند مستوى معنوية يقدر ب0.05 أما بالنسبة للسلوك الإيجابي حسب كل من وسط الإقامة والأقاليم الجغرافية والمستوى التعليمي والحالة المهنية ومؤشر الثروة: فقد اتفقت دراستنا الحالية مع تم التوصل إليه في الدراسات السابقة في حال تم تناول نفس المتغير فعلى سبيل المثال توصلت (جلاب نعيمة: توصلت إلى أنه حسب مسح 2013 فان نسبة العزوبة ترتفع في الحضر 47.9% على غرار الريف 46.5%)، وهو ما يعتبر تفسيراً لما توصلنا إليه من ارتفاع مستويات الخصوبة في الريف على غرار الحضر، ودراسة(الهاشمي مليك تم التوصل إلى أن مستويات الخصوبة للسليمان في الريف 2.9 طفل/امراة مقابل 2.49 للحضر وبالنسبة للمصابات فنقل مستوياتها 2.6 طفل لكل امرأة في الريف مقابل 2.2 للمصابات في الريف) وهذا ما جاء موافقاً لدراستنا الحالية إذا تقل حدة الانجاب كل ما اتجهنا من الحضر نحو الريف مع تسجيل في زيادة حدتها لدى النسوة السليمان مقارنة بمثيلاتهن

المصابات، وكذلك توصل الهاشمي مليك إلى أن تباين في مستويات الخصوبة حسب الأقاليم الجغرافية وتنخفض مستوياتها عموماً عند المصابات بمرض مزمن فعلى سبيل المثال في إقليم الشمال الشرقي بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة لدى السليمات 2.1 طفل/امرأة مقابل 1.86 طفل/امرأة للمصابات) وقد وافقت دراستنا أن حدوث الإنجاب ينخفض مستواه لدى النسوة المصابات بأمراض مزمنة مقارنة بنظيرتهن السليمات في نفس الأقاليم، وخلصت الدراسات جميعاً للعلاقة العكسية بين مستوى الخصوبة والمستوى التعليمي هذا عموماً، وبالنسبة لدراسة الهاشمي مليك وبعد إدخال متغير الإصابة بمرض المزمن بقي السلوك نفسه عند المصابات أي أن مستويات الخصوبة مرتفعة في أوساط النسوة اللواتي بدون مستوى ومصابات 2.7 طفل/امرأة بالرغم من تسجيل أعلى نسبة إصابة في أوساطهن 58.8%، في حين توصلنا في دراستنا إلى وجود علاقة عكسية بين حدوث الإنجاب وحدة الانتشار: فكلما ارتفع المستوى التعليمي قلت نسبة الانتشار الأمراض المزمنة مما يؤدي إلى زيادة نسب الإنجاب، ولعل هذا الاختلاف في النتيجة برره ما يلي: اقتصر دراستنا على حدوث الإنجاب في السنة السابقة المسح فقط معبر عن مستوى الخصوبة (حتى يتاح لنا استخدام أسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي)، ولم نأخذ بعين الاعتبار مدة الحياة الإيجابية كاملة، وبالنسبة لمتغير مؤشر الثروة والحالة المهنية فقد خلصت جميع الدراسات إلى وجود العلاقة العكسية بين مستوى الرفاه ومستويات الخصوبة، وبخصوص المرض المزمن فإنه ينتشر

عند الطبقات الغنية جدا فيؤدي ذلك حتما إلى انخفاض مستويات الخصوبة وهي النتيجة التي توصلنا اليها وجاءت موافقة موافقة للدراسات السابقة التي تناولت نفس المتغير، وكذلك الأمر بالنسبة للحالة المهنية فقد توصلنا الى أنه كلما زادت حدة انتشار المرض المزمن تضائلت احتمالات حدوث الإنجاب، ولكن نشير هنا الى اننا توصلنا الى خلاف الدراسات السابقة التي تثبت العلاقة العكسية بين عمل المرأة ومستوى خصوبتها فمتعارف أن النسوة العاملات تقل رغبتهن عن الإنجاب فتتخفف، ويبرر هذا كذلك باقتصار دراستنا على حدوث الإنجاب في السنة السابقة المسح فقط كمعبر عن مستوى الخصوبة (حتى يتاح لنا استخدام أسلوب الأنداد اللوجيتسي الثنائي)، ولم نأخذ بعين الإعتبار مدة الحياة الإنجابية كاملة.

3.6. التوصيات

1. ضرورة إدراج المتغيرات الديموغرافية المميزة للمجتمع السكاني الجزائري وخاصة تلك التي تتعلق في رسم السياسات الصحية.
2. قصد النهوض بالتنمية الصحية في الجزائر وجب مجابهة الأمراض غير السارية قبل وقوعه لدى شرائح المجتمع عامة ولدى المرأة التي تنهياً للإنجاب.
3. إنشاء مراكز توعوية لنشر الثقافة الصحية الإنجابية والوعي الصحي لدى النسوة في جميع مراحلهن.

4. إنشاء خارطة صحية تخص الأمراض المزمنة بمختلف أنواعها في الجزائر تتماشى مع خارطة إنتشارها في المجتمع السكاني الجزائري حسب الجنس والسن حسب المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية.
5. إنشاء مراكز إقليمية (جهوية) ومحلية تتوافق جغرافيا مع إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر خاصة بالنسوة المتزوجات في سن الإنجاب وتعنى بمتابعة الحمل من طرف اطباء متخصصين.
6. ضرورة وضع قاعدة بيانات وطنية مع تحيينها أسبوعيا على أقل تقدير تخص الأفراد المصابين في الجزائر قصد متابعتهم ومرافقتهم صحيا.
7. ضرورة إجراء مسح ديموغرافية دورية (مرة في كل ثلاثي) خاصة بالخصوبة تستهدف المصابات بالأمراض المزمنة، يوكل بإنجازها إلى مختصين في الديموغرافيا والصحة، وتكون قاعدة معاينتها مستوحاة من قاعدة البيانات المشار إليها.
8. تقييم السياسات الصحية المعمول بها إعتادا على نتائج المسوح المشار إليها، مع ضرورة تحيينها حسب نتائج المسوح.

خاتمة

تؤثر المشكلات الصحية للمرأة على مستوى الخصوبة لديها و قد تبين ذلك جليا من خلال نتائج دراستنا التي تناولت تحديدا أثر الإصابة بالمرض المزمن واثره على مستوى الخصوبة لدى النسوة الجزائريات في سن الإنجاب التي شملهن مسح 2019 والتي قامت به وزارة الصحة الجزائرية، حيث توصلنا الى ان السن الزواج الاول للسيدة التي اصيبت بمرض مزمن يرتفع عن نظيرتها السليمة مع العلم ان اصابتها كانت قبل زواجها وذلك أن الوضع الصحي للمرأة قد يشغلها عن التفكير في الزواج حتى تتجنب تبعات الحمل والولادة من جهة ومن توجيه أعباء الاستشفاء المادية والمعنوية من جهة أخرى، ناهيك عن العادات الإجتماعية التي تغلب على المجتمع الجزائري إذ يكون هناك نفور دوما من المرأة التي تكون بها علة مرضية، وقد تم اثبات العلاقة الطردية بين حدوث الإنجاب وخلو المرأة من الإصابة بمرض مزمن على الأقل، بالإضافة إلى ارتفاع احتمال حدوث الإنجاب مقابل عدم حدوثه، وذلك حسب وسط اقامة الام سواء كان في الحضر أو الريف، وكذلك الإقليم الجغرافي الذي تقطن به ومستواها التعليمي مؤشر رفاه الاسرة التي تنمي لها، وما اذا كانت تمارس نشاطا اقتصاديا او لا.

ان خاصية الإصابة بالمرض المزمن هي ملازمة الشخص واستمراريته طوال حياته وخاصة اذا اضيف لها تبعات الحمل والولادة فان ذلك سيخلق مشاكل صحية عديدة يجب التصدي لها ومتابعتها بشكل دائم عن طريق توفير الدواء اللازم

والفحوصات الطبية الخاصة وتكييف نمط الحياة في الاسرة حسب الحالة الصحية للسيدة حتى تستطيع التغلب على المضاعفات والتعايش معها وتستطيع الحمل والولادة في ظروف صحية جيدة، وحتى يولد لنا جيل معافى وسليم صحيا ويتمتع بسلامة شاملة مهما كانت الحالة الصحية للأم، وكذلك ننوه الى ضرورة النهوض بالتنمية الصحية في الجزائر و مجابهة الأمراض غير السارية قبل وقوعه لدى شرائح المجتمع عامة ولدى المرأة التي تنهياً للإنجاب، مع إنشاء مراكز توعوية لنشر الثقافة الصحية الإيجابية والوعي الصحي لدى النسوة في جميع مراحلهن وكذلك انشاء مراكز إقليمية (جهوية) ومحلية تتوافق جغرافيا مع إنتشار الأمراض المزمنة في الجزائر خاصة بالنسوة المتزوجات في سن الإنجاب وتعنى بمتابعة الحمل من طرف اطباء متخصصين.

7. قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: الكتب

1. إحسان محمد الحسن، (2008)، علم الاجتماع الطبي، دار وائل للنشر ط1، عمان/الأردن.
2. احسان محمد الحسن، (2015)، النظريات الإجتماعية المتقدمة، دار وائل للنشر عمان ط3.
3. اسيا الشريف،(2015)، الظواهر الديموغرافية: قراءات نظرية وتمارين تطبيقية، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
4. اميرة جويذة(2017)، احصاءات السكان في الجزائر، عالم الافكار، الجزائر.
5. بوحوش عمار، عباش عائشة، رانجة زاكية، (2019)كتاب جماعي في منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الإجتماعية، المركز الديموقراطي العربي، برلين-عمان.
6. جويذة عميرة، (2014)، اتجاهات نظرية في علم السكان، دار جوانا للنشر، القاهرة.
7. دليل التعريفات والمفاهيم والمصطلحات الإحصائية، (2018)، الهيئة العامة للحصاء، دولة قطر.
8. رمزي زكي، (1984)، المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة، عالم المعرفة، الكويت.

9. عبد الجواد بكر، 2003، منهج البحث المقارن بحوث ودراسات، الاسكندرية: دار
الوفاء لدنيا للطباعة والنشر، ط1.
10. عبد النبي عماد، (2007)، منهجية البحث في علم الاجتماع (الإشكاليات،
التقنيات، المقاربات، دار الطبع، بيروت، لبنان.
11. عبدالمعطي عساف واخرون، (2002)، التطورات المنهجية وعملية البحث
العلمي، دار وائل، عمان.
12. علي عبد الرزاق الجبلي، (1984)، علم اجتماع السكان، دار المعرفة
الجامعية، القاهرة.
13. علي عبد الرزاق جبلي، (2012)، تجديد علم السكان، مصر: دار المعرفة.
14. فتحي أبو عيانة، (2002)، دراسات في علم السكان، درا النهضة العربية ط3،
لبنان.
15. فتحي أبو عيانة، (1977)، جغرافية السكان، دار الجامعات المصرية، مصر.
16. فراس عباس فاضل البياتي، (2013)، علم اجتماع السكان، دار الجيل للنشر
والطباعة والتوزيع، لبنان.
17. مامون سلامة، (1983)، قانون العقوبات، القسم الخاص، ج2، دار الفكر
العربي.
18. مجلس السكان الدولي (2010)، مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، مصر.

19. محمد احمد السريتي، (2014-2015)، منهج البحث العلمي، جامعة ام القرى، بالغريزة، مصر.
20. محمد عبيدات، محمد ابو نصار، عقلة مبيضين، (1999)، منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل، التطبيقات، دار وائل للنشر، ط2 عمان.
21. مرسى ليلى، (2005)، الصحة العامة والثقافة الصحية، دار الخليجي للنشر والتوزيع ط2، الرياض.
22. مصطفى خلف عبد الجواد، (2009)، دراسات في علم اجتماع السكان، دار المسيرة، القاهرة.
23. مفيد زنون يونس، (2011)، اقتصاديات السكان، الاكاديميون للنشر والتوزيع، ط1، الاردن.
24. ملتقى اسبار، (2022)، الأمراض المزمنة وأثرها على الحياة، المملكة العربية السعودية.
25. منظمة الصحة العالمية، (2010)، تقرير الوضع العالمي الخاص بالأمراض غير المعدية، موجز تنفيذي.
26. منير كرداشة، (2009)، علم السكان: الديموغرافية الإجتماعية، عالم الكتب الحديث، اربد الاردن.

27. نورالدين حاروش، (2012)، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
28. هندلي رمضان (2012)، الحق في الصحة في القانون دراسة تحليلية مقارنة، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد6(2012)، جامعة بشار- الجزائر- ص21.
- ثانيا: الرسائل الجامعية :**
1. بعيط فاتح، (2008-2009)، الإنتقال الوبائي الديموغرافي والوبائي في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في تخصص الديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
2. بوهراوة عز الدين، (2019)، الإنتقال الديموغرافي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة الجزائر.
3. جلاب نعيمة، (2020/2021)، اتجاهات النماذج الزواجية في الجزائر وأثرها على الخصوبة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه (ل م د) في: العلوم الإجتماعية تخصص علم السكان، جامعة البليد02، الجزائر.
4. طعبة عمر (2016-2017)، "البنى الأسرية الجزائرية وتراكيبها العائلية من خلال معطيات مسح Mics3 2006، تطورها، وعلاقتها بالخصوبة"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في الديموغرافيا، جامعة وهران، الجزائر

5. عادل بن احمد بن حسن بطين(2008/2007)،" الانحدار اللوجيستي وكيفية استخدامه في بناء نماذج التنبؤ للبيانات ذات المتغيرات التابعة الثنائية"، اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص احصاء وبحوث من قسم علم النفس، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.
6. قوارح يمينة، (2016/2015)، الإنتقال الديموغرافي والإنتقال الصحي حسب تغير البنية السكانية في الجزائر، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص الإحصاء الاجتماعي، جامعة تلمسان، الجزائر.
7. محمد سويقات، (2020)، تحليل وفيات الرضع في الجزائر على ضوء المسوحات الوطنية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص الإحصاء الاجتماعي، جامعة تلمسان، الجزائر.
8. هياوي الطاهرة، (2018/2017)، العوامل المؤشرة على السلوك الإنجابي للمرأة التارقية دراسة ميدانية على عينة من النساء التارقيات بأهقار - ولاية تمنراست، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا جامعة الجزائر
- .02.

ثالثا: المقالات الاكاديمية:

1. منير كرادشة، عيسى المصاورة، (2010)، الفكر الاقتصادي ونظريات الخصوبة البشرية، ابحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد(2010)، جامعة اليرموك-الأردن-ص490-509.
2. محمد شعبان طه عبد العالي، (2022)، التحول الوبائي: تحليل نظري و امبيريقى، مجلة كلية الآداب-جامعة بني سويف مصر، ع(64)، ص 97-110.
3. د. صديق خوجة خالد، (2020)، الخصوبة في الجزائر بين الانخفاض والإرتفاع - دراسة تحليلية، مجلة الحوار الثقافي، المجلد 10(01)/2020، الجزائر :جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم،(ص.ص161-177).
4. بن صديق زوبيدة، (2020)، العوامل الإجتماعية والديموغرافية المؤثرة على خصوبة المرأة في الجزائر، مجلة العلوم الإجتماعية، المجلد 06(01)/2020.
5. بن زايد ريم، (2021)، الخصوبة في الجزائر "تطورها والعوامل المؤثرة فيها" من 1962 إلى 2017، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، المجلد 13(02)/2021، الجزائر: جامعة قاصدي مرباح ورقلة، (ص.ص73-87).
6. رابعاً: المواقع الإلكترونية
 1. عدنان باحارث، (2010)، أثر عمل المرأة على الخصوبة، حمل بتاريخ 2021/12/02، من الموقع الإلكتروني <http://www.bahareth.org>

2. موقع منظمة الصحة العالمية، أهم الأسباب العشرة المؤدية للوفاة، 2018، اطلع

عليه <https://news.un.org/ar/story/2020/12/10672822020/05/31>

3. موقع منظمة الصحة العالمية، الامراض غير السارية حقائق رئيسية، 2023، اطلع عليه

بتاريخ 2023/08/12 : [https://www.who.int/ar/news-room/fact-](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

[sheets/detail/noncommunicable-diseases](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

رابعاً: باللغة الاجنبية:

1. Enquête nationale à indicateurs multiples(2007) : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006, Algérie.
2. Enquête nationale à indicateurs multiples(2015) suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013, Algérie.
3. Enquête nationale à indicateurs multiples(2021) : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS6 Algérie 2019,
4. Francis Gendreau, (1993), La population de l’Afrique ,Manuel de démographie édition Karthala CEPED, Paris France
5. Francis gendreau, François gubry, Louis lohletart, Etienne van de walle, Dominique waltisperger, (1985), Manuel de yaounde ,estimation indirects en démographie africaine, édition derouaux.ordina, Belgique
6. INED, (1973), Sources et analyse des données démographiques, Ajustement des données imparfaites, deuxième partie, Paris.
7. Omran abdelrahim(1971) ,the epidemiologic transition –a theory of the epidemiology of population change, Milbank memorial fund quarterly, volume 49,n 4, p 509-538.
8. ONS, les donnes de RGPH1966-1977-1987-1998-2008

9. UNITED NATIONS(2019) .World Population Prospects. Department of Economic and Social Affairs Population Division.
10. ZahiaOuadah-Bedidi,(1998), Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie: l'apport du recensement de 1998,France

" أثر الأمراض المزمنة على الخصوبة في الجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات

Mics₆ (2019)"

ملخص :

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على مستوى الخصوبة في الجزائر لدى النسوة المتزوجات في السن الإنجابي 15-49 سنة من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (Mics₆(2019)، وذلك في ظل تزايد إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة في الجزائر لدى الإناث في الأعمار 15 سنة فما فوق، فبناء على المسوح التي قامت بها وزارة الصحة الجزائرية: 2002، 2006، 2012-2013، 2019 صرحت ما نسبته 13.1%، 12.8% و 17.3% و 24.2% من النساء الجزائريات بإصابتها بمرض مزمن على الأقل وذلك على التوالي.

وقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية: ساهمت الإصابة بمرض مزمن على الأقل برفع كل من سن الزواج الأول لهن، ومتوسط التباعد بين الولادات لدى المصابات مقارنة بنظيراتهن السليمات، في حين لم يبرز أثر الإصابة على متوسط عدد الأطفال إلا بعد تقسيم الحياة الزوجية إلى مدد، وبينت نتائج تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي أن هناك علاقة طردية بين حدوث الإنجاب وخلو المرأة من الإصابة بمرض مزمن على الأقل، بالإضافة إلى ارتفاع احتمال حدوث الإنجاب مقابل عدم حدوثه، وذلك حسب كل من المتغيرات السوسيوديموغرافية للدراسة: (وسط الإقامة/الإقليم الجغرافي/المستوى التعليمي/مؤشر الثوة/الحالة المهنية).

الكلمات المفتاحية: المرض المزمن، الخصوبة، المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية، النساء في السن 15-49 سنة، مسح 2019.

"How Does Chronic Illness Affect Fertility in Algeria through the database Mics₆ (2019) "

Abstract:

This study sheds light on fertility levels for married women of childbearing age 15-49, based on the Multiple Indicator Cluster Survey database Mics₆ (2019) This comes in the light of the increasing of the infection with chronic diseases for females aged 15 years and over, In Algeria, Depending on the surveys conducted by the Algerian Ministry of Health: 2002, 2006, 2012-2013, 2019 : The percentage of Algerian women who declared having at least one chronic disease, respectively, was 13.1%, 12.8%, 17.3%, and 24.2%.

Hence, the study concluded the following results: Chronic illness contributed at least among infected women compared to their healthy counterparts in raising the age of their first marriage and the average spacing between births, while the effect of the infection on the average number of children did not become apparent until after introducing the variable of lengths of marital life (dividing marital life into periods) , The outcomes of the binary logistic analysis showed that there is a direct relationship between the occurrence of childbearing and women who do not suffer from chronic disease at least, and the higher probability of childbearing versus non-occurrence, according to each of the sociodemographic variables of the study: (place of residence / geographical region / educational level employment status and self-assessed family income.)

Keywords : chronic disease, fertility, sociodemographic and economic variables, women of childbearing age 15-49, database Mics₆ (2019).

