

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم اجتماع والديموغرافيا



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي
في ميدان : العلوم الإنسانية والاجتماعية
شعبة : الديموغرافيا
تخصص : التخطيطي الديموغرافي والتنمية
إعداد الطالب : بن راس عثمان
بغوان :

واقع الصحة الإيجابية في الجزائر حسب معطيات
المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019
(MICS6)

نوقشت وأجيزت بتاريخ: 2021/06/20

لجنة المناقشة :

| | | | |
|--------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| رئيسا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذة مساعدة أ | د. بن نور صابرة |
| مشرفا ومقررا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذ محاضر ب | د. شماني أحمد |
| مناقشا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذ محاضر أ | د. صالي محمد |

السنة الجامعية : 2021/2020

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم اجتماع والديموغرافيا



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي
في ميدان : العلوم الإنسانية والاجتماعية
شعبة : الديموغرافيا
تخصص : التخطيطي الديموغرافي والتنمية
إعداد الطالب : بن راس عثمان
بغوان :

واقع الصحة الإيجابية في الجزائر حسب معطيات
المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019
(MICS6)

نوقشت وأجيزت بتاريخ: 2021/06/20

لجنة المناقشة :

| | | | |
|--------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| رئيسا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذة مساعدة أ | د. بن نور صابرة |
| مشرفا ومقررا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذ محاضر ب | د. شماني أحمد |
| مناقشا | جامعة قاصدي مرباح | أستاذ محاضر أ | د. صالي محمد |

السنة الجامعية : 2021/2020

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
خَلَقَ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضَ
وَالَّذِي يُضَوِّبُ الْمَاءَ
فَتَخْرُجُ مِنْهُ الْحَيَاةُ
كُلُّهَا إِنَّهُ لَظَنُّونَ

الإهداء:

إلى أبي وأمي رمزا العطاء والوقار وأصحاب السيرة
العطرة والفكر المستنير،

لهما الفضل الأول في بلوغي هدفي في التعليم، بارك الله في عمريهما.

إلى من علمني المثابرة والمحاولة وعدم اليأس والقوة والشهامة، عطر الله قبره
وأسكنه فسيح جنانه

(جدي -بشير- رحمة الله عليه)

إلى أخي في الله العزيز (بن حليم الطيب) خالد الذكر الذي وفاته المنية وكان
خير أخ وخير صديق وخير رفيق.

إلى من لها الفضل وضحت من أجلي، ولم تدخر جهدا في سبيل إسعادي على
الدوام

" أم أولادي " بارك الله فيها

إلى كل إخوتي عبد الباسط وحسين وكل أخواتي كل واحدة باسمها إلى خلفي في
الحياة وأحبابي وسندي وسعادتي أولادي * محمد صالح * أشرف بشير والتوأم *
رائد و * ردينة

إلى عائلتي الكبيرة كلها بن راس ومحجر وبن حليم كل باسمه

إلى أصدقائي في الدفعة وجميع من وقفوا بجواري وساعدوني بكل ما يملكون من
قوة وفكر وغيره

أحمودة سليم ويوسف ومحمود وياسين وعلي وجميلة وسارة.

إلى أساتذتي الأعزاء بقسم الديموغرافيا الذين قدموا لنا يد العون ولم يبخلوا علينا
بأي معلومة حفظهم الله.



شكر و عرفان :

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء
والمرسلين نبينا محمد
وعلى آله وصحبه أجمعين

أما بعد :

أشكر الله كل الشكر أن وفقني وأعانني على إتمام هذه الرسالة ،
ثم أوجه خالص الشكر والامتنان والعرفان بالجميل إلى الأستاذ
الدكتور " شماني أحمد " المشرف على الرسالة الذي منحني
الكثير من وقته ، وكان لرحابة صدره وسمو خلقه وأسلوبه المميز
في متابعة الرسالة أكبر الأثر في المساعدة على إتمام هذا العمل ،
وأسأل الله العلي القدير أن يجازيه خير الجزاء وأن يضع عملع في
ميزان حسناته، ويدعوني واجب الوفاء والعرفان بالجميل أن
أترحم على أساتذتي والذي أشرفوا علي في رسالة الماجستير
الدكتور " شماني أحمد " والدكاترة " بوزيد بوحفص . طعبة
عمر . صالي محمد . طلباوي الحسين . سويقات " والدكتورات "
قوارح يمينة . بن نور . سواكري خديجة ... " على تقديرهم لنا
يد العون والمساعدة

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر إلى زملائي في الدراسة
وخاصة سليم أحمودة صديق دربي الجامعي والطالب يوسف
لقرع وبن صديق محمود وكذا جميع الزملاء الآخرين الذين
سهلوا مهمتي في سبيل إتمام هذه الرسالة متمنيا لهم التوفيق في
مسيرتهم الدراسية ،

وآخر دعوانا ان الحمد لله رب العالمين

فهرس المحتويات

| الصفحة | العنوان |
|--------|---|
| | الإهداء |
| | شكر و عرفان |
| | فهرس المحتويات |
| | فهرس الجداول |
| | فهرس الأشكال |
| أب | مقدمة |
| | الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة |
| 8 | 1. الإشكالية |
| 10 | 2. فرضيات الدراسة |
| 10 | 3. أهمية الدراسة: |
| 11 | 4. أهداف الدراسة: |
| 12 | 5. المنهج المعتمد في هذه الدراسة: |
| 12 | 6. صعوبات الدراسة: |
| 13 | 7. تحديد المفاهيم: |
| 16 | 8. الدراسات السابقة: |
| | الفصل الثاني: ماهية الصحة الإنجابية |
| 21 | المبحث الأول: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية. |
| 21 | 1. الحق في الرعاية الصحية : |
| 22 | 2. العوائق القائمة على النوع الاجتماعي: |
| 22 | 3. التعليم للنساء والفتيات: |
| 23 | 4. السن عند الزواج الأول: |
| 23 | 5. مدة الزواج: |
| 23 | 6. العزوبة النهائية: |
| 23 | 7. عدد الأطفال المنجبين: |
| 23 | 8. وفيات الأطفال الرضع: |
| 24 | 9. وسط الإقامة : |
| 24 | 10. النظام الصحي ومكوناته |
| 25 | 1.10. الأفراد والجماعات التي تحتاج إلى الخدمات الصحية الشخصية: |
| 25 | 2.10. المكون المهني والفني: |
| 25 | 3.10. المكون الاجتماعي: |
| 25 | 11. المشكلات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية: |
| 26 | 12. الصحة الإنجابية والمرأة في الجزائر: |
| 26 | 1.12. مرحلة الطفولة: |
| 26 | 2.12. مرحلة بعد ست سنوات |
| 27 | 3.12. مرحلة الشباب: |
| 27 | 4.12. العلاقة بين الصحة الإنجابية والخصوبة: |
| 28 | 13. برامج تنظيم الأسرة: |

| | |
|----|--|
| 30 | المبحث الثاني: تطور أهم العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية في الجزائر |
| 30 | 1. تطور المستوى التعليمي: |
| 31 | 2. تطور معدل الخصوبة الكلي (طفل\امرأة) في الجزائر بين 1990-2017: |
| 32 | 3. تطور حجم الأسر الجزائرية: |
| 33 | 4. تطور الحالة الزوجية: |
| 35 | 5. تطور تنظيم الأسرة: |
| 37 | خلاصة الفصل: |
| | الفصل الثالث : عرض البيانات وتحليل النتائج |
| 40 | المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية |
| 40 | 1. مصادر معطيات الدراسة: |
| 40 | 2. خصائص مجتمع الدراسة: |
| 42 | 1.2. توزيع النسوة حسب الأعمار، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية: |
| 48 | 2.2. ممارسة الرياضة والتأمين الصحي: |
| 48 | 3.2. الحالة الزوجية بالنسبة لعدد النساء في سن الإنجاب: |
| 54 | 4.2. الحالة الصحية والإنجابية للمستجوبات الحوامل: |
| 58 | المبحث الثاني: العوامل السوسيو-ديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية |
| 58 | 1. نسبة انتشار استعمال وسائل منع الحمل بين منطقتي الحضر والريف: |
| 56 | 1.1. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر مستوى انتشار استعمال وسائل منع |
| 60 | 2. الاستشارات الطبية خلال الحمل: |
| 61 | 1.2. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر كفاية الاستشارات خلال الحمل |
| 64 | 3. ظروف الولادة تحت إشراف كادر صحي مؤهل: |
| 64 | 1.3. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر تغطية الولادة تحت إشراف كادر طبي |
| 66 | 4. الولادة القيصرية بين منطقتي الحضر والريف: |
| 67 | 1.4. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر الولادات القيصرية: |
| 69 | 5. مناقشة الفرضيات: |
| 71 | خلاصة الفصل: |
| | خاتمة: |
| | قائمة المصادر والمراجع: |
| | الملاحق |
| | ملخص الدراسة |

فهرس الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | الرقم |
|--------|--|-------|
| 30 | تطور نسبة الأمية في الجزائر حسب الجنس عند الأفراد ذوي 10 سنوات فأكثر | 1-2 |
| 31 | تطور المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل\مرأة) في الجزائر بين 1990-2017. | 2-2 |
| 32 | تطور نسب الأسر حسب عدد الأفراد 1966-2006. | 3-2 |
| 33 | تطور الحالة العائلية للجنسين من 15 سنة فما فوق حسب التعدادات | 4-2 |
| 36 | تطور نسبة ممارسة وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة | 5-2 |
| 41 | المبحوثات حسب الأعمار، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية | 1-3 |
| 43 | توزيع مؤشر الثروة حسب مكان الإقامة | 2-3 |
| 44 | توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ووسط الإقامة | 3-3 |
| 45 | توزيع المبحوثات حسب أرضية المسكن ومكان الإقامة | 4-3 |
| 47 | توزيع المبحوثات حسب شبكة المياه، شبكة الصرف الصحي ووسط الإقامة | 5-3 |
| 48 | توزيع النسوة حسب التامين الصحي وممارسة الرياضة | 6-3 |
| 49 | الحالة الزوجية | 7-3 |
| 50 | عدد المتزوجات حاليا وحسب وجود أطفال لديهن | 8-3 |
| 50 | تسجيل الزواج في سجلات الحالة المدنية ووسط الإقامة | 9-3 |
| 51 | عدد مرات الزواج | 10-3 |
| 52 | العمر عند الزواج الأول | 11-3 |
| 52 | توزيع النساء حسب آرائهن من زواج الأقارب | 12-3 |
| 53 | توزيع المبحوثات حسب سبب موقفهن من زواج الأقارب | 13-3 |
| 54 | توزيع المستجوبات للحمل الذي لم ينتهي بولادة حية وولادة في العامين | 14-3 |
| 56 | توزيع المبحوثات حسب طبيعة الولادة ومكان الولادة | 15-3 |
| 58 | توزيع النساء المتزوجات حاليا حسب استعمالهن لوسائل منع الحمل | 16-3 |
| 61 | توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب عدد الاستشارات الطبية حول الحمل وحسب وسط الإقامة. | 17-3 |
| 64 | توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب ظروف الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل وحسب وسط الإقامة | 18-3 |
| 66 | توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب الولادات القيصرية وحسب وسط الإقامة | 19-3 |

فهرس الأشكال:

| الصفحة | عنوان الشكل | رقم الشكل |
|--------|--|-----------|
| 33 | يوضح تطور نسب الأسر حسب عدد الأفراد 1966-2006 | 1-2 |
| 35 | يوضح تطور الحالة العائلية للجنسين من 15 سنة فما فوق حسب التعدادات | 2-2 |
| 36 | تطور نسبة ممارسة وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة | 3-2 |
| 42 | توزيع النسوة حسب العمر، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية | 1-3 |
| 46 | توزيع أرضية المسكن حسب مكان الإقامة | 2-3 |
| 49 | توزيع النسوة حسب أعمار الإنجاب 15-49 سنة حسب الحالة الاجتماعية | 3-3 |
| 55 | توزيع المستجوبات للحمل الذي لم ينتهي بولادة حية وولادة في العامين الأخيرين | 4-3 |
| 57 | توزيع المستجوبات حسب طبيعة الولادة ومكان الولادة | 5-3 |

مقدمة

مقدمة:

تعتبر المرأة النواة الأساسية في المجتمع لذا فالحفاظ على صحتها قبل وأثناء وبعد الحمل من بين أهداف السياسات التنموية لجميع الدول، كما صنفتها منظمة الصحة العالمية كهدف من أهداف التنمية وذلك بالعمل على الحد من هذه الظاهرة بتوفير الإرشادات الصحية والبرمجية ووضع معايير عالمية، كما يعمل النظام الجزائري على توفير العلاج بأقل التكاليف وأكثر نجاعة. ولازالت كغيرها من الدول تبذل مجهودات من أجل تحسين خدمات صحة الأم قبل وأثناء وبعد الولادة، وفي هذا المجال تضمن القانون رقم 05-85 المؤرخ في: 16 فيفري 1985 المعدل والمتمم والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها حول حماية الطفولة والأمومة الصادر عن الجريدة الرسمية العدد 8-1985، ص 182، والذي تندرج تحته عدة بنود منها ما يلي:

- استفادة الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على صحة أفرادها وتوازنها النفسي.
- حماية صحة الأم بتوفير أحسن رعاية صحية واجتماعية لها قبل وأثناء وبعد الحمل.
- الكشف عن الأمراض التي من الممكن أن يصاب بها الرحم، وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة.
- المحافظة على صحة الأم وجنينها من خلال البرنامج الوطني لتباعد الولادات وهذا لضمان توازن عائلي منسجم.

- جواز الإجهاض لغرض علاجي لانقاد حياة الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي المهديد بالخطر على أن يتم الإجهاض في هيكل متخصص بعد فحص ومعاينة طبيب مختص.

لذا قمنا بدراسة وضع الصحة الإنجابية في الجزائر حسب معطيات المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات MICS-6 لأنه أعطى اهتماما كبيرا لهذا الجانب وبالتالي وجب علينا محاولة معرفة مدى التقدم الذي

عرفته الجزائر في مجال الصحة الإنجابية وتبعاً لذلك انقسمت الدراسة إلى فصل تمهيدي إضافة إلى فصل نظري وفصل تطبيقي:

الفصل الأول: يحتوي على المقدمة، أهمية الدراسة، الإشكالية، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، المنهج المعتمد في هذه الدراسة، هيكل الدراسة، لمحة تاريخية عن بلد الجزائر، تحديد بعض المفاهيم المتعلقة بالصحة الإنجابية.

الفصل الثاني: ماهية الصحة الإنجابية ويحتوي على مبحثين هما :

المبحث الأول: دراسة واقع الصحة الإنجابية في الجزائر مع تحديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة فيها.

المبحث الثاني: تطور أهم العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية في الجزائر

الفصل الثالث: عرض البيانات وتحليل النتائج وينقسم إلى مبحثين هما:

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

المبحث الثاني: العوامل السوسيو-ديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية

وهي دراسة تحليلية لنتائج تحليل المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6 حول واقع الصحة

الإنجابية وعلاقتها بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية في الجزائر عند النساء المتزوجات من 15 إلى 45 سنة.

الفصل الأول
الإطار المنهجي للدراسة

1. الإشكالية:

تعد الغاية الصحية هي الوصول إلى حالة اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، والتمتع بالصحة من الضروريات الأساسية للمجتمع، وبذلك تمثل الصحة الإنجابية جزءاً جوهرياً وأساسياً من الصحة العامة للمجتمع عامة وللنساء في سن الإنجاب خاصة.

وقد عرف التقدم المحقق في مجال الصحة الإنجابية سيرا متباطئاً خلال العقود الماضية. مما استدعى الأمر الاستناد لبرامج أسرية وتوعوية تهتم بصحة النساء في سن الإنجاب، لأنهن في نهاية الأمر من يتعرضن لمتاعب الحمل ومحاطره.

تحاول الأبحاث الديموغرافية قدر الإمكان التخفيف من معاناة المرأة لمضاعفات الحمل والولادة الخطيرة المهددة لحياة الأمهات. تختلف تجارب الحمل والولادة والنفاس من امرأة لأخرى باختلاف الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، الجغرافية والديموغرافية، رغم أن الإنجاب عملية فيزيولوجية طبيعية تمر بها كل امرأة حامل.

فمراقبة الحمل والتشخيص الجيد يقلل من مستوى انتشار الأمراض وتفادي مخاطر الولادة، لكن في الجزائر الإقبال المتزايد على الهياكل الصحية لا يتم إلا بغرض الولادة. بحيث تكون النساء في فترة الحمل بين المتلقيات من عدمهن للفحص الطبي، تختلف هذه الثقافة كثيراً حسب وسط الإقامة بين الحضر والريف، وتشير معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6، إلى مجموعة من المؤشرات المتعلقة بالأسرة وبالأُم والطفل وغيرها، وتختلف هذه المؤشرات حسب اختلاف العوامل السوسيو-ديموغرافية، لتحديد واقع الصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب للفئة العمرية 15-49 سنة.

في هذا البحث سنحاول تسليط الضوء على واقع صحة المرأة الإنجابية، بالاعتماد على بعض معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6 لسنة 2019، التي قد تساعدنا في تحليل بعض المؤشرات وحسابها لمعرفة ولو جزء بسيط من الوصول لهدفنا المرجو، مع أن بقية المعطيات التي قمنا بإهمالها قد تكون لها فائدة لإثراء بحثنا هذا.

لمعالجة هذا الموضوع سنوظف جداول بسيطة ومركبة، أشكال بيانية بغية توضيح أهم العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية للنساء في الجزائر، ومحاولة لدراسة وتحليل واقع الصحة الإنجابية قمنا بطرح التساؤل الرئيسي لهذه الإشكالية على النحو:

ما هي مستويات الصحة الإنجابية في الجزائر وما هي العوامل السوسيو-ديموغرافية المؤثرة فيها؟

وللإجابة على هذا التساؤل أدرجنا الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مدى انتشار وسائل منع الحمل وما هي العوامل المؤثرة فيها؟
- ما هي مستويات متابعة النساء لحملهن وما هي محدداتها الديموغرافية؟
- ما مستوى مؤشر نسب الولادات تحت إشراف طبي وما مدى تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية فيها؟
- ما مستوى الولادات القيصرية وما هي محدداتها الديموغرافية والاجتماعية؟

2. فرضيات الدراسة:

من أجل تسهيل معالجة البحث قمنا بطرح الفرضيات التالية:

الفرضيات:

✓ مستوى انتشار استعمال وسائل منع الحمل دون المتوسط مع تأثير وسط الإقامة، مؤشر الثروة، العمر والمستوى التعليمي فيها.

✓ كفاية التغطية الطبية لمتابعة الحمل مقبولة مع تأثرها بالعوامل السوسيو- ديموغرافية.

✓ تغطية الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل جيدة مع افتراض تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية عليها.

✓ مستوى مؤشر الولادة القيصرية بسيط مع تأثره الطفيف ببعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية.

3. أهمية الدراسة:

لقد كانت للدراسات السكانية أهمية قصوى في مجالات التخطيط التنموي سواء الاقتصادي أو الاجتماعي ومن المعروف أن التخطيط على المستوى الوطني يعتمد بالدرجة الأولى على الخصائص السكانية من أجل تحسين المستوى المعيشي والصحي عن طريق زيادة فرص العمل والقضاء على البطالة ورفع مستوى التعليم، لذا بدأت السلطات والمؤسسات المعنية تهتم بالزيادة السكانية، الأمر الذي تطلب مواجهة للحد من المشكلات المتوقع أن تنجم عنها لذلك بدأت بوضع برامج تنموية لمسايرة هذه الزيادة والحد من أثارها السيئة، وبما أن الصحة الإنجابية نتاج التركيب السكاني في المجتمع وتؤثر في نفس الوقت في هذا التركيب، لهذا كان لزاما التعرف على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية المؤثرة على مستويات عملية الإنجاب حتى تتمكن من وضع تصور واضح حول الصحة الإنجابية وبالتالي وضع الخطط الاقتصادية والاجتماعية اللازمة.

تؤثر عدم أمية المرأة والرجل في عملية الإنجاب لثقافتهما الصحية والجنسية زيادة على أن رفاه الأسرة يؤثر في مستوى الخصوبة من خلال ما يحدثه من تغيرات في نمط وأسلوب الحياة الأسرية، بالإضافة إلى المهنة وعمل المرأة، كما يوجد عوامل أخرى تؤثر في الخصوبة مثل العادات والتقاليد والدين والعمر.

تأتي أهمية هذه الدراسة التي سنتناول واقع الصحة الإنجابية وأهم العوامل المؤثرة فيها في الجزائر:

- توفير قاعدة البيانات والمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية والخصوبة في الجزائر.
- توضيح الاختلافات لمستويات الصحة والإنجاب في الجزائر بين الأسر الحضرية والريفية.
- حاجة الدولة الجزائرية لمثل هذه الدراسات لتوضيح المتغيرات المؤثرة في الصحة الإنجابية من أجل وضع خطط تنموية في المستقبل.
- تزويد المسؤولين والباحثين وذوي الاهتمام بنتائج هذه الدراسة للاستفادة منها والاعتماد عليها في البحوث مستقبلا.

4. أهداف الدراسة:

إن الأهداف المرجوة من هذه الدراسة تتمثل في ما يلي:

- ❖ معرفة السياسات والبرامج السكانية التي سطرتهما الدولة بعد الاستقلال للتقليل من النمو السكاني.
- ❖ معرفة أهم المؤشرات الصحية التي تقاس بها ظاهرة الخصوبة وإبراز الأسباب الرئيسية المؤثرة في الصحة الإنجابية.
- ❖ التعرف على الخصائص الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية لمنطقة الدراسة وتقديم التوصيات في ضوء النتائج المستخلصة التي يمكن لها أن تفيد المسؤولين وأصحاب القرار في التخطيط التنموي.

❖ توضيح العلاقة بين مجموعة من الخصائص الصحية والاجتماعية والاقتصادية للأزواج والزوجات وبين

الصحة الإنجابية للمرأة في مجتمع الدراسة.

❖ تحليل التركيب السكاني للجزائر ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية فيها.

5. المنهج المعتمد في هذه الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي المدعم بالتحليل والاستقراء والذي يتناسب والدراسة عند

التطرق للمفاهيم الأساسية لظاهرة الصحة الإنجابية وتطورها في الجزائر، كما يمكن أن نجري هذا المنهج إلى جزئين

أساسيين هما:

الجزء الأول والمتمثل في جمع البيانات بالاعتماد على نتائج الإحصاءات العامة للسكان والمسوح الميدانية

المتعلقة بظاهرة الصحة الإنجابية التي أنجزت بعد الاستقلال والتي سنتطرق إليها في الفصل الثاني.

أما الجزء الثاني فيعتمد على التحليل الإحصائي لمعطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS-6

للجزائر حول واقع الصحة الإنجابية بالنسبة للنساء المتزوجات والتي سبق لهن الزواج من سن 15 إلى 45 سنة.

6. صعوبات الدراسة:

هناك عدة صعوبات وعراقيل اعترضتنا في بحثنا هذا أهمها:

- نقص الإحصائيات والمعطيات المتعلقة بظاهرة الخصوبة في الجزائر وخاصة في بعض الولايات.

- لإثراء هذا الموضوع واستخلاص النتائج المتوقعة منه قمنا بقراءة معطيات المسح الوطني العنقودي المتعدد

المؤشرات MICS6، وهذا راجع إلى عدم التوفر على الإمكانيات المادية اللازمة (بسبب فيروس

كوفيد19).

7. تحديد المفاهيم:

• الأسرة:

تعتبر الأسرة هي الخلية الأساسية في بناء المجتمع، حيث أن مهمتها الأولى هي تربية الأطفال ورعايتهم وتتكون الأسرة من أشخاص تربطهم رابطة الزواج أو الدم أو التبني، فرابطة الزواج تكون بين الزوجين والعلاقة بين الآباء وأولادهم قائمة على رابط الدم، وقد تقوم في بعض الأحيان على رابط التبني، ويتنظم أعضاء الأسرة في مكان واحد للمعيشة ويكونون بيتا واحدا.¹

تنقسم الأسرة إلى نوعين هما:

– الأسرة الممتدة: هي عبارة عن أسرة مركبة تضم أكثر من رجلين، بحيث يتواجد فيها الأجداد والآباء والأحفاد وهؤلاء جميعا يقيمون في مكان واحد ويتشاركون الأمور الاقتصادية والاجتماعية تحت وصاية الأب الأكبر، وقد يلتحقون بهم الأعمام.

– الأسرة النووية (النواة): هي أسرة تتكون من زوج وزوجة وأولادهما غير المتزوجين الذين يقيمون معا في مسكن واحد، ويشاركون أهم الوجبات معا.

• الصحة:

عند الإنسان والأفراد والمجتمعات وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب أو انعدام للمرض أو العجز. ولها أبعاد عدة منها بعد عقلي- جسمي – اجتماعي².

¹ - تمزوت بلحول، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيواقتصادية (دراسة حالة بلدية غليزان)، مذكرة ماجستير 2012/2013، ص 9.
² - سواكري خديجة، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه، تخصص ديموغرافيا، 2019-2020، ص 22.

• **السياسة الصحية:**

يمكن تعريفها بأنها "القرارات والخطط والإجراءات التي يتم القيام بها لتحقيق خدمات الرعاية الصحية محددة الأهداف داخل المجتمع في ظل الإمكانيات البشرية والاقتصادية المتاحة".¹

• **الصحة الإنجابية:**

وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية هي الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، وتشمل الصحة الإنجابية أو الصحة الجنسية / العادات الشخصية الصحية بما في ذلك عملية الإنجاب والوظيفة الإنجابية وطريقتها في جميع مراحل الحياة، كما هي قدرة الإنسان على التمتع بحياة إنجابية مرضية وآمنة، والقدرة على إنجاب الأطفال، والحفاظ على صحة الأم والطفل.²

كما ورد أيضا في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994 بأنها "حالة السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليس مجرد انعدام المرض أو العجز في جميع الأمور المتعلقة بالأجهزة التناسلية ووظائفها وعملياتها"، وتحمل المرأة معظم عبء سوء الصحة المرتبط بالإنجاب.³

• **تنظيم الأسرة:**

هو سلوك حضاري بحيث يوفر للزوجين الخيار المناسب للتحكم بموعد إنجاب الأطفال، وبالعدد المراد إنجابه، والفترة الفاصلة بين الولد والآخر، ومتى يجب التوقف عن الإنجاب، كل حسب ظروفه ومقدرته، وبموافقة الزوجين معا، وضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم والطفل معا. لدى يحتاج الإنسان إلى توفر معلومات دقيقة لحرية اختياره وسائل آمنة وفعالة وبسعر في المتناول لتنظيم أسرته، لدى يجب إعطائهم الحق

¹ - خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: (1999-2009) دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والاعلام، جامعة الجزائر، 2010-2011 ص 91
² - الأمم المتحدة، تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية، (القاهرة 5-13 سبتمبر 1994)، نيويورك، 1995، ص 38.
³ - مجلة العلوم الاجتماعية - المركز الديمقراطي العربي ألمانيا-برلين، العدد 04 ، جوان 2018، ص 254.

في الوصول إلى تلك المعلومات الصحيحة والمناسبة من الناحية الثقافية ولا بد من تمكينهم لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة جنسيا. فعندما يريدون إنجاب أطفال، يجب أن تتاح للنساء إمكانية الوصول إلى المعلومات والحصول على الخدمات التي يمكن أن تساعدن على تحقيق الحمل الآمن والولادة الآمنة والطفل السليم.¹ ويتلخص هذا في معرفة موانع الحمل والتي تعد العامل الأساسي في تخفيض معدل الخصوبة خاصة في الدول النامية وهي نوعان:

o موانع الحمل التقليدية والمتمثلة في مسافة الأمان، الرضاعة الطبيعية والقذف خارج المهبل.

o موانع الحمل الحديثة والتي تنقسم إلى ثلاث مجموعات وهي:

- المجموعة الأولى: وهي العوامل التي تمنع دخول الحيوانات المنوية مثل (العزل، الواقي الذكري، الحجاب الحاجز، المواد القاتلة للحيوانات المنوية، العقم)

- المجموعة الثانية: وهي العوامل التي تمنع سقوط البويضة والتي تشمل الطريقة الحسائية وحبوب منع الحمل.

- المجموعة الثالثة: وهي العوامل التي تمنع حدوث الإخصاب وتشمل اللولب والغرز.²

• تعريف الخصوبة:

خصوبة السكان لفظ يطلق للدلالة على ظاهرة الإنجاب في أي مجتمع سكاني والتي يعبر عنها بعدد

المواليد الأحياء (fécondité)، وينبغي التمييز هنا بينها وبين لفظ القدرة على التوالد (fertilité) وهي التي

يقصد بها القدرة الفسيولوجية على الإنجاب والتي لا يوجد لها قياس مباشر.³

¹- فوزي سهاونة، جغرافية السكان، دار وائل للنشر الأردنية، الطبعة الثانية، 2007، ص 141.

²- نفس المرجع نفس الصفحة.

³- تمزوت بلحول، مرجع سبق ذكره، ص 8.

8. الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: دراسة تمزوت بلحول 2012-2013 بعنوان تطور الخصوبة في ظل التغيرات السيسيواقتصادية، دراسة ميدانية لبلدية غليزان، وهي عبارة عن دراسة لنيل شهادة الماستر الأكاديمي في تخصص الديموغرافيا الاقتصادية والاجتماعية، جامعة وهران، وكانت إشكالياتها ما هو تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية على تطور الخصوبة في بلدية غليزان؟ ومن أهم نتائج هذه الدراسة نجد أن المدة الزمنية التي تقضيها المرأة المتزوجة تؤثر على زيادة عدد الأطفال المنجبين، وأن العمر الحالي للزوجة له أثر إيجابي بينه وبين عدد المواليد الأحياء. كذلك سن زواج الأول للزوجة له تأثير سلبي بينه وبين عدد المواليد الأحياء المنجبين، وأن استعمال وسائل منع الحمل للزوجة له تأثير سلبي على عدد المواليد الأحياء، وأيضا المستوى التعليمي للزوجة له تأثير سلبي على عدد المواليد الأحياء، أما المستوى التعليمي للزوج له تأثير إيجابي على عدد المواليد الأحياء، والحالة المهنية للزوج والزوجة لها تأثير سلبي على عدد المواليد الأحياء المنجبين.

ساهمت هذه الدراسة في مساعدتنا بناء الجانب النظري وبناء الإشكالية.

الدراسة الثانية: دراسة دودو نعيمة 2010-2011 بعنوان تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس سطيف، وهيا عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم الاجتماع جامعة فرحات عباس سطيف، وكانت تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على نوع العلاقة بين عمل المرأة والخصوبة بغية التوصل إلى أهم المتغيرات المؤثرة في نظرتها وسلوكها إثر دخولها لسوق العمل والتعرف على وضع المرأة العاملة الجزائرية بعد الاستقلال والتعرف على التأثير السياسية السكانية على السلوك الإنجابي للمرأة وتقييم محدودية السياسة السكانية في الجزائر، وكانت إشكالياتها هل يساهم عمل المرأة في خفض معدلات الخصوبة؟

توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية أن متوسط العمر عند الزواج الأول يؤثر على معدلات الخصوبة مما يؤدي إلى انخفاضها وكذلك متوسط العمر عند الإنجاب لدى المتزوجات العاملات وجد في حدود 30 سنة

ويفسر هذا الحد بسبب مواصلة النساء لتعليم مستويات أعلى مما يؤخر سن زواجهن الأول وأيضا تم حساب متوسط عدد الأطفال للمبحوثات الذي وصل إلى 2,79 طفل/ لكل امرأة ويفسر هذا الارتفاع إلى تدني مستوى

التعليمي لدى عاملة النظافة إلى تدني مستواهن التعليمي

ساعدتنا هذه الدراسة في بناء الإشكالية وإثراء الجانب النظري

الدراسة الثالثة: دراسة العكروف علي 2017 بعنوان الخصائص الاجتماعية والديموغرافية وعلاقتها بحقوق

الإنجاب عند المرأة وهو عبارة عن كتاب تم طبعه بدار الأيام لنشر والتوزيع، عمان، الأردن حيث أن أهداف هذه الدراسة تنقسم إلى قسمين الفئة الأولى وهي أهداف وصفية وتمثل في التعرف على مضمون الإجراءات المتخذة في المخططات العالمية لمعرفة مكانة حقوق المرأة المرتبطة بالإنجاب وتشخيص حقوق المرأة المرتبطة بالإنجاب في النصوص الوطنية ودراستها لاستكشاف مدى اهتمام المشرع الجزائري بهذه الحقوق، أما الفئة الثانية فهي أهداف ارتباطيه أو سببية وتسعى لاختبار علاقة مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية مثل السن والمستوى التعليمي والحالة الشخصية و... الخ.

بعض المتغيرات التي تصف حقوق الإنجاب لدى المرأة، وكانت إشكالية الدراسة تتمحور حول ما مدى ارتباط الخصائص والديموغرافية والاجتماعية للسيدات المبحوثات والتي تشمل مجموعة من المتغيرات المستقلة، بحقوقهن المرتبطة بالإنجاب والمتضمنة لمجموعة من المتغيرات التابعة؟ وكانت أم النتائج المتوصل إليها تتمثل في كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجة كلما ارتفع سن زواجها كما أبرزت الدراسة الميدانية أن 9.3% من السيدات المبحوثات تعرضن مرة واحدة على الأقل خلال الحياة الزوجية للعنف الجسدي من طرف الزوج وكذلك يرجع قرار الإنجاب للزوج بشكل منفرد بنسبة 8.9% وأشارت الدراسة أيضا أن نسبة التشاور واتخاذ القرار بشكل مشترك بين الزوجين في ميدان الإنجاب تتغير وفق العنف الممارس من طرف الزوج ضد زوجته.

ساعدتنا هذه الدراسة في بناء الجانب النظري للمذكرة.

الدراسة الرابعة: دراسة شيماء باللودمو 2019-2020 بعنوان العوامل والديموغرافية، الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية، دراسة ميدانية على عينة من الأمهات لبلدية تقرت 2020، وهي عبارة عن مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص تخطيط سكاني والتنمية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، وكانت أهداف هذه الدراسة تتمثل في محاولة معرفة العوامل والديموغرافية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية كعمر الأم وعدد الأولاد، محاولة معرفة العوامل الاجتماعية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية كطبيعة السكن ومستوى التعليمي والحالة الفردية للأم، محاولة معرفة العوامل الاقتصادية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية كالدخل الأسري، وتمحورت إشكالية الدراسة في هل تؤثر العوامل والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية في الرضاعة الطبيعية في بلدية تقرت سنة 2020؟

تم التوصل إلى النتائج التالية: عدد الأولاد عاملا مؤثرا في تحديد طبيعة الرضاعة المعتمدة من طرف الأمهات حيث وجدنا من خلال العينة المبحوثة أن الأمهات الجدد لأول مرة لا يملن للاعتماد على الرضاعة الطبيعية، لا تراعى الأمهات المرضعات طبيعة السكن العائلي الذي يقمن فيه كعامل محدد لاعتماد نمط معين للرضاعة، فسواء كن في سكن مستقل أو عائلي جماعي لا يؤثر ذلك في اعتقادهم بأهمية الرضاعة، لعب المستوى التعليمي للأمهات دور العامل المهم في تحديد طبيعة الرضاعة المعتمدة من طرفهن، وذلك لما يؤهلهن للاطلاع على كل ما هو متاح من معرفة علمية متعلقة بموضوع الرضاعة، لتأتي خطوة ممارستهن العملية من منطلق دراية كافية وملمة تتماشى مع المستوى المعرفي النظري المتاحة، لم يؤثر مستوى الدخل الأسري في تحديد طبيعة الرضاعة، حيث اتضح إن المستوى المعيشي للأسرة يهمل من طرف الأمهات عند تحديد نمط إرضاع أولادهن.

ساعدتنا هذه الدراسة في بناء الإشكالية وإثراء الجانب النظري للمذكرة.

الفصل الثاني الجانب النظري ماهية الصحة الإنجابية

المبحث الأول: العوامل الاجتماعية والاقتصادية

والديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية.

المبحث الثاني: تطور أهم العوامل المؤثرة في الصحة

الإنجابية في الجزائر

تمهيد:

تعتبر الصحة الإنجابية من أهم المواضيع التي حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين في ميدان السكان والمجتمعات منذ القدم، وترتبط بالخصوبة لدى النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة، وترتبط في أي مجتمع سكاني بالعديد من العوامل السوسيو-ديموغرافية، وعليه سنتناول في هذا الفصل مستويات الصحة الإنجابية، وأهم العوامل السوسيو-ديموغرافية المتحكمة فيها في الجزائر.

المبحث الأول: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية.

يشهد العالم تغيرات كثيرة في العديد من المجالات الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية ويخضع لتغيراتها

العديدة بحيث توجد عدة عوامل يمكنها التأثير في الصحة الإنجابية نذكر منها:

1. الحق في الرعاية الصحية :

حسب اتفاقية حقوق الطفل - تكفل الدول الأطراف إمكانية الوصول إلى الخدمات الطبية لجميع

الأطفال مع التشديد على الوقاية والتثقيف الصحي والحد من وفيات الأطفال، وتشجيع التعاون الدولي لإعطاء

اهتمام خاص لاحتياجات البلدان النامية. وكما أن الطفل الذي توفر له السلطات المختصة الحصول على الرعاية

والحماية والعلاج البدني أو العقلي، لها الحق في توفير مراجعة طبية دورية للطفل. المادة رقم 24.¹

حسب التشريع الجزائري حسب المادة 54، يعترف الدستور لكل مواطن الحق في الحماية، الصحة والوقاية

ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة.

يتم وضع التدابير الطبية والاجتماعية المتعلقة بصحة الأم والطفل بموجب القانون الصادر في 31 يوليو

1990 بشأن حماية وتعزيز الصحة.

وينص القانون على أن الفحص الطبي هو حق مكفول لجميع مراحل نمو الطفل من خلال

- الوقاية من جميع الأمراض.
- اللقاحات المجانية.
- التثقيف الصحي.
- التكفل بالفئات المتواجدة في وضع صعب.

¹ - دليل حقوق الطفل، الجزائر 2015، يونسيف

2. العوائق القائمة على النوع الاجتماعي:

تتمركز الخدمات الصحية في الجزائر في جانب حساس يخص الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات، لتحسين أوضاعهن الاجتماعية، وهذا يعني أن توفير الخدمات والظروف المواتية التي تسمح للمرأة بالحفاظ على صحتها أمر بالغ الأهمية إذ يمكنها من تحقيق المساواة بين الجنسين والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، فالجنس غير المأمون يعتبر عامل خطر قد يؤدي إلى وفاة المرأة في سن الإنجاب أو عجزها في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، يرجع هذا في الأساس إلى انتشار فيروس نقص المناعة البشري (HIV) بسبب عوائق النوع الاجتماعي غير المسبوقة التي تحول دون حصولهن على الرعاية الصحية وحريرتهن في اتخاذ القرار بشأن رعايتهن الصحية.¹

3. التعليم للنساء والفتيات:

سلك التعليم في الآونة الأخيرة منحى تصاعدي بالنسبة للنساء والفتيات، إذ يعد التعليم أداة قوية تمكنهن من العيش في أسرهن ومجتمعاتهن، ويحقق لهن العمل والرفاه، بحيث نجد أن المتعلقات يتأخرن في الزواج وهن أوفر حظا في الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الرعاية الصحية، لمتابعة صحتهن قبل وأثناء وبعد الولادة، هذا لمعرفتهن لحقوقهن بما في ذلك زيادة الوقاية الجنسية بحكم انتشار استخدام وسائل منع الحمل للتقليل من الأمراض الجنسية.²

4. السن عند الزواج الأول:

¹ - الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)، الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية - مفتاح المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2020، ص 15
² - قصوري حورية، تطور الخصوبة في الجزائر. دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2013-2013، مذكرة الماجستير، جامعة ورقلة، سنة 2018-2019، ص 14.

الفصل الثاني _____ الجانب النظري: ماهية الصحة الإنجابية

يمكن اعتبار السن عند الزواج الأول مؤشرا من المؤشرات الأساسية لقياس معدلات الخصوبة، وله علاقة جد وطيدة بفترة الإنجاب لدى المرأة، فارتفاع سن الزواج الأول يؤدي إلى تناقص في معدلات الخصوبة.

5. مدة الزواج:

تعتبر المدة التي تقضيها المرأة المتزوجة مع زوجها مهمة جدا في حياتها، فهي تؤثر بشكل مباشر على عدد الأطفال المنجبين، خاصة إذا كانت المرأة في فترة خصوبتها وقادرة على الإنجاب، فكلما طالت مدة الزواج كان بإمكان المرأة إنجاب أكبر عدد من الأولاد.

6. العزوبة النهائية:

هي ظاهرة راحت في الانتشار والتوسع حتى أضحت واقعا معاشا في الوقت الراهن، بين ما هو اختياري وما هو إجباري، وأصبح هذا الواقع من القضايا الهامة التي تستحق البحث والدراسة.

7. عدد الأطفال المنجبين:

يعتبر عدد الأطفال المنجبين عامل آخر يؤثر على صحة المرأة ومن رغبتها في الإنجاب، فكلما زاد عدد الأطفال لديها، كلما قلت رغبتها في إنجاب طفل آخر.

8. وفيات الأطفال الرضع:

هذا المتغير يشكل ظاهرة ديمغرافية عميقة تعكس لنا المستوى الصحي للمرأة ولأي بلد، كما أنها مؤشرا أساسيا للمستوى المعيشي، حيث تتأثر بعدة عوامل منها الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية، كما تعتبر عامل من العوامل التي تؤثر على خصوبة المرأة، فكلما كان عدد الوفيات الرضع لدى المرأة زادت رغبتها في إنجاب طفل آخر، بغية تعويض تلك الوفيات¹

9. وسط الإقامة :

¹- قصوري حورية، نفس المرجع السابق، ص17.

يعتبر وسط الإقامة عامل من العوامل القوية التي تؤثر على الصحة والإنجاب لدى المرأة، فشساعة المسكن يساعدها على زيادة الخصوبة وهذا ما نجده في الريف، على عكس المرأة المتواجدة في المدينة والتي تسكن في عمارة، هذا ما يجعل تفكيرها في التقليل من عدد الأولاد لضيق المسكن أو لعملها خارج البيت وهذا ما نجده في الوسط الحضري عكس الوسط الريفي.

10. النظام الصحي ومكوناته

هو "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، تقوم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة".¹

كما عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على انه: مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات، ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق وتمثل في ما يلي:

- أن تكون التغطية شاملة، كاملة وعادلة.
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.
- زيادة على هذا يهدف النظام الصحي إلى:²
- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.
- إرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار.
- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل كلفة ممكنة.

¹- إيمان بن زيان . واقع أداء النظام الصحي في الجزائر – دراسة تحليلية- ص 2
²- نفس المرجع نفس الصفحة

كما يتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي:

1.10. الأفراد والجماعات التي تحتاج إلى الخدمات الصحية الشخصية: يمثل الأشخاص

والعائلات الذين سيحتاجون في حياتهم اليومية للخدمات الصحية التي تتوفر لهم في المؤسسة والمنشآت الصحية.

2.10. المكون المهني والفني: يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، من

أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، طبيب الأسنان، الممرضات والصيدالة... إلخ.

3.10. المكون الاجتماعي: وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة، والأمة أو

الشعب والذين يقوم كل منهم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة

وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها أو يقومون بها.¹

11. المشكلات التي تواجه أنظمة الرعاية الصحية:

تواجه أنظمة الرعاية الصحية العديد من المشكلات التي تعيق سيرها من أهمها:

- العوائق والحواجز التمويلية وغيرها لتوفير الرعاية الصحية بالشكل المناسب كما ونوعا.

- التوزيع الجغرافي السيئ (غير العادل) للقوى البشرية أو للطاقات البشرية الطبية ووحدات الرعاية

الصحية، ويكفي القول بأن المؤسسات الطبية تتمركز بشكل كبير في المدن الكبيرة أولا ثم الصغيرة ثانيا، كما أن

الطاقات البشرية تتبع ذلك وكذلك الأجهزة الطبية الحديثة، كما أن الطاقات البشرية الطبية والمساعدة تتمركز

بأعدادها الضخمة في المستشفيات.²

¹ - صلاح محمود نياض، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، دار الفكر، عمان، الطبعة الأولى، 2009، ص 53.

² - العكروف علي، الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة، دار الأيام للنشر والتوزيع، 2016، عمان، ط1،

- ازدادت رسوم تكلفة المعالجة والرعاية الصحية وبالتالي أصبح الأمر في الحصول على خدمات صحية من قبل متوسطي ومديني الدخل عسيرا.

- كلما ازداد التخصص دقة وتفرعا كلما اقتربنا من مشكلة تجزئة المريض بين عدة اختصاصات وتضخمت فاتورة العلاج قيمة ورسوما، وتجزئة المريض بين عدة أخصائيين يعالجون تؤثر نفسيا عليه وتؤثر على علاقته المفروض أن تكون جيدة مع طبيبه.

12. الصحة الإنجابية والمرأة في الجزائر:

اهتمت الجزائر بموضوع الصحة الإنجابية وحماية الأمومة والطفولة معتبرة أنه من الأساسيات والأولويات الوطنية في مجال الصحة والسكان، وإدراجها ضمن أهداف سياسة الصحة العمومية، من خلال التركيز على التخطيط العائلي الخاص بحماية الأم ومتابعة صحة الأم الحامل قبل وأثناء وبعد الولادة والقضاء على الأمراض المتنتقلة جنسيا أو عبر المياه (MTH) كحمى التيفوئيد والكوليرا والإسهال التهاب الكبد وغيرها، وعليه يضمن قطاع الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في مجال تحسين وضع المرأة والطفولة، تأمين وضع صحي جيد وتعزيز الاستفادة من برامج تنظيم الأسرة، ويتم ذلك عبر المراحل العمرية التالية :

1.12. مرحلة الطفولة: هناك برنامج وطني لمكافحة أمراض الأطفال والتقليص من الوفيات حيث

كان معدل الوفيات بعد الاستقلال 200/1000، وانخفض مع انطلاقة هذا البرنامج تدريجيا ليصل إلى 34.5/1000 بالنسبة للرضع و38.8/1000 بالنسبة للأطفال الأقل من 5 سنوات.

2.12. مرحلة بعد ست سنوات: في هذه الفترة من العمر أهم ما يقوم به القطاع، هو توفير الصحة

المدرسية على مستوى 1000 مركز بالتنسيق مع وزارة التربية ومن بين الخدمات المتوفرة في هذا الإطار: التلقيح حول صحة الأسنان، التربية الصحية مثل مكافحة التدخين.

3.12 مرحلة الشباب: هناك برامج تقدم لفئة الشباب على مستوى مراكز الإعلام والتنشيط الموجود

عبر كامل الوطن.¹ من بينها:

- برنامج مكافحة مرض نقص المناعة البشرية.
- برنامج مكافحة سرطان الثدي.
- برامج توعوية حول أضرار التدخين
- برنامج الثقافة الصحية والجنسية
- البرامج الدينية
- برامج ونشاطات ترفيهية ورياضية

4.12. العلاقة بين الصحة الإنجابية والخصوبة: في هذه المرحلة تؤخذ بعين الاعتبار صحة المرأة

في مجال مراقبة الحمل وتحسين عملية الولادة، فعملية التكفل بالأُمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة وصلت إلى أكثر من 80% سنة 2002 أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي العمومي فتقدر بـ 90% وبلغ عدد العيادات في هذا المجال 600 عيادة عمومية، أما نسبة السيدات اللواتي وضعن في هياكل صحية خاصة فتقدر بأكثر من 6.3% سنة 2002.²

إضافة إلى هذا، هناك برامج عدة تعنى بالتنظيم العائلي انطلقت في السبعينات حققت نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل 80% من النساء يستعملن وسائل لمنع الحمل وأكثر من 52% يستعملن وسائل عصرية (اللؤلؤ، الحبوب...).

وقد كان معدل الخصوبة بداية السبعينات 7 أطفال لكل امرأة أما الآن فقد بلغ 4.2 طفل لكل امرأة،

¹ - دودو نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة، دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس بسطيف، مذكرة ماجستير، 2010/2011، ص 61
² - عدنان سليمان، سوسيولوجيا الثقافة السكانية، دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا، مجلة جمعة دمشق، المجلد 16، العدد الثاني، 2000، ص 248.

الفصل الثاني _____ الجانب النظري: ماهية الصحة الإنجابية

أما نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة التي كانت تقدر بـ 174% سنة 1996 لكل 100000 مولود فقد انخفضت لتصل إلى 15.2% و 25.2%، حيث انخفضت نسبة النمو الديمغرافي الذي كان من 3% بداية السبعينات لتصل إلى 5.1% حالياً.

وأهم استنتاج أن كل برامج الطفولة والأمومة تقدم مجاناً في المراكز الطبية العمومية ويوجد في الجزائر أكثر من خمسة آلاف مركز عبر ولايات الوطن.

وبالنسبة للمرأة هناك برامج لمكافحة السرطان خاصة سرطان عنق الرحم وفي هذا الإطار يوجد 20 مركزاً عبر ولايات الوطن.

وقد عرفت سنة 2000، بداية تطبيق برنامج خاص "الولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني، كما سطرت الجزائر برامج تعاون وشراكة بالتنسيق مع 2006-2002 (UNICEF) موضوعه "بقاء وحماية وتطوير الطفل" إضافة إلى محاور تخص الأم والطفل وكيفية التعامل معهما.

يرى "ايسترلين" Easterlin أن محددات السلوك الإنجابي للمرأة هي ثلاث: الطلب على الأطفال، إمكانية إنتاج الأطفال، ثم تكاليف ضبط الخصوبة، ويرى "بونغارتس" Bongarts أن الخصوبة نتاج متغيرات عديدة هي (وسائل منع الحمل، الإجهاد، التباعد بين الولادات، ومؤشر الزواج)¹

13. برامج تنظيم الأسرة:

مع استمرار انخفاض معدلات الوفيات، فإن الطريق الوحيد لإبطاء النمو السكاني هو تخفيض الخصوبة وهذا أمر ضروري للبلدان التي لم تكتمل مراحل الانتقال الديموغرافي، لدى فإن عملية التحديث الجارية في الدول النامية، رغم أهميتها فهي غير كافية لتخفيض معدل الخصوبة.

¹ - عدنان سليمان، مرجع سابق، ص 249.

كما أن أول الأصوات التي دعت إلى تنظيم الأسرة كان صوت "مارغرت سانغر" حيث فتحت أول عيادة لتنظيم

الأسرة في سنة 1916 في بروكلين في نيويورك وبعد خمس سنوات افتتحت عيادة مماثلة في بريطانيا.¹

إن نجاح برامج تنظيم الأسرة مرهون بتوفير التمويل والدعم المالي بالإضافة إلى الدعم الشعبي والدعم السياسي والإدارة الجيدة والتنظيم الجيد.

ومن بين جهود تنظيم الأسرة التي نجحت خصوصا في الدول النامية والمتمثلة في خمسة نشاطات هي:²

- مشاريع توضيحية للتأكيد على أن هناك طلبا على خدمات تنظيم الأسرة وأنه يمكن إيصال هذه الخدمات بطريقة صحيحة ومقبولة.

- توفير موانع الحمل كاللؤلؤ والواقى الذكري والحبوب وغيرها.

- دعم برامج التدريب في مجال السكان وتنظيم الأسرة.

- المساعدة في إجراء المسوح والتعدادات السكانية.

- المساعدات الفنية الأخرى ورفع خبرة العاملين في البرامج وتطوير وسائل منع الحمل الأكثر فاعلية والمتنوعة والجديدة.

¹ - فوزي سهاونة، جغرافية السكان، دار وائل للنشر الأردنية، الطبعة الثانية، 2007، ص 141.

² - تمزوت بلحول، مرجع سبق ذكره، ص 11.

المبحث الثاني: تطور أهم العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية في الجزائر

تعتبر العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية ذات أهمية كبيرة في معالجة ومعرفة التطورات الخاصة بنسب مؤشراتنا والحاصلة عبر الزمن، هذا من أجل المقارنة بين النسب العالمية وبين مختلف السنوات لمعرفة هل يوجد تحسن أم لا. ونذكر البعض منها فيما يلي:

1. تطور المستوى التعليمي:

يعد التعليم أحد العوامل التي من شأنها التأثير على الصحة الإنجابية إذ يساهم في تعزيز قدرات المرأة في المشاركة في صنع القرارات العائلية وخاصة منها المتعلقة بإنجاب عدد معين من الأطفال، وفترات التباعد بين الأطفال. بحيث أن المتعلقات لديهن وعي وفهم أسرع وأعمق بكثير من النساء غير المتعلقات.¹

حققت الجزائر نجاح في إستراتيجية النظام التعليمي للمرأة، حيث تقلصت معدلات الأمية في صفوف الإناث ذوات 10 سنوات فأكثر من 85.5% سنة 1966 إلى 28.6% سنة 2008.

الجدول رقم (1-2): تطور نسبة الأمية في الجزائر حسب الجنس عند الأفراد ذوي 10 سنوات فأكثر.

| السنة | 1966 | 1977 | 1987 | 1998 | 2008 |
|-------|------|------|------|------|------|
| ذكور | 62.3 | 46.6 | 30.7 | 23.6 | 15.5 |
| إناث | 85.4 | 72.6 | 56.7 | 40.3 | 28.9 |

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات ONS الجزائر 2008

نلاحظ من معطيات الجدول الفرق بين الذكور والإناث في نسبة الأمية، وأن نسبة تعليم الإناث ارتفع بمستوى جيد ويعود هذا الأخير للجهود الكبيرة التي تبذلها الجزائر في إطار برنامج محو الأمية.

¹ - العكروف علي، مرجع سبق ذكره، ص 109

2. تطور معدل الخصوبة الكلي (طفل\امرأة) في الجزائر بين 1990-2017:

تعتبر الخصوبة أساس المستقبل الديمغرافي للسكان، وأفضل مقياس لمعرفة اتجاهات ومستويات الخصوبة هو المؤشر التركيبي للخصوبة، الذي يعبر عن عدد المواليد للمرأة الواحدة أثناء الفترة الإنجابية، وبقائها على قيد الحياة طيلة هذه الفترة، وأن المعدل 2.1 طفل لكل امرأة هو معدل الإحلال لتوازن السكان، فإذا زاد هذا المعدل زاد عدد السكان وإذا نقص عدد السكان نقص هذا المعدل.¹

الجدول رقم (2-2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل\امرأة) في الجزائر بين 1990-2017.

| السنة | 1990 | 2000 | 2002 | 2003 | 2005 | 2008 | 2009 | |
|----------------------------------|------|------|-------|-------|-------|------|------|------|
| معدل الخصوبة الكلي (طفل / امرأة) | 4.5 | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 2.8 | 2.8 | |
| السنة | 2010 | 2011 | *2012 | *2013 | *2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| معدل الخصوبة الكلي (طفل / امرأة) | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 3.1 | 3.1 |

المصدر: DEMOGRAPHIE ALGERIENNE N816 .ALGE. 2017 .P5

بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر 4.5 طفل لكل امرأة سنة 1990 وانخفض إلى 2.5 طفل لكل امرأة سنة 2002 وبقي ثابت حتى سنة 2005 ثم ارتفع إلى 2.8 طفل لكل امرأة سنة 2009، وبلغ 2.9 طفل لكل امرأة في كل من سنة 2010-2011 وشهد تدبدا في الفترة ما بين 2012 و2014 بين طفلين أو ثلاثة أطفال لكل امرأة وفي الفترة 2015-2017 بلغ 3.1 طفل لكل امرأة.

¹ حورية قصوري، تطور الخصوبة في الجزائر، دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، مذكرة ماستر أكاديمي، جامعة ورقلة، 2019، ص 13

3. تطور حجم الأسر الجزائرية:

يمكن أن يعبر عن حجم الأسرة بعدد الأفراد الذين يعيشون ويقومون بصفة دائمة.

الجدول رقم (2-3): تطور نسب الأسر حسب عدد الأفراد 1966-2006.

| السنة | من 1 إلى 3 أفراد | من 4 إلى 6 أفراد | من 7 أفراد فأكثر |
|-------|------------------|------------------|------------------|
| 1966 | 24.3 | 37.7 | 38 |
| 1977 | 19.9 | 32 | 48.1 |
| 1987 | 15.4 | 31.6 | 53 |
| 1998 | 15.6 | 37.4 | 47 |
| 2002 | 5.5 | 33.28 | 61.22 |
| 2006 | 7.16 | 39.23 | 53.6 |

التعداد العام للسكان والسكن 1966

التعداد العام للسكان والسكن 1986

المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 PAPFAM

المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 MICS

يتبين من مخرجات الجدول رقم 2-3 أن نسب حجم الأسر خلال السنة الواحدة ترتفع كلما ارتفع عدد

أفرادها وهذا في جميع السنوات من 1966 إلى 2006. ونلاحظ أيضا في تعاقب السنوات أن نسب الأسر ذات

الحجم من 1 إلى 3 في انخفاض مستمر حيث تراجعت 19 نقطة من 24.3 سنة 1966 إلى 5.5 سنة 2002 ثم

زادت في الارتفاع إلى 7.16 سنة 2006، أما نسب الأسر المتوسطة فتراوح ما بين 4 و6 أفراد فكانت في

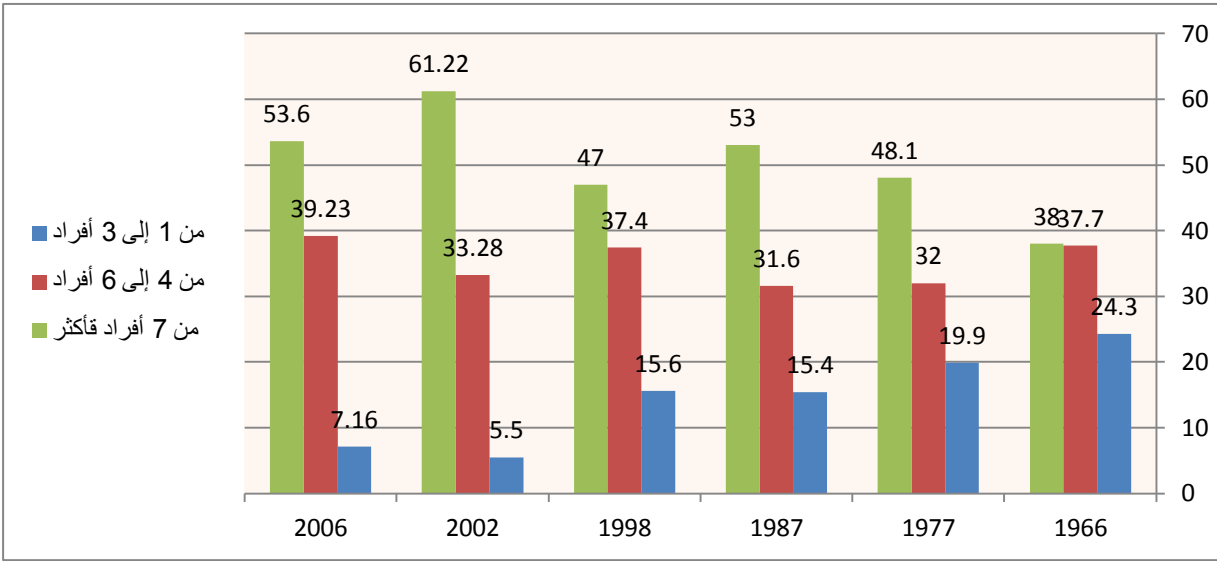
تذبذب بين انخفاض وارتفاع حيث بلغت أعلى نسبة فيه بـ 39.23% وأقل نسبة هي 31.6%، أما باقي الأسر

التي حجما من 7 أفراد فأكثر فكانت أكبر نسبة فيها هي 61.22% سنة 2002 وأقل نسبة قدرت بـ 38% سنة

1966¹

¹ باللودمو شيماء، العوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرضاغة الطبيعية، دراسة ميدانية على عينة من الأمهات لبلدية تقرت 2020، مذكرة ماستر أكاديمي، جامعة ورقلة، 2020، ص 16.

شكل رقم (1-2): تطور نسب الأسر حسب عدد الأفراد 1966-2006



4. تطور الحالة الزوجية:

هي عبارة عن الأحوال الاجتماعية والاقتصادية السائدة في المجتمع في تحديد نسبها واتجاهاتها، وتعد دراسة الحالة الزوجية في المجتمع من أهم الخصائص الديمغرافية التي ترتبط بعناصر بيولوجية، اجتماعية، اقتصادية، شرعية ودينية، تعتبر من أهم العوامل المؤثرة بشدة على مستويات الخصوبة، كما أن للزواج آثارا اقتصادية واجتماعية على قطاعات السكان والصحة والتعليم والبنية التحتية والعمل.

الجدول رقم (2-4): تطور الحالة العائلية للجنسين من 15 سنة فما فوق حسب التعدادات.

| المجموع | أرمل(ة) | مطلق(ة) | متزوج(ة) | أعزب | | |
|---------|---------|---------|----------|------|-------|------|
| 100 | 1.6 | 0.8 | 45.3 | 43.2 | ذكور% | 1966 |
| 100 | 14.2 | 2.3 | 55.3 | 28.1 | إناث% | |
| 100 | 1.6 | 0.1 | 47.8 | 50.5 | ذكور% | 1977 |
| 100 | 12.3 | 0.6 | 50.2 | 37 | إناث% | |
| 100 | 0.8 | 0.5 | 53.4 | 45.3 | ذكور% | 1987 |
| 100 | 9.9 | 2.4 | 56.2 | 31.5 | إناث% | |
| 100 | 0.7 | 0.4 | 47.8 | 51.1 | ذكور% | 1998 |
| 100 | 7.9 | 2 | 49.6 | 40.5 | إناث% | |
| 100 | 0.61 | 0.4 | 47.4 | 51.1 | ذكور% | 2008 |
| 100 | 7.1 | 1.9 | 49.4 | 41.6 | إناث% | |

المصدر: معطيات التعدادات 1966-1977-1987-1998-2008

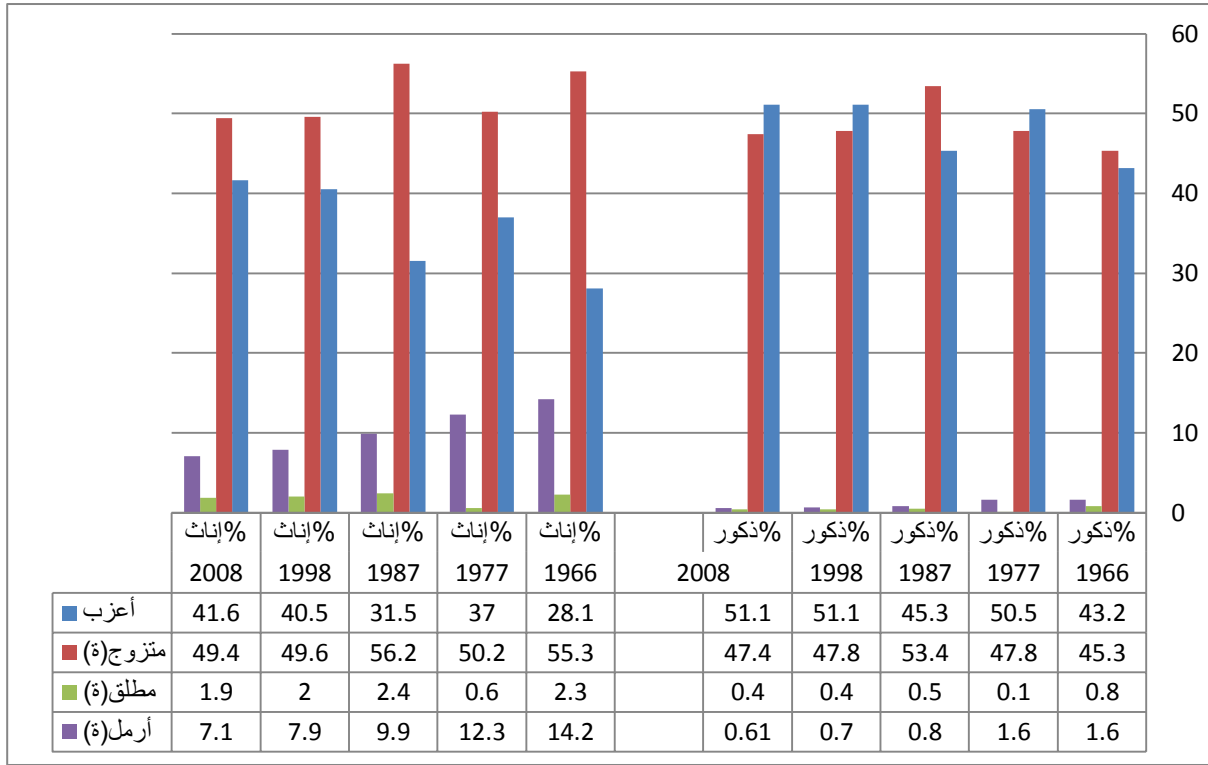
الفصل الثاني _____ الجانب النظري: ماهية الصحة الإنجابية

الجدول رقم 2-4 يوضح تقسيم الحالة الزوجية للسكان إلى متزوجين وعزاب ومطلقين وأرامل، وتبين أن نحو 28.1% من النساء عازبات في تعداد 1966، بينما بلغت نسبة النساء المتزوجات نحو 55.3% ونسبة الأرامل 14.2% والمطلقات 2.3%. في المقابل بلغت نسبة الذكور العزاب 43.2% والمتزوجون 45.3% والمطلقون 0.8% والمتاملون 1.6% وهذا الارتفاع في نسبة الزواج بالنسبة للإناث والذكور يمكن إرجاعه إلى تشجيع الحكومة الجزائرية على الزواج والإنجاب من أجل تعويض الخسائر البشرية التي راحت ضحية الحرب مع المستعمر الفرنسي.

وفي سنة 1977 عرفت نسبة النساء المتزوجات انخفاضا ملموسا بعدما كانت تقارب 55.3% سنة 1966 أصبحت تساوي 50,2%، أما العازبات ارتفعت نسبتهم لتصل إلى 37%.

كما سجلت في تعداد سنة 1987 ارتفاع نسبة الزواج إلى 56,2% للإناث ونسبة العازبات 31,1% والمطلقات 2,4% والأرامل 2,4%، وفي التعدادين الأخيرين تواصلت وتيرة نسبة العزاب في الارتفاع فسجلت 40.5% للإناث سنة 1998، بينما بلغت نسبة الإناث في آخر تعداد سنة 2008 بـ 29,3%. ويرجع هذا الارتفاع في متوسط العمر عند الزواج بالنسبة للإناث إلى تحسين المستوى التعليمي لهن.

شكل رقم (2-2): يوضح تطور الحالة العائلية للجنسين من 15 سنة فما فوق حسب التعدادات



المصدر: عمل خاص من إعداد الطالب بناء على الجدول (4-2)

5. تطور تنظيم الأسرة:

يكمن هذا التطور في نسبة استعمال الأسرة لوسائل منع الحمل إذ تعد هذه الوسائل من أهم الخيارات الديموغرافية التي يهتم بها الباحثون لدراساتها فمعرفة كيفية حصول السيدات على وسائل تنظيم النسل يكشف لنا عن مدى فعالية مصادر حصولهن عليها، وعرفت نسبة استعمالها في الجزائر عبر مختلف السنوات منحني تصاعدي، والجدير بالذكر أنه حين اقتناء وسائل تنظيم النسل من الصيدليات فإن قيمتها المالية تسترجع بنسبة 100% من طرف صندوق الضمان الاجتماعي.

وقد قامت الجمعية الجزائرية للبحوث الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية سنة 1968 بتحديد نسبة

استعمال وسائل منع الحمل بـ 8% من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب.¹

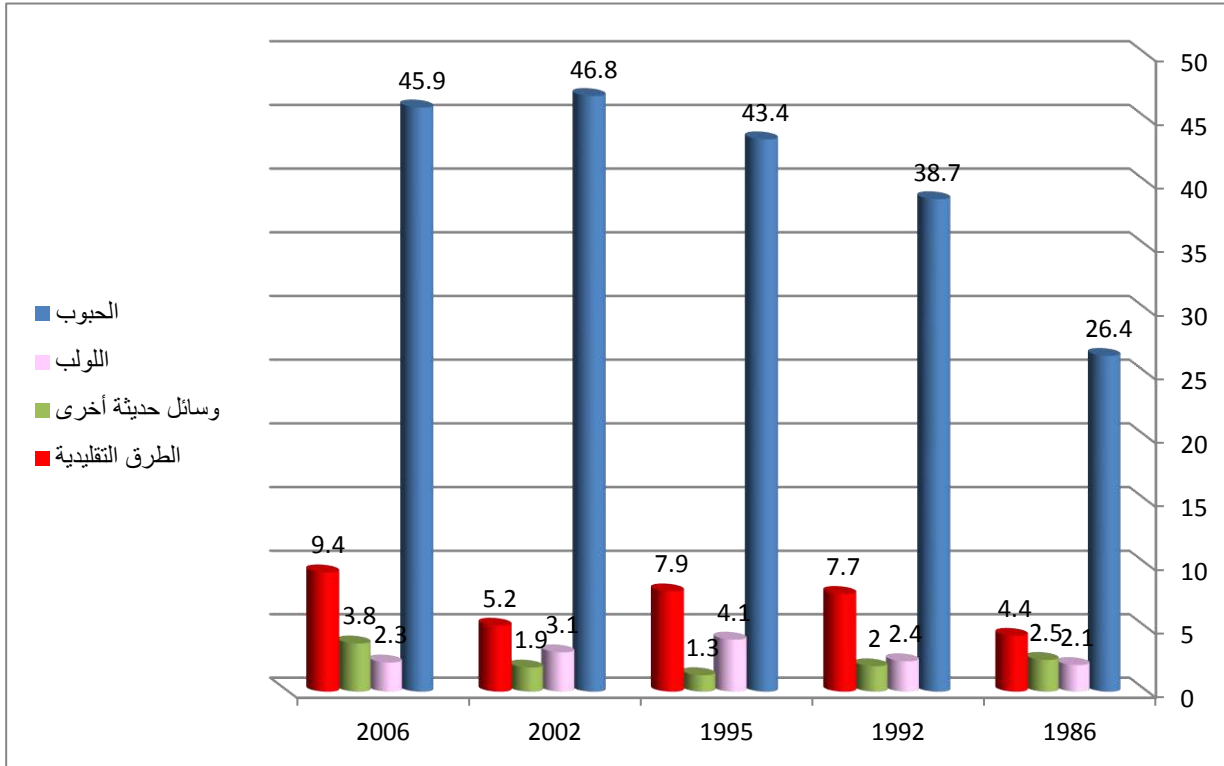
¹- AARDES. Enquete socio-démographique, la regulation des naissance, vol 5, Alger, 1970, p81.

الجدول رقم (2-5): تطور نسبة ممارسة وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة.

| السنة | 2006 | 2002 | 1995 | 1992 | 1986 |
|------------------|------|------|------|------|------|
| طرق منع الحمل | | | | | |
| الحبوب | 45.9 | 46.8 | 43.4 | 38.7 | 26.4 |
| اللؤلؤ | 2.3 | 3.1 | 4.1 | 2.4 | 2.1 |
| وسائل حديثة أخرى | 3.8 | 1.9 | 1.3 | 2.0 | 2.5 |
| الطرق التقليدية | 9.4 | 5.2 | 7.9 | 7.7 | 4.4 |
| المجموع | 61.4 | 57.0 | 56.7 | 50.8 | 35.5 |

المصدر: العكروف علي، الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة.

شكل رقم (2-3): تطور نسبة ممارسة وسائل منع الحمل حسب الوسيلة المستعملة



المصدر عمل خاص من إعداد الطالب بناء على الجدول (2-5)

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا في هذا الفصل التوضيح قدر الإمكان لبعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية، من بينها الحق في الرعاية الصحية التي من خلالها تساعد على المساهمة في الحفاظ على صحة الأم والطفل، كما تطرقنا إلى عوائق النوع الاجتماعي، التعليم، الزواج المبكر، مدة الزواج، العزوبة النهائية، عدد الأطفال المنجبين، وفيات الأطفال، ووسط الإقامة على سبيل المثال وغيرها من العوامل التي قد يكون لها تأثير مباشر أو غير مباشر على الصحة الإنجابية كالنظام الصحي ومكوناته.

كما أشرنا إلى بعض العوامل المؤثرة فيها وتطورها عبر مختلف السنوات في الجزائر، كالتعليم والحق في الرعاية وبرامج تنظيم الأسرة وغيرها.

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية

لدراسة الميدانية.

المبحث الثاني: العوامل المؤثرة في

الصحة الإنجابية

تمهيد:

تطرقنا في هذا الجانب الميداني إلى أهم الخصائص العامة لمجموعة النساء المستجوبات، من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS-6 (2019)، مع الإشارة إلى بعض المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية، كالتعليم، مؤشر الثروة، الزوجية وتنظيم الأسرة. بعدما تطرقنا إلى الجانب المنهجي والنظري، إذ يعتبر الجانب الميداني مرحلة هامة لجمع البيانات وعرضها، والذي يضم مجالات الدراسة والعينة بالإضافة إلى أدوات جمع البيانات ثم تحليل الفرضيات ونتائجها وصولاً إلى الاستنتاجات العامة التي يتم من خلالها الإجابة على التساؤلات والتأكد من فرضيات الدراسة التي تم طرحها. وذلك عن طريق إثباتها أو نفيها، بغرض الحصول على نتائج.

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تعتبر الإجراءات المنهجية للدراسة طريقة عمل لتحقيق الغاية المرجوة بطريقة علمية ممنهجة.

1. مصادر معطيات الدراسة:

دراسة موضوع ما يجب أن يعتمد على مجموعة من المصادر الإحصائية المختلفة، والديموغرافيا تتناول دراسة أحوال السكان في وقت معين بما في ذلك توزيعهم الجغرافي، تركيبته وحركتهم الطبيعية وما ينتج عنها من زيادة أو نقصان في حجم السكان، والجزائر هي واحدة من دول العالم التي تتوفر على عدة مصادر لجمع المعطيات مثل الحالة المدنية، التعدادات والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

- المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS6) الجزائر 2019

- المسح الوطني للخصوبة سنة 1986 (ENAF)

- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 (EASME)

- المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 (PAPFAM)

- التعدادات العامة للسكان والسكن المنجزة بعد الاستقلال والمتمثلة فيما يلي: 1966-1977-

1987-1998-2008

- معطيات الديوان الوطني للإحصاءات (ONS)

2. خصائص مجتمع الدراسة:

إن عينة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS-6 (2019) الخاصة بالنسوة المستجوبات هي 35111 امرأة واللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة (سن الإنجاب) موزعين بين الريف والحضر وحسب منطقة البرجة الإقليمية وهي شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، الهضاب العليا وسط، الهضاب العليا شرق، الهضاب العليا غرب والجنوب.

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

يمثل الجدول أدناه توزيع النسوة حسب العمر، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية. إذا رتبنا المستجوبات

حسب المتغيرات الثلاثة سنلاحظ أن اللواتي تتراوح أعمارهم بين 25 و 29 سنة هي أكبر نسبة في مختلف الفئات

المكونة، وتتغير أيضا حسب منطقة السكن.

الجدول رقم (3-1): المبحوثات حسب الأعمار، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية:

| المجموع | وسط الإقامة | | منطقة البرمجة الإقليمية (HH7) | العمر (WAGE) | المجموع | وسط الإقامة | | منطقة البرمجة الإقليمية (HH7) | العمر (WAGE) |
|---------|-------------|-------|-------------------------------|--------------|---------|-------------|------|-------------------------------|--------------|
| | ريف | حضر | | | | ريف | حضر | | |
| 1569 | 576 | 993 | شمال وسط | 20-24 | 1423 | 543 | 880 | شمال وسط | 15-19 |
| 763 | 267 | 496 | شمال شرق | | 656 | 239 | 417 | شمال شرق | |
| 841 | 278 | 563 | شمال غرب | | 835 | 278 | 557 | شمال غرب | |
| 435 | 155 | 280 | هضاب عليا وسط | | 400 | 143 | 257 | هضاب عليا وسط | |
| 713 | 284 | 429 | هضاب عليا شرق | | 696 | 242 | 454 | هضاب عليا شرق | |
| 274 | 87 | 187 | هضاب عليا غرب | | 254 | 82 | 172 | هضاب عليا غرب | |
| 574 | 173 | 401 | جنوب | | 565 | 170 | 395 | جنوب | |
| 5169 | 1820 | 3349 | المجموع | | 4829 | 1697 | 3132 | المجموع | |
| 1769 | 758 | 1011 | شمال وسط | 30-34 | 1755 | 727 | 1028 | شمال وسط | 25-29 |
| 799 | 327 | 472 | شمال شرق | | 804 | 300 | 504 | شمال شرق | |
| 885 | 325 | 560 | شمال غرب | | 816 | 304 | 512 | شمال غرب | |
| 394 | 149 | 245 | هضاب عليا وسط | | 422 | 158 | 264 | هضاب عليا وسط | |
| 762 | 325 | 437 | هضاب عليا شرق | | 799 | 335 | 464 | هضاب عليا شرق | |
| 265 | 100 | 165 | هضاب عليا غرب | | 277 | 98 | 179 | هضاب عليا غرب | |
| 548 | 173 | 375 | جنوب | | 622 | 203 | 419 | جنوب | |
| 5422 | 2157 | 3265 | المجموع | | 5495 | 2125 | 3370 | المجموع | |
| 1612 | 611 | 1001 | شمال وسط | 40-44 | 1784 | 713 | 1071 | شمال وسط | 35-39 |
| 706 | 251 | 455 | شمال شرق | | 734 | 266 | 468 | شمال شرق | |
| 817 | 267 | 550 | شمال غرب | | 849 | 309 | 540 | شمال غرب | |
| 299 | 92 | 207 | هضاب عليا وسط | | 358 | 117 | 241 | هضاب عليا وسط | |
| 707 | 279 | 428 | هضاب عليا شرق | | 756 | 326 | 430 | هضاب عليا شرق | |
| 245 | 79 | 166 | هضاب عليا غرب | | 261 | 91 | 170 | هضاب عليا غرب | |
| 393 | 106 | 287 | جنوب | | 495 | 131 | 364 | جنوب | |
| 4779 | 1685 | 3094 | المجموع | | 5237 | 1953 | 3284 | المجموع | |
| 11394 | 4411 | 6983 | شمال وسط | المجموع | 1482 | 483 | 999 | شمال وسط | 45-49 |
| 5134 | 1861 | 3273 | شمال شرق | | 672 | 211 | 461 | شمال شرق | |
| 5796 | 2000 | 3796 | شمال غرب | | 753 | 239 | 514 | شمال غرب | |
| 2549 | 885 | 1664 | هضاب عليا وسط | | 241 | 71 | 170 | هضاب عليا وسط | |
| 4967 | 1987 | 2980 | هضاب عليا شرق | | 534 | 196 | 338 | هضاب عليا شرق | |
| 1772 | 596 | 1176 | هضاب عليا غرب | | 196 | 59 | 137 | هضاب عليا غرب | |
| 3502 | 1038 | 2464 | جنوب | | 305 | 82 | 223 | جنوب | |
| 35114 | 12778 | 22336 | المجموع | | 4183 | 1341 | 2842 | المجموع | |

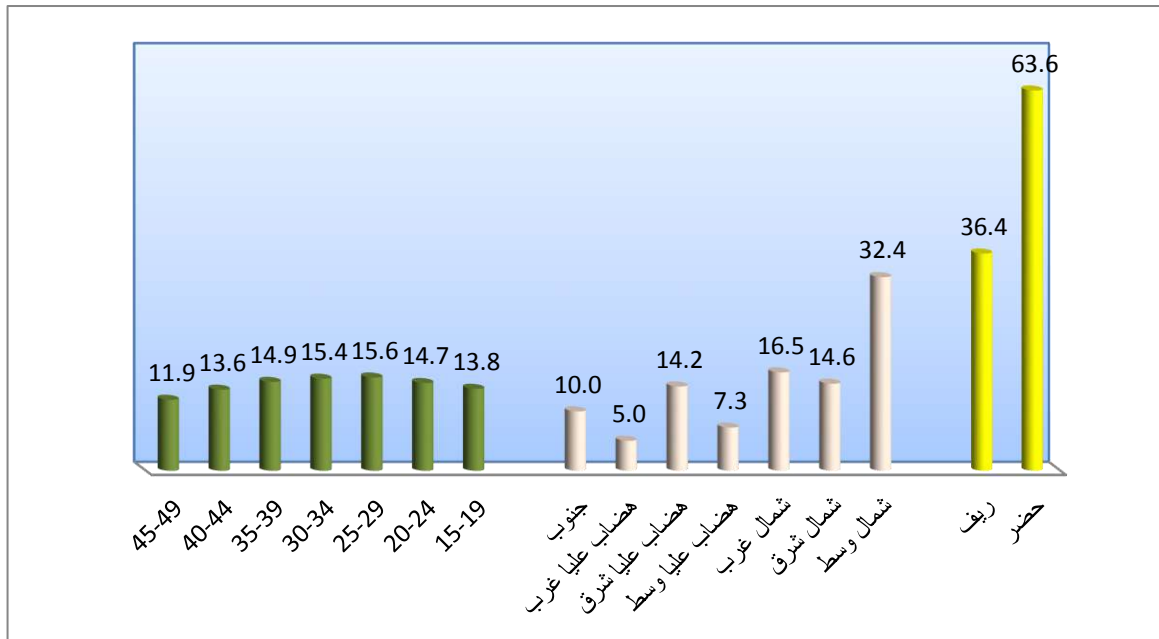
المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

ومنه نلاحظ أنه للمنطقة الجغرافية ووسط الإقامة أثر في نسبة تركز النسوة، يتبين أن هذه الفئة من النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين (24-29) سنة هي الأكثر انتشارا بعدد 3370، للاتي يقطن بالأوساط الحضرية في منطقة وسط الإقليم. أما الفئة الأقل انتشارا فتتكون من النسوة اللاتي تراوحت أعمارهن بين (40-44) سنة والقاطنات بالمهضاب العليا غرب وعددهن 79.

1.2. توزيع النسوة حسب الأعمار، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية:

صنفت النسوة حسب الأعمار في فئات خماسية كانت أعلى فئتين هما (25-29) و (30-35) بنسبتين (15,4% و 15,6% على التوالي)، ومنه نلاحظ أيضا أن الوسط الحضري طغى على أكثر من 60% من المبحوثات وسيطرت منطقة شمال وسط على النسبة الأكبر بـ (32,4%)، والباقيات توزعت بنسب ضعيفة ففي منطقة شمال غرب (16,5%) ثم منطقة شمال شرق (14,6%) تليها منطقة هضاب عليا شرق (14,2%) والجنوب (10%) ثم هضاب عليا غرب (7,3%) وأخيرا منطقة هضاب عليا غرب بنسبة (5%)

الشكل رقم (3-1): توزيع النسوة حسب العمر، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الجدول (2-3): توزيع مؤشر الثروة حسب مكان الإقامة:

| المجموع | مكان الإقامة (HH6) | | مؤشر الثروة (windex5) | |
|---------|--------------------|--------|-----------------------|----------|
| | ريف | حضر | التكرار | |
| 3572 | 2693 | 879 | التكرار | فقير جدا |
| 100 | %75.39 | %24.61 | أفقي | |
| 24.02 | %42.64 | %10.27 | عمودي | |
| 3414 | 1791 | 1623 | التكرار | فقير |
| 100 | %52.46 | %47.54 | أفقي | |
| 22.96 | %28.36 | %18.97 | عمودي | |
| 2974 | 996 | 1978 | التكرار | متوسط |
| 100 | %33.49 | %66.51 | أفقي | |
| 20 | %15.77 | %23.12 | عمودي | |
| 2685 | 571 | 2114 | التكرار | غني |
| 100 | %21.27 | %78.73 | أفقي | |
| 18.05 | %9.04 | %24.71 | عمودي | |
| 2227 | 265 | 1962 | التكرار | غني جدا |
| 100 | %11.90 | %88.10 | أفقي | |
| 14.97 | %4.20 | %22.93 | عمودي | |
| 14872 | 6316 | 8556 | التكرار | المجموع |
| 100 | 42.47% | %57.53 | أفقي | |
| 100 | %100 | %100 | عمودي | |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

نلاحظ من خلال الجدول رقم 2-3 أن أغلبية درجة فقير جدا يعيشون بالوسط الريفي بنسبة 75,39%

من مجموع نفس الصفة. كما يمثلون 42,64% من مجموع سكان الريف، وهي أكبر نسبة بالنظر إلى باقي

الطبقات، كما بلغت فئة فقير بالوسط الريفي 28,36%. أي أن ما يفوق 71% من سكان الريف فقراء.

حيث مثل الحضر الفقراء جدا 10,27% من مجموع سكان الحضر، في حين بلغت نسبة الفقراء بالوسط الحضري

18,97%. ما يدل على أن حوالي 29% من الحضر يحملون صفة الفقر.

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

ونسبة الأطفال الذين أسرهم متوسطة الثروة بلغت 20% من مجموع الطبقات، توزعت بين 23.12% بالوسط الحضري و 15.77% وسط الريف.

أما فئة الأغنياء مثلت النسبة 18.05% من مجموع الطبقات (الحضر: 24.71%، الريف: 9.04%).

وبلغت نسبة الأثرياء جدا 14.97% من مجموع الطبقات (الحضر: 22.93%، الريف: 4.20%).

يظهر لنا من خلال هذه القراءات الفرق الكبير بين وسطي الإقامة بالنظر إلى مؤشر ثروة الأسر. بحيث

لاحظنا أن الأسر بالوسط الريفي اقل ثراء وأكثر فقرا من الأسر الحضرية. وهذا ما قد يؤثر على مختلف مؤشرات الرعاية الصحية للأطفال بالوسط الريفي.

الجدول رقم (3-3): توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي ووسط الإقامة:

| المجموع | مكان الإقامة (HH6) | | المستوى التعليمي للأمهات (welevel) | |
|---------|--------------------|--------|------------------------------------|------------|
| | ريفي | حضري | التكرار | بدون مستوى |
| 018520 | 122900 | 62300 | التكرار | بدون مستوى |
| 100 | 66,36 | 33,64 | أفقي % | |
| 12,45 | 19,46 | 87,2 | عمودي % | |
| 219800 | 122800 | 97000 | التكرار % | ابتدائي |
| 100 | 755,8 | 44,13 | أفقي % | |
| 14,78 | 19,44 | 11,33 | عمودي % | |
| 476600 | 204300 | 272300 | التكرار | متوسط |
| 100 | 42,87 | 57,13 | أفقي % | |
| 432,0 | 32,35 | 31,82 | عمودي % | |
| 337500 | 109000 | 228500 | التكرار | ثانوي |
| 010 | 32,30 | 67,70 | أفقي % | |
| 922,6 | 17,26 | 26,70% | عمودي % | |
| 2683 | 726 | 1957 | التكرار | جامعي |
| 100 | 27,06 | 72,94 | أفقي % | |
| 18,04 | 11,49 | 22,87 | عمودي % | |
| 14874 | 6316 | 8558 | التكرار | المجموع |
| 100 | 42,46 | 57,54 | أفقي % | |
| 100 | 100 | 100 | عمودي % | |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

من خلال الجدول رقم 3-3 نلاحظ أن غالبية مستوى التعليمي للأمهات بدون مستوى يقنطون في الوسط الريفي حيث يمثلون النسبة 66.36% من مجموع حاملي هذه الصفة. كما أن مستوى المتوسط بالوسط الريفي يمثلون 32.25% تعتبر أكبر نسبة بالنظر إلى باقي المستويات، حيث بلغت نسبة مستوى الابتدائي 19.44% والثانوي 17.26% والجامعي 11.49% بالنسبة للوسط الريفي. 31.82% هي نسبة مستوى المتوسط وهي أكبر نسبة للوسط الحضري وقد بلغت أقل نسبة في المستوى التعليمي للأمهات في الوسط الحضري 7.28% وهي بدون مستوى.

يظهر من الجدول الفرق بين وسط الإقامة الحضر، الريف بالنظر إلى المستوى التعليمي للأمهات، بحيث أن أعلى نسبة في الوسط الريفي يكون عند المستوى بدون مستوى وأعلى نسبة في الوسط الحضري في المستوى المتوسط وهذا ما قد يؤثر على المتابعة الصحية للأطفال الأقل من 5 سنوات.

الجدول رقم (3-4): توزيع المبحوثات حسب أرضية المسكن ومكان الإقامة:

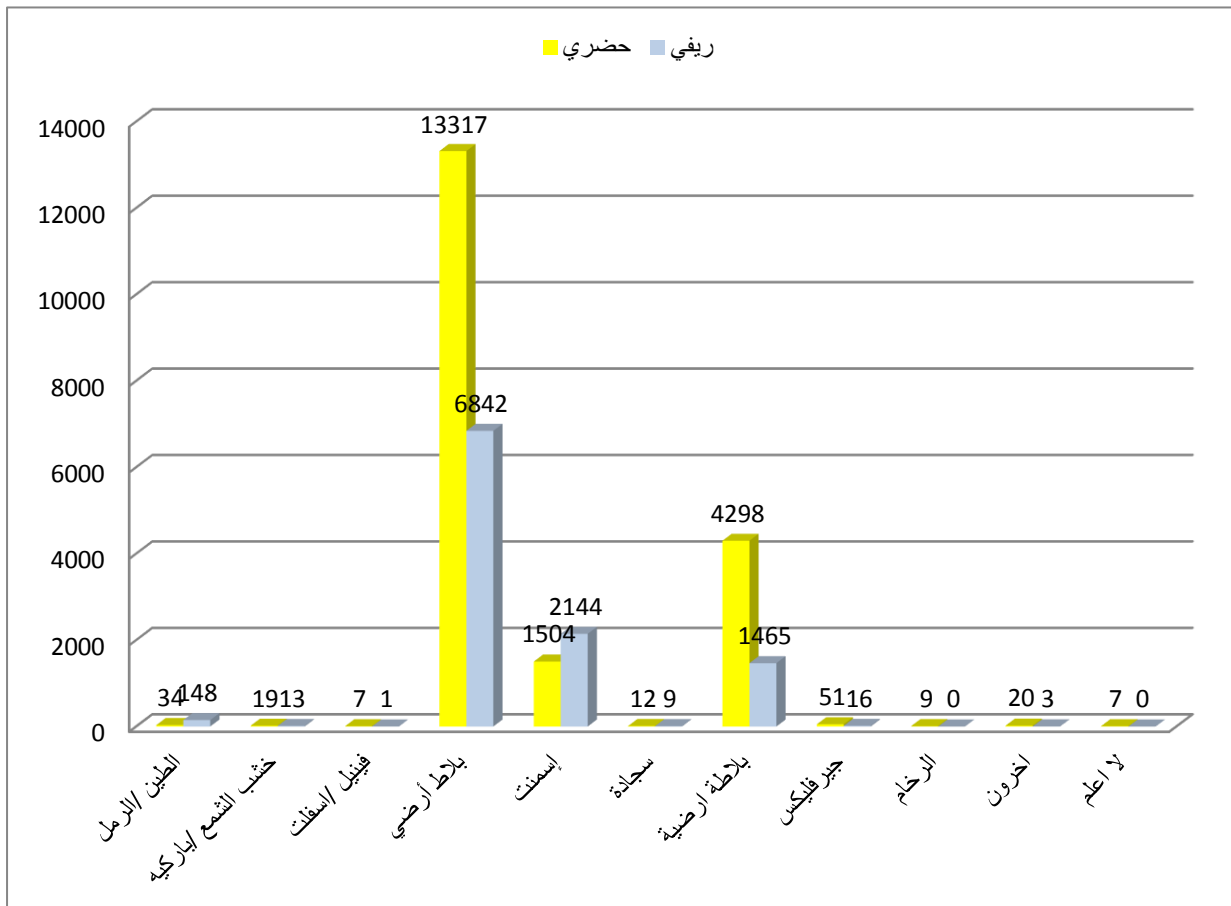
| المجموع | مكان الإقامة (HH6) | | أرضية المسكن |
|----------------|--------------------|----------------|-------------------|
| | ريفي | حضري | |
| 182 (0.60%) | 148 (1.39%) | 34 (0.17%) | الطين/ الرمل |
| 32 (0.10%) | 13 (0.12%) | 19 (0.09%) | خشب الشمع/ باركيه |
| 8 (0.02%) | 1 (0.009%) | 7 (0.03%) | فينيل/أسفلت |
| 20159 (67.38%) | 6842 (64.30%) | 13317 (69.07%) | بلاط أرضي |
| 3648 (12.19%) | 2144 (20.14%) | 1504 (7.80%) | إسمنت |
| 21 (0.70%) | 9 (0.08%) | 12 (0.06%) | سجادة |
| 5763 (19.26%) | 1465 (13.76%) | 4298 (22.29%) | بلاطة أرضي محسن |
| 67 (0.22%) | 16 (0.15%) | 51 (0.26%) | جبر فيلكس |
| 9 (0.03%) | 0 (%) | 9 (0.04%) | الرخام |
| 23 (0.07%) | 3 (0.02%) | 20 (0.10%) | آخر |
| 7 (0.02%) | 0 (%) | 7 (0.03%) | لا أعلم |
| 29919 (100%) | 10641 (35.65%) | 19278 (64.43%) | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

من خلال قراءتنا للجدول رقم 3-4 أن استعمال أرضية المسكن في الوسط الحضري قد تكون بلاط أرضي وهي أعلى نسبة للوسط الحضري بـ 69,07% أو بلاط أرضي محسن بنسبة 22,29% كما هي في الوسط الريفي لاستعمال بلاط أرضي بـ 64,30%. ما يعني أن حوالي 67,38% مجموع المتوسط في الحضر والريف، أنه لا يوجد فرق في نوعية استعمال أرضية المسكن في الوسطين ويمكن نوعية أرضية المسكن الأخرى قد تسبب في مرض الأطفال مثل أرضية طينية أو رملية للمسكن في الوسط الريفي أكثر من الحضري بـ 1,39%

وللتوضيح أكثر أنظر الشكل رقم 2-3

الشكل رقم (2-3) توزيع أرضية المسكن حسب مكان الإقامة



المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الجدول رقم (3-5): توزيع المبحوثات حسب شبكة المياه، شبكة الصرف الصحي وسط الإقامة:

| المجموع | مكان الإقامة (HH6) | | مصدر المياه التي يشربها أفراد الأسرة (WQ18) |
|----------------|--------------------|----------------|--|
| | ريفي | حضري | |
| 14501 (48.46%) | 3942 (37.03%) | 10559 (54.77%) | حنفية المسكن |
| 2177 (21.94%) | 1272 (11.95%) | 905 (4.69%) | حنفية في الساحة |
| 167 (0.56%) | 117 (1.09%) | 50 (0.25%) | حنفية الجار |
| 762 (2.54%) | 499 (4.68%) | 263 (1.36%) | حنفية عامة |
| 927 (3.09%) | 536 (5.03%) | 391 (2.02%) | البنر |
| 735 (2.45%) | 402 (3.77%) | 333 (1.72%) | بئر محمي جيد |
| 85 (0.28%) | 66 (0.62%) | 19 (0.09%) | بئر غير محمي |
| 1602 (5.35%) | 1504 (14.13%) | 1098 (5.70%) | خزان محمي |
| 99 (0.33%) | 61 (0.57%) | 38 (0.19%) | خزان غير محمي |
| 9 (0.03%) | 7 (0.06%) | 2 (0.01%) | مياه الأمطار |
| 4212 (14.07%) | 1600 (15.03%) | 2612 (13.54%) | صهريج |
| 28 (0.09%) | 22 (0.20%) | 6 (0.03%) | سد/بحيرة/الوادي |
| 3566 (11.92%) | 594 (5.58%) | 2972 (15.41%) | القارورة |
| 37 (0.12%) | 17 (0.15%) | 20 (0.10%) | اخرى |
| 15 (0.05%) | 5 (0.04%) | 10 (0.05%) | لا يوجد رد |
| 29922 (100%) | 10644 () | 19278 () | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الجدول رقم 3-5 يعبر على أن مصدر المياه التي يستعملها أفراد الأسرة في الوسط الحضري هي حنفية المسكن 54.77% واستعمال مياه القارورة 15.41% وهم أعلى نسب في الوسط الحضري أما عن الوسط الريفي أيضا يستعملون حنفية المسكن 37.03% وصهريج بنسبة 15.03% وحنفية في الساحة 11.95% أما عن

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

البئر والخزان) فوجد في الوسط الريفي أكثر لأن في الريف يستعملون البئر كثيرا من أجل السقي وغيره، وهذا ما يرجع نوعية مصدر المياه في تسبب إصابة الأطفال بمرض الإسهال أو أمراض أخرى.

2.2. ممارسة الرياضة والتأمين الصحي:

يعتبر التأمين الصحي من أساسيات الصحة الإنجابية بحيث يساعد النسوة في الحصول على عدة خدمات صحية مجانية، وأن ممارسة الرياضة تعمل على زيادة الصحة الجسمية وفي التقويم والحفاظ على أجسامهن فتعد ممارسة الرياضة مهمة لديهن لتوازن صحتهن

الجدول رقم (3-6): توزيع النسوة حسب التأمين الصحي وممارسة الرياضة:

| المجموع | معطيات ناقصة | لا | نعم | |
|---------|--------------|---------------|---------------|---------------------|
| 35111 | 26 (0.1%) | 14828 (42.2%) | 20257 (57.7%) | التأمين الصحي WB18 |
| 35109 | 72 (0.2%) | 31325 (89.2%) | 3712 (10.6%) | ممارسة الرياضة WB20 |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

يشير الجدول رقم 3-6 أن نسبة المؤمنات صحيا بلغ 57.7% (20257 امرأة)، فيما بلغ عدد غير المؤمنات 14828 بنسبة 42.2%، من مجموع المستجوبات. وأن عدد المستجوبات اللاتي يمارسن الرياضة بلغ 3712 بنسبة 10.6% وهي نسبة ضئيلة بالنسبة لغير الممارسات للرياضة

3.2. الحالة الزوجية بالنسبة لعدد النساء في سن الإنجاب:

تعتبر الحالة الزوجية من أهم المتغيرات الديمغرافية من حيث معرفة عدد النسوة ونسبتهم في المجتمع بحيث تقاس بهن شدة العزوبة واحتمال الإنجاب الأطفال لكل امرأة متزوجة والسن الأول عند أول زواج وغيرها من المتغيرات الأخرى.

الجدول رقم (3-7): الحالة الزوجية:

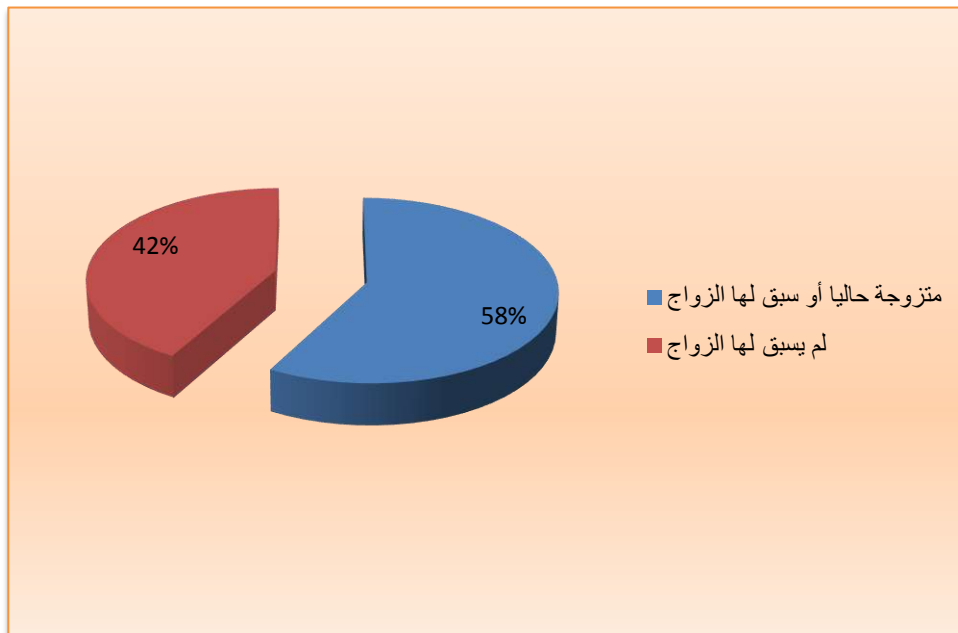
| النسبة | التكرار | الحالة الزوجية (MSTATUS) |
|--------|---------|--------------------------|
| 54,7% | 19191 | متزوجة حاليا |
| 3,4% | 1206 | سبق لها الزواج |
| 41,9% | 14711 | لم يسبق لها الزواج |
| 0,0% | 3 | معطيات ناقصة |
| 100,0 | 35111 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

شملت عينة الدراسة الخاصة بالمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 على 20397 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بنسبة قدرت بـ 58.1%.

يشير الجدول رقم 3-7 إلى أن نسبة من هن متزوجات حاليا قدرت بـ 54.7%، في حين بلغت نسبة من سبق لهن الزواج بلغت 3.4% امرأة، فيما بلغ عدد اللاتي مل يسبق لهن الزواج بنسبة 41.9%، أما فيما راح إهمال قيمة المعطيات الناقصة والتي أخذت قيمة صغيرة جدا أقل من 0.0%.

الشكل رقم: 3-3 توزيع النسوة اللواتي أعمارهن 15-49 وحسب الحالة الاجتماعية.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

سنوضح في الجدول رقم 3-8، عدد النسوة اللاتي صرحن بأنهن متزوجات حالياً ولديهن أولاد يعيشون

معهن حالياً، وتصريح غير المتزوجات.

الجدول رقم (3-8): عدد المتزوجات حالياً وحسب وجود أطفال لديهن:

| المجموع | متزوجة حالياً (MA1) | | | |
|---------|---------------------|-------|---------|-------------------------------------|
| | لا | نعم | | |
| 17637 | 825 | 16812 | نعم | لديك أولاد ويعيشون معك حالياً (CM2) |
| 389 | 52 | 337 | لا | |
| 18026 | 877 | 17149 | المجموع | |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن المبحوثات المستجوبات أغلبهن صرحن أنهم متزوجات حالياً ولديهن

أولاد يعيشون معهن وعددهم 16812، من بينهم اللاتي هن متزوجات وليس لديهن أولاد يعيشون معهن 825

امرأة، والمتزوجات وليس لديهن أولاد يعيشون معهن بلغ عددهن 337 امرأة، نلاحظ أنه يوجد بعض النسوة غير

المتزوجات حالياً وليس لديهن أطفال قدر عددهم بـ 52 امرأة وتعتبر نسبة ضئيلة.

الجدول رقم (3-9): تسجيل الزواج في سجلات الحالة المدنية وسط الإقامة:

| المجموع | وسط الإقامة | | تسجيل الزواج في الحالة المدنية (MA1A) |
|---------|-------------|--------|---------------------------------------|
| | ريف | حضر | |
| 18847 | 7244 | 11603 | نعم مسجل في الحالة المدنية |
| 97,60% | 96,50% | 98,30% | |
| 367 | 226 | 141 | نعم مسجل بحكم |
| 1,90% | 3,01% | 1,19% | |
| 77 | 31 | 46 | غير مسجل |
| 0,40% | 0,41% | 0,39% | |
| 3 | 1 | 2 | آخر |
| 0,02% | 0,01% | 0,02% | |
| 8 | 4 | 4 | لا أعلم |
| 0,04% | 0,05% | 0,03% | |
| 9 | 1 | 8 | معطيات ناقصة |
| 0,05% | 0,01% | 0,07% | |
| 19311 | 7507 | 11804 | المجموع |
| 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

يعد التسجيل في الحالة المدنية مهم للمستجوبات لضمان حصولهن على حقوقهن التي من بينها التأمين الصحي والرعاية الصحية.

يشير الجدول رقم 3-9 إن نسبة النساء المتزوجات واللاتي زواجهن مسجل في الحالة المدنية وصل إلى 97.6%، موزعة بين الحضر بـ 98,30% وبين الريف بـ 96,50% وهي متقاربة جدا ما يدل على وعي سكان الريف بضرورة هذا التسجيل لضمان حقوقهم وحقوق أطفالهم، في حين بلغت نسبة النساء غير المسجلات 1.9%.

الجدول رقم (3-10): عدد مرات الزواج:

| عدد مرات الزواج (MA7) | التكرار | النسبة المئوية |
|-----------------------|---------|----------------|
| مرة واحدة فقط | 19860 | 97.3 |
| أكثر من مرة | 550 | 2.7 |
| المجموع | 20410 | 100 |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

من خلال الجدول رقم 3-10 سنوضح عدد النساء اللاتي تزوجن مرة واحدة وهن النساء اللواتي لم يكررن الزواج في حالة طلاقهن أو ترملهن، والنساء اللواتي تزوجن أكثر من مرة وهن للنسوة اللواتي كررن الزواج عند طلاقهن أو ترملهن.

من خلال قراءتنا للجدول رقم 3-10 نلاحظ ارتفاع نسبة النساء اللواتي تزوجن مرة واحدة حيث بلغت نسبتهن 97.3%، فيما وصلت نسبة النساء اللاتي تزوجن أكثر من مرة 2.7%.

الجدول رقم (3-11): العمر عند الزواج الأول.

| النسبة المئوية | التكرار | الفئات العمرية (ma11class) |
|----------------|---------|----------------------------|
| 0.3 | 58 | 10-14 |
| 18.5 | 3683 | 15-19 |
| 41.9 | 8363 | 20-24 |
| 26.7 | 5326 | 25-29 |
| 8.7 | 1727 | 30-34 |
| 2.8 | 569 | 35-39 |
| 1.0 | 193 | 40-44 |
| 0.2 | 42 | 45-49 |
| 100.0 | 19962 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

يشير الجدول رقم 3-11 أن أعلى نسبة للعمر عند أول زواج سجلت في الفئة العمرية 20-24 سنة وقدرت بنسبة 41.9%، فيما سجلت نسبة 26.7% للنساء في الأعمار بين 25-29%، في حين بلغت اقل نسبة للنساء في الأعمار بين 40-44. كما وصلت نسبة النساء في الأعمار بين 15-19 إلى 18.5%. ومنه نستنتج أن عمر النسوة عن أول زواج قد ارتفع للفئتين العمريتين 20-24 و 25-29 سنة.

الجدول رقم (3-12): توزيع النساء حسب آرائهن من زواج الأقارب.

| النسبة | التكرار | MA14 |
|--------|---------|-----------------|
| 17.7 | 6213 | مع زواج الأقارب |
| 66.9 | 23488 | ضد زواج الأقارب |
| 14.9 | 5246 | بلا رأي |
| 0.5 | 164 | لا اجابات |
| 100.0 | 35111 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

يوضح هذا الجدول 3-12 الذي يمثل آراء المستجوبات حول أسباب ميولهن لزواج الأقارب من عدمه. حيث صرحت حوالي 70% من النساء أنهن ضد زواج الأقارب، وصرحت نسبة 17.7% من المستجوبات بأنهن مع زواج الأقارب، فيما بلغت نسبة اللاتي بدون رأي حوالي 15%، ومثلت الإجابات الناقصة 0.5% فقط.

الجدول رقم (3-13): توزيع المبحوثات حسب سبب موقفهن من زواج الأقارب.

| التكرار | ضد زواج الأقارب (MA14B) | التكرار | مع زواج الأقارب (MA14A) |
|------------------|---|-----------------|-----------------------------------|
| 12812 (%54.2) | منبع المشاكل العائلية | 3915 (%62.2) | تقوية الروابط العائلية |
| 9717 (%41.1) | منبع للأمراض الوراثية وعدم النمو الجسدي للأطفال | 1390 (%22.1) | التعايش الجيد بين الأزواج الأقارب |
| 469 (%2) | إعتراض الوالدين | 266 (%4.2) | قرار الوالدين |
| 320 (%1.4) | ضد العادات والتقاليد | 240 (%3.8) | العادات والتقليد |
| | | 171 (%2.7) | من أجل الحفاظ على الإرث |
| 83 (%0.3) | إجابة أخرى | 55 (%0.9) | إجابة أخرى |
| 149 (%0.6) | لا أعلم | 152 (%2.4) | لا أعلم |
| 71 (%0.3) | لا إجابة | 103 (%1.6) | لا إجابة |
| 23621 | المجموع | 6292 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

نلاحظ أن أغلبية النساء اللاتي كن مع زواج الأقارب كان بسبب تقوية الروابط العائلية (62.2%)، وجاء التعايش الجيد بين الأزواج الأقارب كثاني أكبر سبب عند النسبة 22.1%. في حين توزعت باقي التصريحات بين أسباب قرار الوالدين (4.2%)، العادات والتقاليد (3.8%)، الحفاظ على الإرث (2.7%). فيما بلغت نسبة المعطيات الناقصة المستوى 3%. (أنظر إلى الجدول رقم 3-13)

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

وكان منبع المشاكل العائلية السبب الرئيسي لصاحبات موقف ضد زواج الأقارب (54.2%)، فيما مثل سبب أن زواج الأقارب منبع للأمراض الوراثية وعدم النمو الجسمي للأطفال ثاني أكبر نسبة (41.1%). وبلغت باقي الأسباب 3.7% من مجموع الإجابات، في حين لم تتجاوز المعطيات الناقصة 1%.

4.2. الحالة الصحية والإنجابية للمستجوبات الحوامل:

إن النسوة المتزوجات واللاتي هن في مرحلة الحمل نجدهن يتعرضن لعدة عوامل فيزيولوجية وغيرها قد تؤثر على الحمل وتجعله خطير ممكن ينتهي بميلاد طفل ميت.

الجدول رقم (3-14): توزيع المستجوبات حسب الحمل الذي لم ينتهي بولادة حية وولادة في العامين

الأخيرين.

| التكرار والنسبة | آخر ولادة في آخر عامين (CM17) | التكرار والنسبة | حملت ولم تنته بميلاد حي (CM16A) |
|-----------------|---|-----------------|---------------------------------|
| 14720 %72,1 | لا يوجد ولادات حية في آخر عامين | 4108 %20,1 | نعم |
| 5686 %27,9 | ولادة حية واحدة أو أكثر في العامين الأخيرين | 16296 %79,9 | لا |
| 20405 | المجموع | 20404 | المجموع |
| 14706 | معطيات ناقصة | 14707 | معطيات ناقصة |
| 35111 | المجموع | 35111 | المجموع |

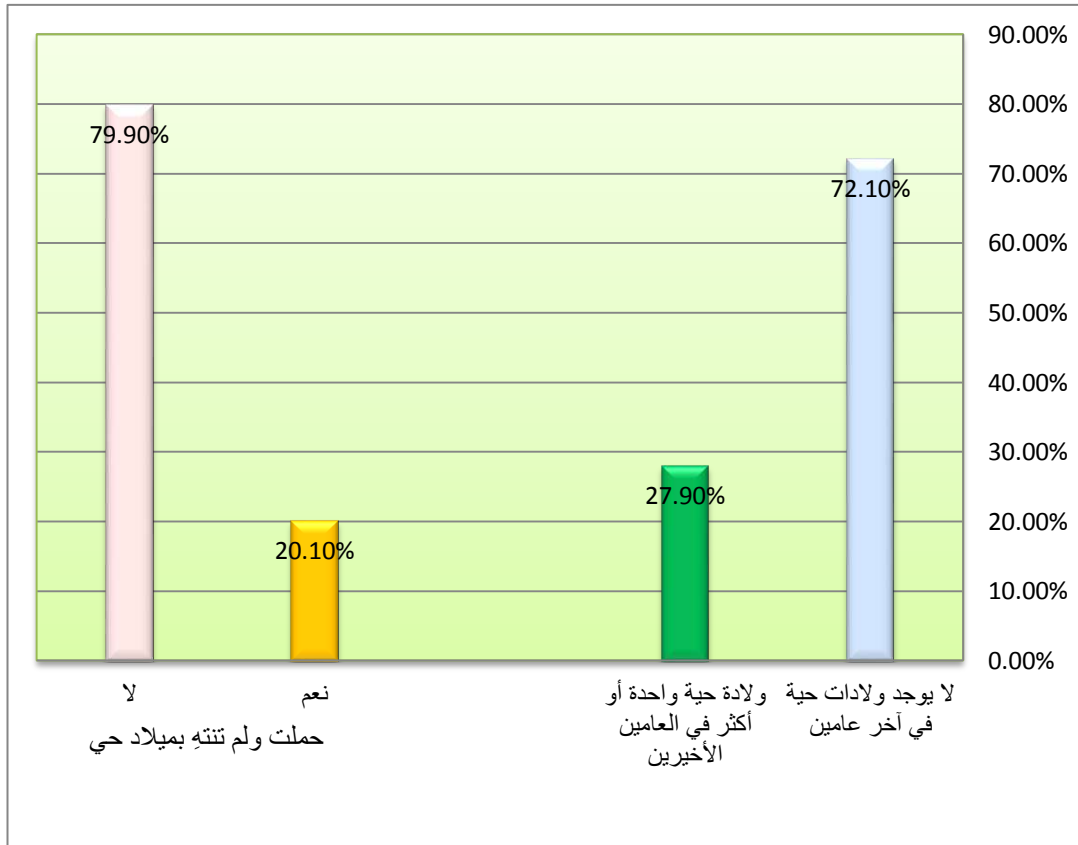
المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

نلاحظ أن الجدول 3-14 يتكون من جزئين الجزء الأول خاص بالنسوة اللاتي أجبن بنعم في حملهن الذي لم ينتهي بميلاد حي وبلغت النسبة 20.1%، هذا في حين حولت النساء اللاتي أجبن بـ لا والتي بلغت

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

نسبتهم حوالي 80% إلى السؤالين الأول الخاص بعدم وجود ولادة حية في العامين الأخيرين وبلغت نسبة كبيرة قدرت بـ 72.1%، في حين النسوة اللاتي صرحن بأن لهن ولادة حية واحدة أو أكثر في العامين الأخيرين بلغت نسبتهم بـ 27.9%.

الشكل رقم (3-4) توزيع المستجوبات حسب الحمل الذي لم ينتهي بولادة حية وولادة في العامين الأخيرين.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

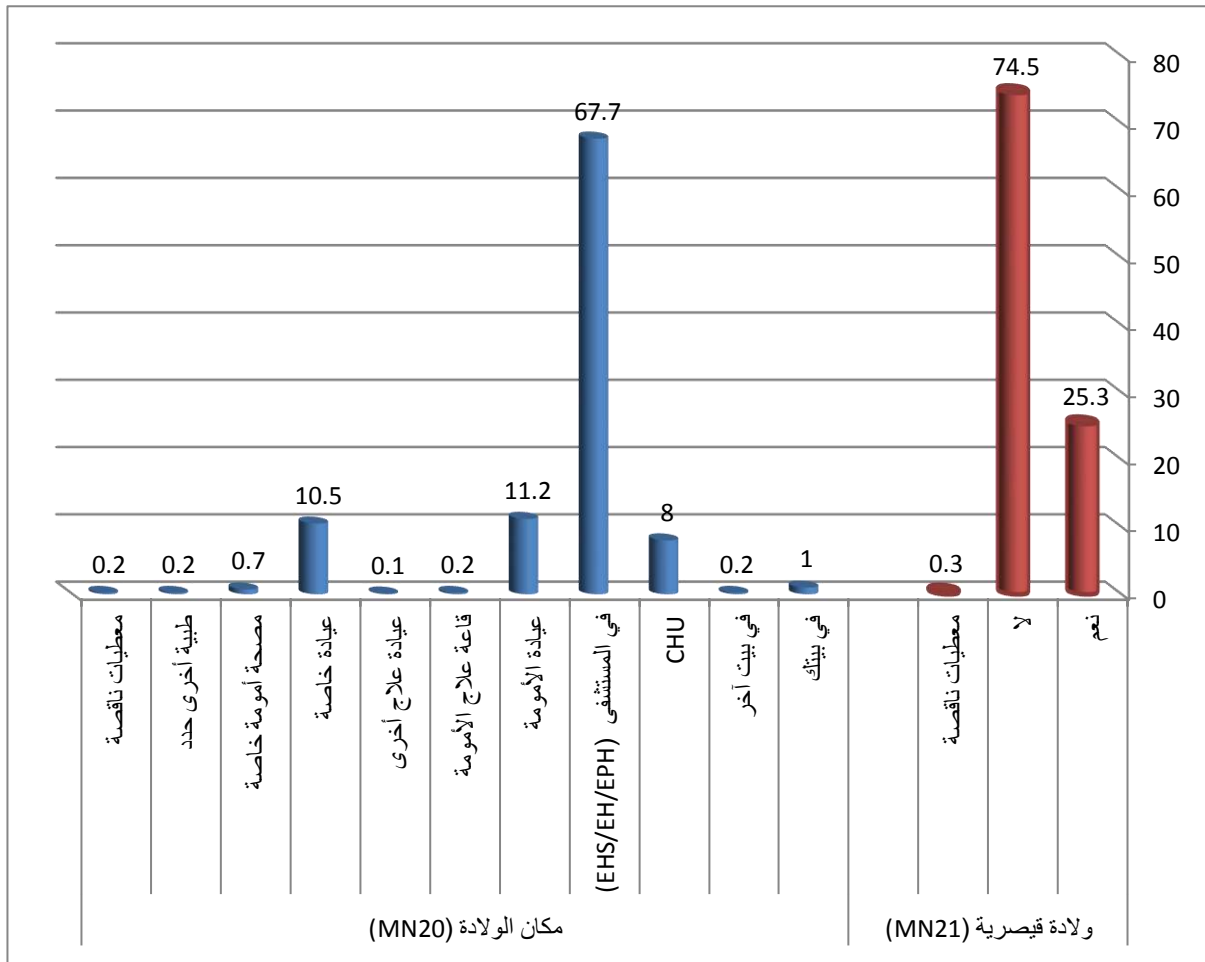
الجدول رقم (3-15): توزيع المبحوثات حسب طبيعة الولادة ومكان الولادة.

| ولادة قيصرية (MN21) | التكرار | النسبة |
|---------------------------|---------|--------|
| نعم | 1421 | 25,3 |
| لا | 4191 | 74,5 |
| بدون إجابة | 15 | 0,3 |
| المجموع | 5627 | 100,0 |
| مكان الولادة (MN20) | التكرار | النسبة |
| في بيتك | 59 | 1,0 |
| في بيت آخر | 10 | 0,2 |
| في مستشفى خاص | 456 | 8,0 |
| في المستشفى حكومي (عام) | 3858 | 67,7 |
| عيادة الأمومة | 640 | 11,2 |
| قاعة علاج الأمومة | 12 | 0,2 |
| عيادة علاج أخرى | 4 | 0,1 |
| عيادة خاصة | 596 | 10,5 |
| مصحة أمومة خاصة | 42 | 0,7 |
| طبيبات أخرى خاصة (أنكرها) | 11 | 0,2 |
| أخرى حدد | 4 | 0,1 |
| لا إجابات | 8 | 0,1 |
| المجموع | 5700 | 100,0 |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

الجدول رقم 3-15 يوضح نسبة النساء اللواتي تعرضن للولادات القيصرية وبلغت 25.3% من مجموع النساء اللاتي لديهن ولادات في الستين السابقتين للمسح كما نلاحظ أيضا أن نسبة مكان الولادة في المستشفيات كانت الأعلى بالنسبة للبقية بمقدار 67.7%، تليها نسبة النساء اللواتي وضعن مواليدهن في عيادة الأمومة بـ 11.2% وهي قريبة جدا من نسبة النساء اللواتي وضعن مواليدهن في العيادات الخاصة وقدرت بـ 10.5%.

الشكل رقم 3-5 توزيع المستجوبات حسب طبيعة الولادة ومكان الولادة



إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح العنقودي (MICS6، 2019)

المبحث الثاني: العوامل السوسيو-ديموغرافية المؤثرة في الصحة الإنجابية

إن المجتمع السكاني تتخلله مجموعة كبيرة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية وغيرها قد يكون لها تأثير

بالإيجاب أو بالسلب على الصحة الإنجابية ونذكر البعض منها فيما يلي:

1. نسبة انتشار استعمال وسائل منع الحمل بين منطقتي الحضر والريف:

إن الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل يعتبر سلوك حضاري حيث يوفر للزوجين الخيار المناسب

للتحكم بموعد البدء بإنجاب الأطفال، وعددهم، والفترة الفاصلة بين الأطفال، ومتى يجب التوقف عن الإنجاب،

كل حسب ظروفه ومقدرته، وبموافقة الزوجين معا، وضمن الإطار الصحي الذي يركز على صحة الأم والطفل معا

وفي مختلف المناطق عبر الوطن.

استجوبت النساء المتزوجات حاليا في منطقتي الحضر والريف عن استعمال إحدى وسائل منع الحمل

حيث رمزت الإجابة "نعم" بالدليل "1" والإجابة "لا" بالدليل "2" والإجابات الناقصة بالدليل "9".

أشارت مسح MICS إلى هذا المؤشر بالرمز TM.3، يحسب هذا المؤشر بقسمة عدد النساء اللاتي يستعملن

وسائل منع الحمل \ (على) مجموع النساء المتزوجات حاليا.

الجدول رقم (3-16): توزيع النساء المتزوجات حاليا حسب استعمالهن لوسائل منع الحمل.

| المجموع | وسط الإقامة | | استعمال وسائل منع الحمل | |
|---------|-------------|--------|-------------------------|-----------------------------------|
| | ريف | حضر | التكرار | نعم (المؤشر: TM.3) |
| 10314 | 4064 | 6250 | التكرار | نعم (المؤشر: TM.3) |
| %53,74 | %54,37 | %53,34 | النسبة | |
| 6814 | 2514 | 4300 | التكرار | لا |
| %35,51 | %33,64 | %36,70 | النسبة | |
| 27 | 10 | 17 | التكرار | إجابات ناقصة |
| %0,142 | %0,140 | %0,144 | النسبة | |
| 2036 | 886 | 1150 | التكرار | غير المعنيات بالسؤال (الحوامل) |
| %10,61 | %11,85 | %9,81 | النسبة | |
| 19191 | 7474 | 11717 | التكرار | المجموع |
| %100 | %100 | %100 | النسبة | |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح (MICS6)

أشارت مسح MICS إلى هذا المؤشر الخاص بمعدل انتشار وسائل منع الحمل بالرمز TM3، حيث يحسب بقسمة عدد النساء (خلال السنتين السابقتين للمسح) اللواتي يستعملن (أو أزواجهن) وسائل منع الحمل تقليدية أو حديثة \ (على) مجموع النساء المتزوجات حالياً. وبلغت نسبة هذا المؤشر الكلية بـ 53,74% توزعت بين الوسط الحضري بنسبة 53,34% وبين الوسط الريفي بنسبة 54,37%).

1.1. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر مستوى انتشار استعمال وسائل منع الحمل:

لمعرفة مدى تأثير العوامل الديموغرافية والاجتماعية على تنظيم الأسرة استخدمنا نموذج الانحدار التناهي. اعتمدنا في ذلك على المتغيرات المستقلة التوضيحية المتمثلة في وسط الإقامة (HH6)، مؤشر الثروة (windex5)، الفئات العمرية للمرأة (wage)، والمستوى التعليمي للمرأة (welevel). فيصبح النموذج على الشكل: (HH6)

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(HH6) + \beta_2(windex5) + \beta_3(wage) + \beta_4(welevel)$$

حيث :

P: هو احتمال استعمال وسائل منع الحمل.

wage: الفئات العمرية للنساء (15-49 سنة)

welevel: المستوى التعليمي للمرأة

windex5: مؤشر الثروة للأسرة

HH6: وسط الإقامة

| Variables de l'équation | B | E.S | Wald | Ddl | Sig. | Exp(B) |
|-------------------------|--------|------|---------|-----|------|--------|
| Pas 1 ^a | | | | | | |
| HH6 | .167 | .037 | 20.485 | 1 | .000 | 1.182 |
| windex5 | .046 | .014 | 11.034 | 1 | .001 | 1.047 |
| WAGE | -.135- | .011 | 153.144 | 1 | .000 | .874 |
| welevel | .048 | .014 | 11.192 | 1 | .001 | 1.050 |
| Constante | .613 | .099 | 38.123 | 1 | .000 | 1.845 |

a. Introduction des variables au pas 1 : HH6, windex5, WAGE, welevel.

من خلال مخرجات نظام تحليل البيانات (SPSS) نلاحظ أن قيمة لكل المتغيرات أقل من 0,05

(Sig=0,00<0,05) إذا هي دالة إحصائية، حيث يصبح النموذج على النحو التالي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0.613 + 0,167(HH6) + 0,046(windex5) - 0,135(wage) + 0,048(welevel)$$

ومنه نستنتج أن وسط الإقامة، مؤشر الثروة للأسرة، الفئات العمرية للمرأة والمستوى التعليمي للمرأة، تؤثر

في مستوى انتشار استعمال وسائل منع الحمل (تنظيم الأسرة) لأن مستوى دلالتهم أقل من مستوى المعنوية

0,05. إلا أن تأثير هذه المتغيرات لم يكن كبيراً حيث قاربت أسية معاملات المعامل 1. مع الإشارة إلى أن تأثير

متغير العمر كان عكسياً (كلما زاد عمر المرأة قل احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل)، في حين كان أثر متغيري

المستوى التعليمي ومؤشر الثروة طردياً (كلما زاد مستوى المرأة التعليمي أو المعيشي زاد احتمال تنظيم الأسرة)،

كما تأثر هذا الاحتمال بزيادة بسيطة كلما كان وسط الإقامة ريفياً.

2. الاستشارات الطبية خلال الحمل:

تعتبر الاستشارات الطبية حول الحمل من الأولويات الرئيسية للمرأة وذلك من أجل الحفاظ على صحتها

وصحة الجنين، لدى تسمح الاستشارات أثناء الحمل بتحسين على قدر الإمكان الرعاية اللازمة لما قبل الولادة،

والإرشاد خلال الحمل هو اجتماع مع أخصائي الرعاية الصحية (طبيب نساء أو قابلة...) من قبل المرأة خلال

الحمل، ويتضمن عموماً تشخيص لمخاطر ما لأي مضاعفات محتملة للحمل.

الجدول رقم (3-17): توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب عدد الاستشارات الطبية حول الحمل وحسب وسط الإقامة.

| المجموع | وسط الإقامة | | الاستشارات الطبية حول الحمل |
|---------------|---------------|---------------|------------------------------------|
| | الريف | الحضر | |
| 1532 | 755 | 777 | أقل من 4 مرات |
| 3979 (72.20%) | 1601 (67.95%) | 2378 (75.37%) | أربع مرات على الأقل (المؤشر: TM5b) |
| 5511 | 2356 | 3155 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح (MICS6)

وضعت أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (odd) مؤشر خاص حول عدد الاستشارات الطبية خلال فترة الحمل (3.8.1)، كما أشارت مسوح MICS إلى هذا المؤشر بالرمز TM5b، حيث يحسب بقسمة عدد النساء (لديهن ولادات حية خلال السنتين السابقتين للمسح) اللواتي قمن بالاستشارات الطبية أثناء الحمل 4 مرات على الأقل \ (على) مجموع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال السنتين السابقتين للمسح. وبلغ هذا المؤشر 72,20% (الوسط الحضري: 75,37%، الوسط الريفي: 67,95%).

1.2. تأثير العوامل السوسيو- ديموغرافية على مؤشر كفاية الاستشارات خلال الحمل:

لقياس مدى تأثير العوامل السوسيو - ديموغرافية في كفاية الاستشارات الطبية حول الحمل نستخدم لهذا الغرض نموذج الانحدار اللوجستي تنائي الاستجابة، نظرا للطبيعة الكيفية للمتغيرات المستقلة والتابعة. اعتبرنا وسط الإقامة (HH6)، المستوى التعليمي للمرأة (welevel)، مؤشر الثروة (windex5)، الفئات العمرية (wage) متغيرات توضيحية مستقلة تفسر نموذج الانحدار للمتغير التابع المتمثل في احتمال استشارة المرأة حول الحمل أربعة مرات على الأقل. فيصبح النموذج على الشكل:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(wage) + \beta_2(welevel) + \beta_3(windex5) + \beta_4(HH6)$$

حيث:

P: احتمال إجراء الاستشارات الطبية حول الحمل 4 مرات على الأقل

wage: الفئات العمرية للنساء (15-49 سنة)

welevel: المستوى التعليمي للمرأة

windex5: مؤشر الثروة للأسرة

HH6: وسط الإقامة

| Variables in the Equation | | B | S.E. | Wald | Df | Sig. | Exp(B) |
|--|------------|--------|------|--------|----|------|--------|
| Step 1 ^a | WAGE | -.153- | .026 | 35.284 | 1 | .000 | .858 |
| | welevel | .215 | .028 | 59.196 | 1 | .000 | 1.239 |
| | windex5 | .227 | .028 | 66.575 | 1 | .000 | 1.254 |
| | HH6 | -.020- | .069 | .085 | 1 | .771 | .980 |
| | Constant | .501 | .191 | 6.912 | 1 | .009 | 1.651 |
| Step 2 ^a | WAGE | -.152- | .026 | 35.291 | 1 | .000 | .859 |
| | welevel | .215 | .028 | 59.517 | 1 | .000 | 1.240 |
| | windex5 | .230 | .026 | 80.366 | 1 | .000 | 1.258 |
| | Constant | .460 | .127 | 13.030 | 1 | .000 | 1.584 |
| a. Variable(s) entered on step 1: WAGE, welevel, windex5, HH6. | | | | | | | |
| Hosmer and Lemeshow Test | | | | | | | |
| Step | Chi-square | df | Sig. | | | | |
| 1 | 10.168 | 8 | .253 | | | | |
| 2 | 8.111 | 8 | .423 | | | | |

من خلال مخرجات SPSS لنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، خرج من النموذج المتغير المستقل وسط

الإقامة (HH6) لعدم دلالة معلمته (β_4) حيث بلغت قيمة $\text{Sig} = 0,771$ وهي أكبر من درجة المعنوية 0.05

عند مستوى خطأ $\alpha = 5\%$. وهذا ما يفسر عدم تأثير وسط الإقامة على الاستشارات الطبية.

فيما بقيت المتغيرات التوضيحية الأخرى لثبوت دلالتها الإحصائية ($\text{Sig} > 0,05$). ومنه يصبح النموذج كما

يلي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0,460 - 0,152 (wage) + 0,215 (welevel) + 0,230 (windex5)$$

من هنا نستنتج أنه كلما ارتفع عمر المرأة من فئة إلى فئة أعلى ينقص لوغاريتم احتمال استشارتها (أربع مرات على الأقل)، فيما يزيد ارتفاع متغيري المستوى التعليمي ومؤشر الثروة من لوغاريتم احتمال استشارة المرأة حول الحمل 4 مرات على الأقل.

كما بلغت قيمة Exp(B) لمتغير الفئات العمرية 0,859 أي تقلص قيمة الترجيح $\left(\frac{p}{1-p}\right)$ بهذا المعامل (0,859) كلما انتقلنا من فئة عمرية إلى فئة عمرية أكبر. بمعنى كلما كان عمر المرأة كبير كلما قل احتمال استشارتها حول الحمل (4 مرات على الأقل).

في حين وصلت قيمة Exp(B) لمتغير المستوى التعليمي للمرأة 1,240، وهذا يدل على أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة يتضاعف احتمال استشارتها حول الحمل (≤ 4 مرات) بالمعامل 1,24. بمعنى أنه كلما كان مستوى المرأة التعليمي مرتفع كلما زاد احتمال استشارتها الطبية حول الحمل.

وقد بلغت قيمة Exp(B) لمتغير مؤشر الثروة المقدار 1,258 مما يفسر مضاعفة احتمال استشارة المرأة حول الحمل أربعة مرات على الأقل بالمضاعف 1,258. وبالتالي كلما ارتفع مؤشر الثروة كلما زاد احتمال استشارة المرأة الطبية حول حملها.

كما يوضح اختبار Hosmer and Lemeshow المعنوية الكلية للانحدار.

Hosmer and Lemeshow Test

| Step | Chi-square | Df | Sig. |
|------|------------|----|------|
| 1 | 10.168 | 8 | .253 |
| 2 | 8.111 | 8 | .423 |

3. ظروف الولادة تحت إشراف كادر صحي مؤهل:

في ظل الرعاية الصحية الأولية وإستراتيجية تطوير مهارات الكوادر الطبية، تعمل الجهات المختصة على توفير كل ما يلزم من معدات طبية وإطارات عليا من أجل الوصول إلى إدارة تطوير وتدريب العاملين في قطاع الصحة ليصبحوا كوادر طبية مؤهلين.

الجدول رقم (3-18): توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب

ظروف الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل وحسب وسط الإقامة

| المجموع | وسط الإقامة | | ظروف الولادة تحت إشراف كادر طبي |
|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| | ريف | حضر | |
| 69 | 44 | 25 | لا |
| 5619 (98,78%) | 2419 (98,21%) | 3200 (99,22%) | نعم (المؤشر: TM.9) |
| 5688 | 2463 | 3225 | المجموع |

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح (MICS6)

وضعت أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (odd) هذا المؤشر (تغطية الولادة تحت إشراف كادر صحي مؤهل) تحت اسم 3.1.2، ويشار إليه في مسوح MICS ب: TM.9، ويحسب هذا المؤشر بقسمة عدد النساء (لديهن ولادات حية خلال السنتين السابقتين للمسح) اللواتي وضعن تحت إشراف كادر صحي مؤهل \ (على) مجموع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال السنتين السابقتين للمسح.

وبلغ هذا المؤشر النسبة 98,78% توزعت بين 99,22% بالوسط الحضري، و 98,21% بالوسط الريفي.

1.3. تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية على مؤشر تغطية الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل:

لقياس مدى تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية على تغطية الولادات تحت إشراف مختصين صحيين مؤهلين استخدمنا نموذج الانحدار اللوجستي التناهي.

فيصبح النموذج على الشكل:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(\text{HH6}) + \beta_2(\text{windex5}) + \beta_3(\text{wage}) + \beta_4(\text{age1union})$$

حيث:

P: احتمال الوضع تحت إشراف كادر صحي مؤهل.

windex5: مؤشر الثروة.

HH6: وسط الإقامة.

wage: الفئة العمرية للمرأة.

age1union: فئة العمر عند الزواج الأول.

| Variables de l'équation | B | E.S | Wald | Ddl | Sig. | Exp(B) |
|--|----------|------|--------|-----|------|--------|
| Pas 1 ^a HH6 | -.188- | .290 | .419 | 1 | .518 | .829 |
| windex5 | .408 | .121 | 11.339 | 1 | .001 | 1.504 |
| WAGE | -.128- | .109 | 1.359 | 1 | .244 | .880 |
| ma11class | .656 | .171 | 14.686 | 1 | .000 | 1.927 |
| Constante | 2.267 | .817 | 7.705 | 1 | .006 | 9.646 |
| Pas 2 ^a windex5 | .440 | .111 | 15.618 | 1 | .000 | 1.552 |
| WAGE | -.122- | .109 | 1.247 | 1 | .264 | .886 |
| ma11class | .654 | .171 | 14.626 | 1 | .000 | 1.923 |
| Constante | 1.891 | .568 | 11.069 | 1 | .001 | 6.626 |
| Pas 3 ^a windex5 | .436 | .111 | 15.379 | 1 | .000 | 1.547 |
| ma11class | .583 | .160 | 13.244 | 1 | .000 | 1.791 |
| Constante | 1.657 | .521 | 10.102 | 1 | .001 | 5.244 |
| a. Introduction des variables au pas 1 : HH6, windex5, WAGE, ma11class | | | | | | |
| Test de Hosmer et Lemeshow | | | | | | |
| Pas | Khi-deux | Ddl | Sig. | | | |
| 1 | 16.209 | 8 | .039 | | | |
| 2 | 12.007 | 8 | .151 | | | |
| 3 | 10.434 | 8 | .236 | | | |

خرج من النموذج وسط الإقامة (HH6) لعدم دلالة معلمته (β_1) حيث بلغت قيمة Sig = 0,518

وهي أكبر من درجة المعنوية 0,05 عند مستوى الثقة $(\alpha-1)=95\%$. وهذا ما يفسر انعدام الفروق بين النساء

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

بالنظر إلى وسط الإقامة في مجال تغطية الولادات تحت إشراف كادر طبي مؤهل. كما حذف الاختبار متغير العمر لعدم دلالة معلمته ($Sig=0,264$). وبقي متغير مؤشر الثروة ومتغير العمر عند الزواج الأول.

وبالتالي يصبح النموذج على الشكل:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 1.657 + 0.436 (windex5) + 0.583 (age1union)$$

نستنتج أن كلما زاد مؤشر الثروة ارتفع لوغاريتم احتمال وضع المرأة تحت إشراف كادر صحي مؤهل.

وبلغت قيمة $\text{Exp}(B)$ لهذا المتغير 1,547 أي تتضاعف قيمة الترجيح $\left(\frac{p}{1-p}\right)$ بالمضاعف 1,547 كلما انتقلنا من طبقة لمؤشر الثروة.

كما وصلت قيمة $\text{Exp}(B)$ لمتغير العمر عند الزواج الأول 1,791، وهذا يدل على العلاقة الطردية بين العمر عند الزواج الأول والولادة تحت إشراف طبي. حيث يتضاعف احتمال هذا الأخير بالمعامل 1,791. بمعنى أن صاحبات الزيجات المبكرة (10-16 سنة) هن الآن كبيرات في السن ويكتسبن الخبرة في الولادة.

4. الولادة القيصرية بين منطقتي الحضر والريف:

تعد نوع من أنواع الولادات بحيث يقوم الجراح فيها بعملية جراحية، يتم فيها شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذر الولادة الطبيعية، ويقوم بإجرائها جراح متخصص وهو "جراح التوليد" يتم تنفيذ هذه العملية عندما تعرض الولادة الطبيعية حياة الطفل أو الأم أو صحتها معاً للخطر.

لم يدرج هذا المؤشر في أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة (odd)، وأما المسوح MICS فكان اسم المؤشر TM.10. ويعتبر هذا المؤشر نسبة النساء اللاتي لديهن ولادات قيصرية إلى مجموع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال السنتين السابقتين للمسح.

الجدول رقم (3-19): توزيع النساء اللاتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح حسب

الولادات القيصرية وحسب وسط الإقامة

| المجموع | وسط الإقامة | | الولادات القيصرية |
|---------------|--------------|--------------|---------------------|
| | ريف | حضر | |
| 1422 (25.33%) | 558 (23.11%) | 864 (27.02%) | نعم (المؤشر: TM.10) |
| 4191 | 1857 | 2334 | لا |
| 5613 | 2415 | 3198 | المجموع |

المصدر: من إعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح (MICS6)

نلاحظ أن النسبة الإجمالية للمستجوبات اللواتي لديهن ولادات حية خلال العامين السابقين للمسح

حسب الولادات القيصرية ووسط الإقامة قدرت بـ 25,33% موزعة بين الوسط الحضري بـ 27,02%، وبين

الوسط الريفي بـ 23,11%.

1.4. تأثير العوامل السوسيو - ديموغرافية على مؤشر الولادات القيصرية:

لقياس مدى تأثير العوامل السوسيو - ديموغرافية على النساء ذوات الولادات القيصرية استعملنا النموذج اللوجستي

التنائي الانحدار.

فيصبح النموذج على الشكل:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1(HH6) + \beta_2(windex5) + \beta_3(wage) + \beta_4(welevel)$$

حيث:

P: احتمال عدم إجراء العمليات القيصرية.

HH6: وسط الإقامة.

windex5: مؤشر الثروة.

wage: الفئة العمرية للمرأة.

welevel: المستوى التعليمي للمرأة

| Variables de l'équation | | B | E.S | Wald | Ddl | Sig. | Exp(B) |
|---|-----------|--------|------|---------|------|------|--------|
| Pas 1 ^a | HH6 | -.034- | .071 | .224 | 1 | .636 | .967 |
| | windex5 | -.143- | .027 | 27.508 | 1 | .000 | .867 |
| | WAGE | -.089- | .026 | 11.837 | 1 | .001 | .914 |
| | Welevel | -.077- | .028 | 7.477 | 1 | .006 | .926 |
| | Constante | 2.071 | .196 | 111.560 | 1 | .000 | 7.934 |
| Pas 2 ^a | windex5 | -.137- | .025 | 30.367 | 1 | .000 | .872 |
| | WAGE | -.088- | .026 | 11.642 | 1 | .001 | .915 |
| | Welevel | -.077- | .028 | 7.378 | 1 | .007 | .926 |
| | Constante | 2.003 | .133 | 225.945 | 1 | .000 | 7.412 |
| a. Introduction des variables au pas 1 : HH6, windex5, WAGE, welevel. | | | | | | | |
| Test de Hosmer et Lemeshow | | | | | | | |
| Pas | Khi-deux | | ddl | | Sig. | | |
| 1 | 21.130 | | 8 | | .007 | | |
| 2 | 19.047 | | 8 | | .015 | | |

يتضح لنا من خلال مخرجات برنامج SPSS خروج وسط الإقامة (HH6) من النموذج، لان معلمته (β_1) غير دالة إحصائيا ($0,636 = Sig < 0,05$). وبقيت متغيرات كل من مؤشر الثروة، الفئة العمرية للمرأة، المستوى التعليمي للمرأة لدالاتهم الإحصائية، حيث أخذت Sig قيمة أقل من مستوى المعنوية 0.05 في كل الحالات. وبهذا يصبح النموذج من الشكل التالي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 2.003 - 0.137 (windex5) - 0.088(wage) - 0.077(welevel)$$

وهذا يعني انه كلما ارتفعت مستويات المتغيرات المذكورة قلت احتمالات عدم وقوع الولادات القيصرية. غير أنه لم يكن تأثيرهم كبير حيث تراوحت أسية معلماتهم (Exp(B)) بين 0,9 و 1 (≈ 1).

5. مناقشة الفرضيات:

الفرضية الأولى: يحقق انتشار استعمال وسائل منع الحمل مستوى مقبول مع تأثير العمر مؤشر الثروة والمستوى التعليمي ووسط الإقامة.

بعد معالجة معطيات المتغيرات المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل، توصلنا إلى نسبة انتشار بلغت 53.74% توزعت بين 53.34% بالوسط الحضري و 54.37% بالوسط الريفي، وتعتبر نسبة الانتشار هذه مقبولة إلى حد ما.

وبعد إجرائنا لاختبار تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية لهذا المؤشر باستخدام نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، تبين التأثير البسيط لكل من متغير المستوى التعليمي ومؤشر الثروة ووسط الإقامة وعمر المرأة.

الفرضية الثانية: كفاية التغطية الطبية لمتابعة الحمل مقبولة مع تأثرها بالعوامل الاجتماعية.

بعد معالجتنا للبيانات المتعلقة بمتابعة الحمل حددنا قيمة المؤشر عند المستوى 72.20% (تقرير المسح: 69,8%). قد يرجع تحقيق هذا المستوى إلى الجهود المبذولة من طرف الدولة في تقوية البنية التحتية في مجال الصحة، مع تقليص الهوة بين الوسط الحضري والريفي، وتقليل التفاوت بين جهات ومناطق البلاد. يعتبر المستوى التعليمي للمرأة دليلا على ثقافتها ووعيها حول صحتها وصحة جنينها، مما يزيد في عدد مرات استشاراتها الطبية حول الحمل (المؤشر: TM5b).

كما أثر مؤشر الثروة على كفاية الاستشارات الطبية حول الحمل، قد يرجع ذلك إلى أن كلما كانت الحالة المادية للمرأة حسنة كلما تلاشى العائق المادي (التكلفة)، مما يزيد في عدد استشاراتها الطبية.

وجاء تأثير متغير العمر بالسالب بمعنى أنه كلما كان عمر المرأة كبير كلما قل احتمال استشارتها حول الحمل (4 مرات على الأقل).

الفصل الثالث عرض البيانات وتحليل النتائج

الفرضية الثالثة: تغطية الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل جيدة مع افتراض تأثير نؤشر الثروة للأسرة ووسط الإقامة.

بلغت تغطية الولادات تحت إشراف طبي مؤهل مستوى جيد جدا، حيث حقق المؤشر القيمة 98,78% (الحضر: 99,22%، الريف: 98,21%).

كما أظهرت نتائج هذا العمل تأثيرا طرديا محسوسا لمتغيري العمر عند الزواج الأول ومؤشر الثروة للأسرة. قد يعود هذا لضرورة الإشراف الطبي المؤهل لولادات النساء المتزوجات مبكرا، إلى جانب كون الحالة المادية للأسرة تلعب دورا في تمكين المرأة من الوضع تحت إشراف طبي مؤهل.

الفرضية الرابعة: مستوى مؤشر الولادة القيصرية بسيط مع تأثيره الطفيف ببعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية.

بلغ مؤشر الولادة القيصرية (TM.10) عند مستوى 25,33% (حضر: 27.02%، ريف: 23.11%)، وهذا يعني أن كل امرأة من بين أربعة نساء تضع مولودها بعملية قيصرية.

أثر في هذا المؤشر كل من متغير العمر والمستوى التعليمي وثروة الأسرة، حيث زاد ارتفاع مستوى هذه المتغيرات زيادة بسيطة في احتمال إجراء الولادات القيصرية. قد يرجع هذا لاعتبارات قيمة بحيث تتجه غالبية النساء الميسورات إلى الولادة بالعيادات الخاصة، إذ تكثر بهذه الأخيرة الولادات القيصرية لاعتبارات مادية.

خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بجمع المعطيات من بعض المصادر الإحصائية المختلفة المتاحة، منها المسح MICS6، التي تتناول دراسة أحوال السكان في وقت معين بما في ذلك توزيعهم الجغرافي كما تناولنا أهم الجوانب والمؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية، ثم عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات والتعليق على النتائج المتوصل إليها، انطلاقاً من الجداول المستخرجة من برنامج SPSS.22 باستعمال اختبار اللوجستي ثنائي الانحدار لتحديد تأثير بعض المتغيرات السوسيو-ديموغرافية فيها.

كما توصلنا إلى أن الجزائر حققت مستويات مقبولة إلى حد كبير لمختلف المؤشرات الموجودة في المسح MICS6 والمتعلقة بالصحة الإنجابية. وقد اخترنا أربعة منها وقمنا بحسابها للتأكيد ولمعرفة كيفية حسابها والمتمثلة في المؤشرات التالية:

- (1) مؤشر (TM.3) لاستعمال وسائل منع الحمل.
- (2) مؤشر (TM5b) الخاص بالاستشارات الطبية حول الحمل
- (3) مؤشر (TM.9) الخاص بظروف الولادة تحت إشراف كادر طبي.
- (4) مؤشر (TM.10) للولادات القيصرية.

خاتمة

خاتمة:

تعاين النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة أكثر من غيرهن، ولا يزال المجال الصحي، وخاصة الصحة الإنجابية، حيث تسعى كل الدول والحكومات إلى تمكين السكان من الخدمات الصحية الأولية، خاصة ما يتعلق برعاية الأمومة والطفولة، من خلال إنجاز بنية تحتية صلبة من هياكل ومنشآت قاعدية، وموارد بشرية مؤهلة، وإعداد البرامج الوطنية الموجهة لهذه الفئة، والحرص على ضمان توفير الجودة في تقديم الخدمات الصحية.

يعتبر قطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي تعمل الجهات الفاعلة على تطويرها وتحسين خدماتها تتبعها قطاعات أخرى مثل التعليم من حيث التوعية والمعلومات والحوكمة الرشيدة للسياسات العامة التي تؤثر على القطاع، وكذلك تنمية موارد الصحة وتوزيعها العقلاني على الرقعة الجغرافية للبلاد مع الإنصاف بين الوسطين الحضري والريفي، وجاءت هذه الدراسة محاولة للكشف عن وضعية الصحة الإنجابية. لذا حاولنا في دراستنا تحت عنوان واقع الصحة الإنجابية في الجزائر حسب معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 (MICS6) معرفة أهم المتغيرات السوسيو-ديموغرافية التي تؤثر في صحة الأم والطفل، خاصة بعد تطور المعدات الطبية، البشرية، الاجتماعية والاقتصادية في مجال الصحة، التي عرفتها الجزائر في نهاية الألفية الماضية، وبداية الألفية الحالية واعتمدنا على جملة من المؤشرات التي تعتبر بمثابة توجيهات لمعرفة وجهة هذا التغيير والتطور.

لمعالجة هذا الوضع الذي يؤدي إلى تفاقم ضعف المرأة فيما يتعلق باعتلال الأم والطفل والصحة الجنسية ومتابعة الحمل، من المهم أن تحشد جميع الجهات الفاعلة في المجتمع التي تتدخل في مجال الصحة بشكل مشترك نحو الهدف الوحيد المتمثل في تحسين صحة الأم والطفل لتحقيق الأهداف المحددة مستقبلا في إطار أهداف التنمية المستدامة.

قائمة المصادر
والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

الكتب:

1. الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)، الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية - مفتاح المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2020.
2. العكروف علي، الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة، دار الأيام للنشر والتوزيع، 2016، عمان، ط1.
3. جونز هوكينز وآخرون، الكتيب العالمي لمقدمي الخدمة، تنظيم الأسرة الجديد في أساسيات تكنولوجيا منع الحمل، تعاون دولي، 2007
4. دليل حقوق الطفل، الجزائر 2015، يونسيف
5. سهاونة فوزي، جغرافية السكان، دار وائل للنشر الأردنية، الطبعة الثانية، 2007.
6. صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، دار الفكر، عمان، الطبعة الأولى، 2009.
7. فتيحة تركي، الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، ط3، 2004

المذكرات:

1. باللودمو شيماء، العوامل الديمغرافية، الإجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الرضاعة الطبيعية، دراسة ميدانية على عينة من الأمهات لبلدية تقرت 2020، مذكرة ماستر أكاديمي، جامعة ورقلة، 2020، ص 16.
2. تمزوت بلحول، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيو-اقتصادية (دراسة حالة بلدية غليزان)، مذكرة ماجستير 2013/2012.

3. درديش أحمد، الرعاية الصحية للأمهات في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة سعد دحلب، البليلة.
4. دودو نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة، دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس بسطيف، مذكرة ماجستير، 2011/2010.
5. سواكري خديجة، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه، تخصص ديموغرافيا، 2019-2020.
6. قصوري حورية، تطور الخصوبة في الجزائر. دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2013-2013، مذكرة الماجستير، جامعة ورقلة، سنة 2018-2019، ص14.
7. موسى خديجة علاوين، الصحة الإنجابية للمرأة في برنامج التلفزيون الأردني، رسالة الماجستير، الجامعة الأردنية، ماي 2002.
8. واجي بوجمعة، مستويات وتوجهات الخصوبة في الجزائر، دراسة حالة بلدية أدرار، مذكرة ماجستير، جامعة السانبا وهران 2013-2014.

المجلات:

1. مجلة العلوم الاجتماعية - المركز الديمقراطي العربي ألمانيا - برلين، العدد 04، جوان 2018 .
2. لزغد راضية وبوخالفة رفيق، واقع الصحة الانجابية للمرأة الجزائرية دراسة ميدانية على عينة من المريضات بعدة مستشفيات جزائرية، مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والانسانية، جامعة جيجل، المجلد 2، العدد 7، جوان 2019.
3. فيصل عبد الكريم، واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي تونس والمغرب، جامعة وهران، العدد 23، مارس 2016.

المقالات والمحاضرات:

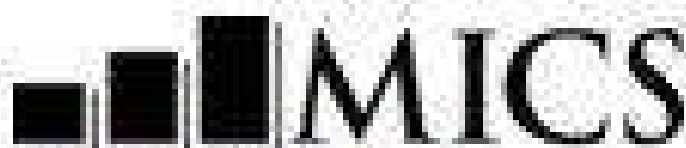
1. بن زيان إيمان، واقع أداء النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية-
2. عدنان سليمان، سوسيولوجيا الثقافة السكانية، دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا، مجلة جمعة دمشق، المجلد 16، العدد الثاني، 2000.
3. قنيفة نورة وآخرون، الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي، في المجتمع الجزائري، 21-22 أبريل 2014، جامعة الطارف، بعنوان: مقارنة تحليلية للثقافة الانجابية الذكورية وانعكاساتها على الوضع الصحي للمرأة في المجتمع الحضري الجزائري، دراسة مدينة أم البواقي.
4. أبركان مریم، السياسة الصحية في الجزائر بين الواقع والتنمية، جامعة قالمة
5. بن بعطوش أحمد عبد الحكيم، الصحة الأسرية وقضايا البيئة ونمط المعيشة، من نت يوم 20 مارس 2021، على الساعة 20:00.

مراجع باللغة الأجنبية

- 1- AARDES. Enquete socio-démographique, laregulation des naissance, vol 5, Alger, 1970, p81.

الملاحق

REPUBLIQUE ALGERIENNE
DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE



LE MONDE DEVELOPPEMENT PARTENARIAT

ALGERIE

Enquête par grappes à indicateurs
multiples [MICS]
2019

Rapport final des résultats

Décembre, 2020

Ministère de la Santé,
de la Population et de la
Réforme Hospitalière



unicef 

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|-------|----|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| TM.4 | planification familiale ²³ | 3.8.1 | UN | leurs besoins satisfaits en planification familiale avec des méthodes modernes | 66,2 | 64,6 | 68,7 | 60,6 | 60,3 | 77,7 | 76,2 | 70,8 | 75,7 | 53,3 |
| TM.5a | | | | Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années qui ont été suivies durant leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante : | | | | | | | | | | |
| TM.5b | Couverture des consultations prénatales | 3.8.1 | MN | (a) au moins une fois par un personnel de santé qualifié | 95,3 | 95,9 | 94,4 | 98,4 | 94,3 | 90,8 | 93,6 | 97,3 | 88,7 | 95,2 |
| TM.5c | | | | (b) au moins 4 fois par n'importe quel personnel/service de santé | 69,8 | 73,5 | 65,0 | 78,8 | 77,8 | 58,9 | 61,0 | 71,7 | 47,2 | 63,9 |
| | | | | (c) au moins 8 fois par n'importe quel | 13,8 | 15,7 | 11,3 | 16,6 | 14,5 | 9,2 | 12,6 | 17,8 | 6,9 | 10,0 |

²³Voir les plans de tabulation MICS pour une description détaillée.

| INDICATEURSMICS | 20 ODD | 21 Module | 22 Définition | Total | Milieu de résidence | | Espace de programmation Territoriale | | | | | | | |
|-----------------|-----------|--------------|--|-------|---------------------|-------|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|--|
| | | | | | Urbain | Rural | NC | NE | NO | HPC | HPE | HPO | SUD | |
| | | | personnel/service de santé | | | | | | | | | | | |
| TM.6 | | MN | Pourcentage de femmes de 15-49 ans avec une naissance vivante dans les 2 dernières années qui ont eu une prise de tension, ont donné des échantillons d'urine et de sang durant leur dernière grossesse qui a abouti à une naissance vivante | 73,7 | 74,8 | 72,3 | 76,5 | 92,2 | 53,1 | 55,6 | 83,4 | 59,5 | 76,5 | |
| TM.7 | | MN | Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les 2 dernières années qui ont reçu au moins 2 doses de vaccin antitétanique dans l'intervalle de temps approprié avant la naissance la plus récente | 46,4 | 45,6 | 47,4 | 48,0 | 59,5 | 38,3 | 20,5 | 47,4 | 44,9 | 53,9 | |

ملخص الدراسة:

تعتبر حياة النسوة الإنجابية والحفاظ على صحتهم من بين أهداف السياسات التنموية لجميع الدول فالمرأة هي النواة الأساسية في المجتمع لذا فالحفاظ على صحتها قبل وأثناء وبعد الحمل يعد من أولويات المنظمات الصحية لتحقيق الرعاية الكاملة للمرأة. وذلك بالعمل على تحسين هذه الظاهرة بتوفير الإرشادات الصحية والبرمجية ووضع معايير عالمية، كما يعمل النظام الجزائري على توفير العلاج بأقل التكاليف وأكثر نجاعة. وتهدف دراستنا لتحديد تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الديموغرافية، الثقافية، الصحية والنفسية لواقع الصحة الإنجابية لدى النسوة للفئة العمرية 15-49 سنة، بحيث توصلنا إلى:

وجود تأثير بسيط لكل من متغير المستوى التعليمي ومؤشر الثروة ووسط الإقامة وعمر المرأة. أن المستوى التعليمي للمرأة يدل على ثقافتها ووعيها حول صحتها وصحة جنينها. كما أنها كلما تكبر في السن تقلل من الاستشارة الطبية. ومنه الحالة المادية للأسرة تمكن المرأة من الوضع تحت إشراف طبي مؤهل. كما تبين أن إجراء الولادات القيصرية. قد يرجع ذهاب النسوة إلى العيادات الخاصة من اجل الولادة.

الكلمات المفتاحية: الصحة الإنجابية - الخصوبة - تنظيم الأسرة - الولادة القيصرية - الحمل عند النساء.

Résumé de l'étude :

La vie reproductive des femmes et la préservation de leur santé font partie des objectifs des politiques de développement dans tous les pays du monde. Les femmes sont considérées comme le noyau de base de la société, c'est pourquoi le maintien de leur santé avant, pendant et après la grossesse est une priorité pour les organisations de santé afin d'assurer une prise en charge complète des femmes. En travaillant pour améliorer ce phénomène, des directives, une programmation et des normes internationales en matière de santé doivent être fournies, et le système algérien s'efforce de fournir un traitement au coût le plus bas et le plus efficace. Notre étude vise à déterminer l'impact des facteurs sociaux, économiques, démographiques, culturels, sanitaires et psychologiques sur la réalité de la santé reproductive chez les femmes de la tranche d'âge 15-49 ans, de sorte que nous avons atteint :

Il y a peu d'effet pour chacune des variables du niveau d'éducation, de l'indice de richesse, du moyen de résidence et de l'âge de la femme. Le niveau d'instruction d'une femme indique sa culture et sa conscience de sa santé et de celle de son fœtus. De plus, plus vous vieillissez, moins vous obtenez de conseils médicaux. La prise en compte de la situation financière de la famille permet à une femme d'accoucher sous contrôle médical qualifié. Il a également été constaté que les accouchements par césarienne. Les femmes peuvent se rendre dans des cliniques privées pour accoucher.

Mots clés : santé reproductive - fécondité - planning familial - césarienne - grossesse chez la femme.