جامعة قاصدي مرباح_ ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم: علم الإجتماع والديموعرافيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: الديمغرافيا

التخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية

من إعداد الطالبة: زقعيط إيمان

بعنوان

تاثير العوامل السوسيوديموغرافية على المتابعة الصحية للمرأة الحامل بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

بتاريخ: 2021/06/20

لجنة المناقشة:

الأستاذ طلباوي الحوسين	أستاذ محاضر (ب)	رئيسا
الأستاذة بن نور صابرة	أستاذة مساعد (أ)	مشرفا
الأستاذة قوارح يمينة	أستاذة محاضر (ب)	مناقشا

سنة: 2021-2020

جامعة قاصدي مرباح_ ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم: علم الإجتماع والديموعرافيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: الديمغرافيا

التخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية

من إعداد الطالبة: زقعيط إيمان

بعنوان

تاثير العوامل السوسيوديموغرافية على المتابعة الصحية للمرأة الحامل بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

بتاريخ: 2021/06/21

لجنة المناقشة

الأستاذ طلباوي الحوسين	أستاذ محاضر (ب)	رئيسا
الأستاذة بن نور صابرة	أستاذة مساعد (أ)	مشرفا
الأستاذة قوارح يمينة	أستاذة محاضر (ب)	مناقشا

سنة الجامعية: 2020_2021

الإهداء

بعد تمام العمل، لاشيء أجمل من الحمد فالحمد لله وشكر لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه وكما ينبغي لجزيل فضلى وعظيم إحسانه على ما أنعم به علي إتمام هذا البحث المتواضع.

ثم إنه لا يسعني الا أن أشيد الفضل وأقر بالمعروف، وأولى الناس بالشكر هما الأبوان لما لهما من فضل مايبلغ عنان السماء وأطال الله في عمرهما والى أخوتي وأخواتي الذين تقاسمو معي عبء الحياة

كما أهدي ثمرة جهدي لأستاذتي المشرفة بن نور صابرة والى كل أساتذة القسم علم الأجتماع والديموغرافيا .

كما اتوجه بخالص شكري وتقديري لرفيقات دربي هناء حوامدي وفريال قيرع. والى زملائي في دراسة الذين أشهد لهم بأنهم نعم الرفقاء في جميع الأمور، وجزيل شكر الى كل من مد لي يد العون من قريب أو بعيد

الفهرس

إهداء

الفهرس

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة عامة..... أ

الجانب النظري لدراسة

الفصل الأول: الجانب المنهجي لدراسة

I. الإشكالية..... 14

II. فرضيات الدراسة..... 15

III. أهداف الدراسة..... 16

IV. أهمية وأسباب إختيار الموضوع..... 16

V. تحديد المفاهيم..... 16

VI. الدراسات السابقة..... 17

الفصل الثاني: الرعاية الصحية للمرأة الحامل

- تمهيد..... 21

I. الصحة الإنجابية والمرأة الحامل..... 22

1_الصحة الأنجابية..... 22

1_1. مفهومها..... 22

1_2. مؤشرات الصحة الإنجابية..... 23

2_تطور معدّل وفيات الأمهات..... 26

2_1. وفيات الأمهات في العالم..... 26

2_2. وفيات الأمهات في العالم العربي..... 28

2_3. وفيات الأمهات في الجزائر..... 28

II. المتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 30

1_المتابعة المرأة الحامل..... 30

1_1. المتابعة المرأة قبل الحمل..... 30

1_2. المتابعة المرأة أثناء الحمل..... 31
1_3. المتابعة المرأة أثناء الولادة..... 32
1_4. المتابعة المرأة بعد الولادة..... 33
2_العومل المؤثرة في المتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 34
2_1. العوامل الاجتماعية..... 34
2_2. العوامل الديموغرافية..... 35
- خلاصة الفصل..... 37

الجانب التطبيقي للدراسة

الفصل الثالث: عرض البيانات وتحليل النتائج

- تمهيد..... 39
I. الأجراءات المنهجية لدراسة الميدانية..... 40
1. مصادر جمع المعطيات 40
2. المسح عنقودي متعدد المؤشرات..... 40
3. مجالات الدراسة..... 40
4. عينة الدراسة..... 41
5. البرامج والاختبارات الاحصائية المستعملة..... 41
6. صعوبات الدراسة..... 41
II. عرض البيانات وتحليل النتائج..... 42
1. خصائص أفراد العينة..... 42
1_1. توزيع الأمهات حسب سن المرأة عند الولادة 42
1_2. توزيع الأمهات حسب جنس المولود الجديد..... 43
1_3. توزيع الأمهات حسب رتبة المولود..... 43
1_4. توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي..... 44
1_5. توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية..... 45
1_6. توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة..... 45
1_7. توزيع الأمهات حسب التقسيم الجغرافي..... 46
2. المتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 47
2_1. توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة..... 47
2_2. توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية..... 48
2_3. توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة..... 48
2_4. توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة..... 49
3. العوامل المؤثرة في المتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 49

3_1. سن المرأة عند الولادة والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 50
3_2. جنس المولود الجديد والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 54
3_3. رتبة المولود والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 58
3_4. المستوى التعليمي والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 62
3_5. الوضعية المهنية والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 66
3_6. مكان الإقامة والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 70
3_7. التقسيم الجغرافي والمتابعة الصحية للمرأة الحامل..... 74
III. النتائج العامة..... 78
- المصادر والمراجع..... 79
- الملاحق..... 82

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.2	تطور نسب وفيات الأمهات في العالم من سنة 1990الى 2008	26
2.2	تطور نسب وفيات الأمهات في البلدان العربية من سنة 2006 الى 2017	28
3.2	تطور نسب وفيات الأمهات في الجزائر من 1898 الى 2008	28
4.2	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الإستشارات قبل الولادة	29
2.5	النساء اللواتي تلقين استشارة واحدة على الأقل قبل الولادة إعتمادا على مكان الأقامة	31
6.2	تطور نسب تلقى النساء الحوامل للرعاية قبل الولادة	31
7.2	نسبة النساء مابين 15_49 سنة ولادن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب الكادر الذي ساعد في الولادة إعتمادا على المستوى التعليمي	32
8.2	التوزيع النسبي للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15_49 سنة وأنجبن خلال العامين الماضيين السنوات السابقة للمسح حسب الشخص الذي يقدم المساعدة أثناء الولادة إعتمادا على السن	33
9.2	النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15_49 سنة وأنجبن في أخر عاميين وولدن حسب زيارات الرعاية مابعد الولادة إعتمادا على الأقاليم الجغرافية	34
10.2	تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة	34
11.2	يلخص نسب النساء اللاتي لم يتلقين متابعة طبية خلال حملهن الأخير حسب رتبة المولود	36
1.3	توزيع الامهات حسب سن المرأة عند الولادة	42
2.3	توزيع الأمهات حسب جنس المولود	43
3.3	توزيع الامهات حسب رتبة المولود	43
4.3	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي	44
5.3	توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية	45
6.3	توزيع الأمهات حسب مكان الأقامة	45
7.3	توزيع الأمهات حسب تقسيم الجغرافي	46
8.3	توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة	47
9.3	توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية	48
10.3	توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة	48
11.3	توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة	49

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1.2	تقديرات نسب وفيات الأمهات في العالم من سنة 1990 الى 2008	27
2.2	تطور وفيات الأمهات في الجزائر	29
3.2	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الأستشارات قبل الولادة	29
1.3	توزيع الامهات حسب سن المرأة عند الولادة	42
2.3	توزيع الأمهات حسب جنس المولود	43
3.3	توزيع الامهات حسب رتبة المولود	43
4.3	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي	44
5.3	توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية	45
6.3	توزيع الأمهات حسب مكان الأقامة	45
7.3	توزيع الأمهات حسب تقسيم الجغرافي	46
8.3	توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة	47
9.3	توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية	48
10.3	توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة	48
11.3	توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة	49
12.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب سن الأم عند الولادة.	51
13.3	توزيع الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب سن الأم عند الولادة	52
14.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة	53
15.3	توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة	54
16.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب جنس المولود الجديد	55
17.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب جنس المولود الجديد.	56
18.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد.	57
19.3	توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد	58
20.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب رتبة المولود.	59
21.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب رتبة المولود.	60
22.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب رتبة المولود	61
23.3	توزيع مكان رقابة صحة الأم حسب رتبة المولود	62

24.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب المستوى التعليمي	63
25.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب المستوى التعليمي	64
26.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب المستوى التعليمي	65
27.3	توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب مستوى التعليمي	66
28.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب الوضعية المهنية	67
29.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب الوضعية	68
30.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب الوضعية المهنية	69
31.3	توزيع رقابة الأم بعد الولادة حسب الوضعية المهنية	70
32.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب مكان الأقامة	71
33.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب سن مكان الأقامة.	72
34.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب مكان الأقامة	73
35.3	توزيع مكان رقابة صحة الأمبعد الولادة حسب مكان الإقامة	74
36.3	توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي	75
37.3	توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي:	76
38.3	توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب تقسيم الجغرافي	77
39.3	توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب تقسيم الجغرافي	78

تمثل القضايا السكانية اهتماما كبيرا في جميع دول العالم، نتيجة لطرح قضاياها على المستوى الدولي فأخذت إهتمام وبعدا سياسيا خاصة بعد انعقاد المؤتمر الدولي الخاص بالتنمية والسكان"بوخاريست 1974 ."على سبيل المثال، تولي المنظمات الدولية والهيئات الحكومية موضوع الصحة الإنجابية اهتماما كبيرا .تعترف جميع المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية بحق المرأة في الصحة.كرس المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة (1994) هذا الحق وزاده أهمية بالتركيز على موضوع الصحة الإنجاب.

بات موضوع المتابعة الصحية يحظى بإهتمام كبير في دول العالم والجزائر لكثرة معدلات الخصوبة، ومعدلات وفيات الأمهات، وتعتبر المتابعة الصحية للمرأة ضرورية لتمكينها من التمتع بالصحة الجبدة أثناء فترتي الحمل والولادة وما بعدها، وهي من بين التحديات التي تواجها الشعوب التي تسعى إلى ترقيتها وحمايتها من خلال تحسين إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الكافية وضمان ولادة بدون مخاطر، ولهذا تسعى دول العالم والدول النامية على وجه الخصوص إلى ترقية صحة الأمومة، وعلى الرغم من المجهودات البذولة إلا أن الولادات المنزلية لا تزال متكررة بنسبة 45% في عام 2018 في غينا، بالإضافة الى ذالك في المناطق النامية إستفادت ب63% من النساء الحوامل من أربعة استشارات أو أكثر قبل الولادة في عام 2017، تتراوح بين 51% من النساء الحوامل في إإفريقيا و88% في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحرالكاريبي، وفي عام 2006 لم تبلغ الولادات التي تمت بمساعدة قابلة مستوى كبير، ففي البلدان النامية وصل إلا 60% تقريبا، وبالتالي يمكن استنتاج أن 50 مليون إمرأة من النساء اللائي وضعن أحمالهن في بيوتهن لم يستفيدن من مساعدة عاملين صحيين، وتتراوح نسبة التغطية بين 34% في أفريقيا و93% في أمريكا الجنوبية، وفي بيرو استفادت 87% من الحوامل من الحوامل من أربعة فحوص من فحقص السابقة للولادة على الأقل، بينما لم تتجاوز نسبة التغطية بتلك الخدمات في إيثيوبيا 12% ولمعرفتنا لأهمية موضوع الرعاية وما يترتب عن ذلك من تأثير على صحة الأم، أردنا أن نبحث في هذا الموضوع لمعرفة واقع الرعاية الصحية للمرأة الحامل أثناء وبعد فترة الحمل ومدى تأثير العوامل السيوسيوديموغرافية في متابعة الأم لحملها في الجزائر.

وقد تم تقسيم هذا العمل إلى ثلاثة فصول كما يلي:

الفصل الأول: يشمل الأطار المنهجي للدراسة، والذي يضم إشكالية البحث و فرضيات العمل، بالإضافة إلى وضع أسباب الدراسة و تحديد أهم المفاهيم ، وكذا بعض الدراسات التي ساعدتنا في توضيح بعض جوانب الدراسة.

وإلقاءفي الفصل الثاني نظرة على تطور معدل وفيات الأمهات والصحة الانجابية للمرأة الحامل وكذارعايتها الصحية، مع ذكر أهم العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة فيها.

الفصل الثالث: وهو الفصل التطبيقي، وقد تطرقنا من خلاله إلى الإجراءات المنهجية للجانب الميداني، حيث أبرزنا فيه مجالات الدراسة، وعرض وتحليل الجداول الإحصائية وتفسيرها على ضوء فرضيات الدراسة بغرض إثباتها أو نفيها.

وإختمنا بحثنا هذا بخلاصة تضم أهم النتائج المتوصلة إليها وقائمة لأهم المصادر والمراجع المعتمدة في إنجاز هذا العمل.

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول:

الجانب المنهجي للدراسة

I.الإشكالية:

أولت الجزائر إهتمام كبيرة ال المرأة والصحة، وبالخصوص ما يتعلق بالصحة الإنجابية فهي تعتبر من الأولويات الوطنية في مجال الصحة والسكان ككل، فالتمتع بالصحة الإنجابية والجنسية من الضروريات الأساسية للأفراد والأزواج والأسر والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للأفراد والأمم حيث يعتبر موضوع الرعاية الصحية مسالة بالغة الاهمية وقد كان محل انشغالات علمية وعالمية والمحلية باختبار الام من الفئات الحساسة في المجتمع ،وهناك بعدة أسباب تقف وراء عدم إستفادة النساء من خدمات الرعاية الصحية التي يحتجنها قبل والولاة وخلالها وبعدها، فقد تفتقر بعض المناطق الالريفية الى عاملين الصحيين او لخدمات الرعاية، وقد تفتقر النساء في حالات أخرى، الى فرص الوصول الى المرافق الصحية نظرا لعدم وجود وسائل النقل أو عدم قدرتهن على تحمل التكاليف النقل أو تكاليف الخدمات الصحية، وتعتبر هذه الأسباب عوامل سوسيوديموغرافية التي تجعل المرأة تواجه صعوبات في المتابعة الصحية لها،و تتمثل في المتسوى التعليمي وعمر المراة ومكان الاقامة وعمل المراة, فالمستوى التعليم له دور كبير باعتماد على معطيات المسح سنة 2012، نجد ان نسبة النساء بدون مستوى اللواتي يتابعن الطبيب هي 76% لترتفع النسبة عند النسوة ذواتي مستوى الإبتدائي لتصل الى 84.8% ويتواصل الارتفاع بالنسبة للنساء ذوات المستوى المتوسط والثانوي بالنسب على التوالي 85.2 و 87.2 %، حتى يصل الى اعلى نسبة عند النسوة ذوات المستوى الجامعي 91.7% التي تفوق النسبة العامة التي تبلغ 84.8%، كما ان مكان الاقامة لا يقل تاثيره عن المستوى التعليمي فالمراة التي تقطن في الريف بعيدة عن المستشفى احيانا لايتوفر لديها النقل مما يجعلها تواجه صعوبة في المتابعة فبالاعتماد على معطيات المسح نرى ان قيام النسوة باربع زيارات فاكثر خلال الحمل التي يقمن في المناطق الحضرية 72.3% هي اكبر من نسبة النساء اللواتي يقمن في المناطق الريفية و بالنسبة لتلقي النسوة لتلقيح التيتانوس خلال الحمل الاخير النسبة النساء في وسط الحضري اكبر من الوسط الريفي حيث نسبة النساء في الحضري 60% اما الريف 53%، وايضا بالنسبة لعمر المراة له اثر في المتابعة الصحية فنسبة قيام النسوة باربع زيارات فاكثر خلال فترة الحمل ذوات السن اقل من 20 سنة هي اكبر نسبة تقدر ب 74.3 %وتقل النسبة لتصل الى 68.4% الفئة العمرية بين 20_34 وتتواصل في الانخفاض عند الفئة العمرية 35_49 تقدر ب63.3%. ومن خلال معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات نسبة المقيمات في ابلشمال، 44% الواتي يجرين الاستشارة في مستشفى عام اما اللواتي في الخاص نسبتهن 51%، أما اللواتي يقمن في الجنوب ف65% يجرين في قطاع العام، و36% في الخاص.وأيضا بالنسبة لمكان الأقامة فاللواتي يقمن في الحضر 50% منهن يبعدن عن مركز الاستشارة ب 2كلم و30% منهن يبعدن مابين 2_5 كلم و20%

يبعدن أكثر من 5 كلم، أما بالنسبة للواتي يقمن في الريف 8% يبعدن على مركز الاستشارة باقل من 2 كلم و23% منهم يبعدن بين 2_5 كلم و 69% يبعدن أكثر من 5كلم.

من خلال المعطيات السابقة وماذكرناه نطرح الاشكالية التالية: ماهو اثر العوامل السيسيوديموغرافية على المتابعة الصحية للمراة الحامل في الجزائر ؟

التساؤلات:

1_هل يؤثر عمر المراة عند الولادة على المتابعة الصحية للمراة الحامل؟

2_هل يؤثر جنس المولود الجديد على المتابعة الصحية للمراة الحامل؟

3_هل تؤثر رتبة المولود على المتابعة الصحية للمراة الحامل ؟

4_هل يؤثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية للمراة الحامل؟

5_هل تؤثر الحالة المهنية على المتابعة الصحية للمراة الحامل؟

6_ هل يؤثر مكان الأقامة على المتابعة الصحية للمراة الحامل؟

7_هل يؤثر تقسيم الجغرافي على المتابعة الصحية للمرأة الحامل؟

II. فرضيات الدراسة:

1_يؤثر عمر المرأة عند الولادة على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

2_يؤثر جنس المولود الجديد على المتابعة الصحية للمرأة الحامل.

3_تؤثر رتبة المولود على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

4_يؤثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

5_تؤثر الحالة المهنية على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

6_يؤثر مكان الأقامة على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

7_يوثر التقسيم الجغرافي على نتابعة الصحية للمراة الحامل.

III. أهداف الدراسة:

_معرفة مجمل العوامل السيسيوديموغرافية التي ثاثر على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

_دراسة العوامل السيسيوديموغرافية المؤثر على المتابعة الصحية للمراة الحامل.

_معرفة نسب وفيات الامهات واسبابها.

IV. أهمية وأسباب إختيار الموضوع:

لدراسة اهمية في الاحاطة بالجوانب المتعلقة بالرعاية الصحية للحوامل.وتحسين الوضع الصحي للمراة الحامل، وللولادة في ضروف امنة .وهناك العديد من الاسباب في اختيار هذا الموضوع من بينها مايلي:

_لاهمية هذة الدراسة وشعوري بوجد مشكلة والاهتمام بدارسة في هذا المجال.

_كثرة وفيات الامهات اثناء الولادة لقلة اتباع الرعاية الصحية لهن

_ظهور العديد من الامراض لنساء الحوامل ومشاكل بعد الولادة

_ظهور فئة كبير من النساء ينجبن أولادهن عن طريق الولادة القيصرية.

_ اثراء مكتبة العلوم الانسانية والاجتماعية بمواضيع من هذا المجال

V. تحديد المفاهيم:

1_تعريف الصحة:

فقد عرفت الصحة بانها حالة الايجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض او العجز.[1]

2_تعريف الرعاية الصحية:

هي مجموع الخدمات والاجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الاساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع افراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وإنتشارها

[1] _سواكري خديجة، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15_49 سنة، سنة 2020/2019، ص22

3_ تعريف الرعاية الصحية الانجابية:

مجموعة من الاساليب والطرق والخدمات التي تساهم في الصحة الانجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الانجابية وحلها, وهي تشمل ايضا الصحة الجنسية التي ترمي الى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لامجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالانجاب والامراض الجنسية

4_الرعاية الصحية للمرأة الحامل:

وهي الوصول الأم والجنين إلى تمام الحمل بسلام من خلال الفحوص الدورية التي تركز على التثقيف للحامل بما يخص كافة التغيرات المتعلقة بالحمل والرضاعة بالإضافة إلى الفحص الطبي الشامل الذي يهدف إلى كشف الحمول عالية الخطورة وإزالتها عند للزوم لتلقي الرعاية الصحية اللازمة.[2]

VI. الدراسات السابقة:

1_الدراسة الاولى :الدراسة بعنوان الرعاية الصحية للمراة الحامل وعلاقتها بالعوامل الديمو اقتصادية، لنيل شهادة الماستر في جامعة قاصدي مرباح سنة 2018 , وهي دراسة ميدانية على عينة من النساء الحوامل بالمصلحة الاستشافئية للام والطفل خليل عبد الوهاب بمدينة ورقلة سنة 2018 ,قامت بها الطالبة يعقوب خديجة.

حاولت الدراسة الاجابة على التساؤلات التالية :

هل يؤثر سن الام على المتابعة الصحية لحملها؟

هل يؤثر وسط الاقامة على المتابعة الصحية لمراة الحامل ؟

هل يؤثر دخل الامهات على المتابعة الصحية؟

اهداف هذه الدراسة هي محاولة معرفة العوامل التي تحول دون القيام العديد من الامهات بالمتابعة الصحية والاحاطة بالجوانب المتعلقة بها .ومعرفة اهمية المتابعة الصحية للمراة الحامل

بهدف تحقيق هذه الدراسة قسمت الباحثة هذا العمل الى محاور رئيسة منها الفصل الاول الجانب المنهجي تناولت فيه مجموعة من العناصر من بينها التعاريف الاجرائية منها العومل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية, ومن ثم الفصل الثاني الذي تحدث عن الرعاية الصحية للمراة الحامل في الجزائر, والفصل الاخير قامت باخذ العينة واستعمال الاساليب الاحصائية للوصول الى النتائج

[2] _لمكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية السورية، سوريا، 2001-2002 ،ص121

التنتائج الدراسة : يؤثر كل من السن ورتبة الحمل والمستوى التعليمي ودخل الامهات ووسط الاقامة ودخل الازواج على المتابعة الصحية.

استفدنا من هذه الدراسة في وضع خطة البحث

2_الدراسة الثانية:

الدراسة بعنوان التطور الصحي وتاثيرة على الصحة الانجابية للام. دراسة ميدانية على عينة من الامهات ببلدية الرويسات ولاية ورقلة من 2003_2014 لنيل شهادة الماستر, قامت بها الطالبة قربوعة مليكة سنة 2014

حاولت الدراسة الاجابة على الاسئلة التالية:

_كيف اثرت الخدمات الصحية المتوفرة بمراكز الامومة ببلدية الرويسات في اقبال النساء عليهن.

_كيف اثرت الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى المراكز الامومة في الاهتمام النساء بصحتهن الانجابية ببلادية الرويسات

هل تهتم الخدمات الصحية بالجانب النفسي للام ببلدية الرويسات؟

تهدف هذه الدراسة في محاولة معرفة مدى تاثير الخدمات الصحية المتوفرة بمراكز الامومة ببلدية الرويسات في اقبال النساء عليهن واهتمام النساء بصحتهن الانجابية, ومدى اهتمام الخدمات الصحية بالجانب النفسي للام ببلدية الرويسات. بهدف تحقيق هذه الدراسة قسمت الباحثة هذا العمل الى محاور رئيسة منها الفصل الاو ل الجانب المنهجي تناولت فيه مجموعة من العناصر من بينها التعاريف الاجرائية منها الام والصحة الانجابية والرعاية الصحة الانجابية والامومة الامنة ,ومن ثم الفصل الثاني الذي تحدث عن التطور الصحي في الجزائر, وفي الفصل الاخير قامت باخذ العينة واستعمال الاساليب الاحصائية للوصول الى النتائج .

نتائج الدراسة:

أن إقبال الامهات على المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات في تحسن ملحوظ خلال سنوات العشر الاخيرة، تذهب أغلب الامهات للمراكز والعيادات حسب حاجتهم الضرورية إلى ذلك.

ساعدتنا في بناء خط الجانب النظري

4_الدراسة الثالثة :

بعنوان الرعاية الصحية للأمهات الحوامل في فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة، قامت ا الباحثة بوحفص سمية وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، وقد تمت سنة 2011-2012 ،وهي دراسة ميدانية لعينة من الأمهات اللواتي يتراوح سنهن مابين (15-49 سنة, من دائرة عين صالح ولاية تمنراست.

أما عن أهداف هذه الدراسة فقد تلخصت فيما يلي:

_ محاولة الكشف عن مدى تأثير مكان الإقامة على متابعة الأمهات الجزائريات عامة والصحراويات خاصة للر عاية الصحية

_محاولة التعرف عن مدى تأثير نمط الأسرة على تلقي الأمهات الرعاية الصحية

_ محاولة معرفة دور المركز الاجتماعي في إلتزام الأمهات على تلقي الرعاية الصحية

أما عن نتائج هده الدراسة فقد تمثلت فيما يلي:

_إن مكان الإقامة للأمهات الحوامل له تأثير واضح في سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية المتاحة, وهي عامل هام في تحديد نوع الرعاية الصحية المتبعة خاصة أثناء الحمل وأثناء عملية الولادة وبعدها وقد وجد نسبة 8.88 %من الأمهات اللاتي يقطن في وسط المدينة وقد قمن بالرعاية الصحية أثناء حملهن الأخير مقابل 6.61 %من الأمهات اللاتي قمن بالرعاية الصحية خلال حملهن الأخير إلا أن يقطن في ضواحي المدينة

_ نوع الأسرة له تأثير على تلقي الأمهات الرعاية الصحية فقد وجد نسبة 2.43 %من الأمهات اللاتي قمن بمتابعة صحية وهن يقطن مع أسرة نواوية مقابل 0.50 %من الأمهات اللاتي يقطن في أسرة ممتدة.

استفدن منها من خلال بناء خط الجانب النظري

الفصل الثاني:
المتابعة الصحية للمرأة الحامل

تمهيد

تعتبر المتابعة الصحية للأم أثناء الحمل الوسيلة الفعالة لحماية الأم من المضاعفات التي يمكن أن تحدث لها بسبب الحمل والولادة والنفاس، ولها أهمية كبيرة في الحفاظ على صحتها وصحة جنينها وذلك بتوفير الظروف الصحية السليمة للتقليل من الأمراض التي ترافق الحمل والتي لها تأثير على صحة الأم والطفل. كما تعتبر من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات ومعدلات وفيات حديثي الولادة ونسب مواليد ناقصي الوزن حسب تقارير منظمة الصحة العالمية. وهناك عوامل تأثر على المتابعة الصحية لها وهي منها إجتماعية وديموغرافية. سوف نرى في هذا الفصل الصحة الأنجابية للمرأة العامل ومتابعة الصحة لها وبعض العوامل التي تأثر في المتابعة الصحية لها.

I. الصحة الإنجابية والمرأة الحامل:

1_الصحة الانجابية:

1_1مفهومها:

يبدو واضحا متى ومن مهد للتعبير عن مفهوم الحصة الانجابية, فقد بدا بالظهور بنشرات مختلفة, وبصورمتقطعة في بداية السبعينات، الا انه لم يحصل على الاهتمام العالمي والتاييد الا بعد تبلور السياسات الديموغرافية في اواخر الثمانينات" ابو جورج, 1996م" وزادا هذا الاهتمام في التسعينات بعد ان شد المؤتمر السكان والتنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994م انظار العالم الى الحقوق الجنسية والانجابية للمراة, وتم التشديد على هذا الالتزام في مؤتمر بكين سنة 1995م، لذلك فهو يعد من المفاهيم الحديثة نسبيا، والتي مازال الكثير من الغموض يلقها "جمعية تنظيم الاسرة,1998"

ولتقديم تعريف لمفهوم الصحة الانجابية للمراة فانه لابد من اعطاء تعريف شامل ومعترف به, حيث هناك تعريفات عدة للمختصين والباحثين في مجال الصحة، وتعريف اقرته منظمة الصحة العالمية، وفيما يلي ابرز التعريفات:

التعريف الاول : عرفت دكسون ميلر، 1993م، الصحة الانجابية للمراة " بانها الحماية والسلامة من الحمل غير المرغوب فيه وانهائه وكذلك الحماية من الممارسات الانجابية الضارة, وكذلك توفير المعلومات واتاحة الفرصة لاختيار وسيلة منع الحمل المناسبة والمرضية، واخيرا مساعدة المراة على المرور بتجربة حمل ووضع امنة".

التعريف الثاني:

عرف محمد الحريبيع 1996م، الصحة الانجابية للامهات (بانها حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعي التي يجب ان تتمتع بها الام خلال سنوات الانجاب وان تكون قادرة على اتخاذ القرار في مسالة الحمل بغض النضر عن الامراض المتعلقة بالجهاز الانجابي ومخاطرها).

التعريف الثالث:

وهو التعريف الذي اقره المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي عقد في القاهرة سنة 1994م،حيث عرف الصحة الانجابية على انها،(حالة من الرفاه كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الامور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته, وليست مجرد السلامة من المرض او الاعاقة, ولذلك تعني الصحة الانجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية ومرضية ومامونة وحريتهم في تقريرالانجاب وموعده) .[1]

من خلال التعريفات السابقة نجد ان مفهوم الصحة الانجابية للمراة تمثل الرعاية الصحية لها اثناء الحمل وعند الولادة, وبتنظيم الأسرة، كما أن التعريف الذي أقره المؤتمر جاء ليشمل الرجل والمرأة على السواء، لذا فقد أستقرت هذه الدراسة على

[1] _خديجة موسى علاوين، الصحة الأنجابيةللمرأة في برامج التلفزيون الأرجني، لنيل شهادة الماستر سنة 2002، ص 16

التعريف التالي: :(بأنها قدرة المرأة على العيش خلال سنوات الإنجاب وماقبلها وبعدها وهي تتمتع بحرية الأختبار في مسألة الأنجاب في جو من الأحساس بالكرامة، ويحمل ناجح بعيدا عن أمراض النساء ومخاطرها).

2_1. مؤشرات الصحة الإنجابية:

يمكن ان تكون المؤشرات الصحية ادوات لتقييم الحالة الصحية من السكان وخاصة حالة صحتهم الانجابية,لذلك هناك حاجة اليها لتقدير الاحتياجات،ورصد فعالية تنفيد البرامج ذات الصلة بالصحة الانجابية وتقييم أثر البرامج على المستوى الوطني ودولي

2.1.أ.وفيات الامهات:

وفقا لمنظمة الصحة العالمية، تعرف بانها "وفاة امراة اثناء الولادة او الحمل او خلال 42 يوم من انهائه، بغض النظر عن المدة والمكان لأي سبب يحدده الحمل أو الرعاية التي حفزها، ولكن ليس عرضيا ".

_نسبة وفيات الأمهات:

التعريف:عدد وفيات الامهات لكل مئة ألف ولادة حية. يقيس المؤشر خطر وفاة النساء بسبب المضاعفات

طريقة الحساب (الطريقة المباشرة

$$\text{نسبة وفيات الأمهات (RMM)} = \frac{\text{عدد الوفيات اثناء الحمل والولادة والنفاس في العام}}{\text{عدد المواليد في نفس العام}} \times 1000000$$

1.2.ب_نسبة مراضة الامهات:

التعريف:نسبة غير متزوجات في سن الانجاب اللواتي يعانين من امراض النساء مثل "النزيف المهبلي، التهابات عنق الرحم و سرطان الثدي...." يساعد هذا المؤشر المديرين على معرفة المعلومات فيما يتعلق بمراضة الامهات.[1]

من أجل الادارة المناسبة للسكان المعنية.

طريقة الحساب:

[1]_ nadjat kadi. Sante reproductive et pauvrete en algerie،these en de lobtention du titre de docteur en demographic 2013 page16.

عدد النساء غير متزوجات في سن الإنجاب المصابات بالمرض

نسبة مراضةالأمهات (MM)=_____×100

إجمالي عدد النساء غير المتزوجات وفي سن الأنجاب

2.1.ج_النسبة المئوية لاستشارات ماقبل الولادة:

التعريف: نسبة المتزوجات للاتي يتلقين رعاية ماقبل الولادة مرة واحدة على الاقل من طاقم مدرب لاخر ولادة حية حدثت خلال الخمس سنوات السنوات السابقة للمسح . هذا المؤشر هو مقياس سريع ومفيد للصحة ووفيات الامهات عندما يكون من الصعب الحصول على معلومات عن وفيات الامهات واعتلال الامهات.

تهدف هذه الاستشارة الى علاج الامراض والمضاعفات اللتي تحدث اثناء الحمل. الوقاية من الوفيات والامراض النفاسية والجنين . وتعزيز صحة الامهات والأطفال.[1]

عدد النساء المتزوجات اللواتي يتلقين رعاية ماقبل الولادة على الأقل

بعد آخر ولادة حية في خمس السنوات الماضية

النسبة الإستشارات ماقبل

الولادة(cprenatale)=_____×100

إجمالي عدد النساء المتزوجات اللواتي لديهن طفل واحد على الأقل

1.2.د_ معدل الولادات بالمساعدة:

التعريف: هو نسبة الولادات التي تمت اعانة أمهاتهم من اجلها أثناء الولادة من قبل أخصائي صحي، يساعدنا هذا المؤشر في معرفة ما اذا كانت تتم جميع عمليات التسليم في بيئة بمساعدة موظفين مؤهلين. هذا يسمح بانقاذ حياة الام والطفل.

طريقة الحساب : أ_من بيانات الحالة المدنية والامومة لكل عام:

عدد الولادات في مستشفيات الولادة في سنة معينة

TTA=_____× 100

عدد الولادات المسجلة في السجل المدني في سنة معينة

[1] _ المرجع نفسه ص17

ب_بناءا على بيانات من استطلاع

عدد الولادات في السنوات الخمس الأخيرة التي ولدت فيها أمهاتهم

من قبل أخصائي صحي

$$TTA = \frac{\text{عدد الولادات في السنوات الخمس الأخيرة التي ولدت فيها أمهاتهم من قبل أخصائي صحي}}{\text{مجموع المواليد الأحياء خلال نفس الفترة}} \times 100$$

1.2.هـ_نسبة الاستشارات مابعد الولادة:

تعريف:نسبة المتزوجات اللاتي يتلقين الرعاية مابعد الولادة من اطاقم تم تدريبهم على آخر ولادة حية في السنوات الخمس الماضية قبل المسح. هذا المؤشر هومقياس سريع ومفيد لصحة الأم عندما يكون كذلك من صعب الحصول على معلومات عن وفيات الامهات واعتلال الامهات.

تهدف هذه الاستشارة الى علاج الامراض أو المضاعفات التي تحدث بعد الولادة والوقاية من الوفاة واعتلال الامهات.[1]

طريقة الحساب :

عدد المتزوجات اللواتي يتلقين رعاية بعد الولادة آخر ولادة

حية حدثت خلاخمس السنوات الماضية التي سبق المسح

$$\text{نسبةالاستشارةمابعدالولادة} = \frac{\text{عدد المتزوجات اللواتي يتلقين رعاية بعد الولادة آخر ولادة حية حدثت خلاخمس السنوات الماضية التي سبق المسح}}{\text{إجماالي عدد النساء اللواتي طفل واحد على الأقل}} \times 100$$

[1]_ نفش تهميش السابق ص 18

2_ تطور معدل وفيات الأمهات:

يهدف المجتمع الدولي إلى تحسين الصحة الإنجابية على الصعيد العالمي، بخفض معدل وفيات الأمهات، غيرأنه لم يتمكن من تحقيق هذه الأهداف، خاصة في بلدان النامية، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية، وفيات الامهات على النحو التالي:"وفاة كل أمرأة أثناء الحمل، أو الولادة أو خلال 42 يوما من الإنتهاء من الحمل، بغض النظر عن المدة أو المكان، لأي سبب من الأسباب المرتبطة أو المتفاقمة من الحمل ومعالجته، لكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية".

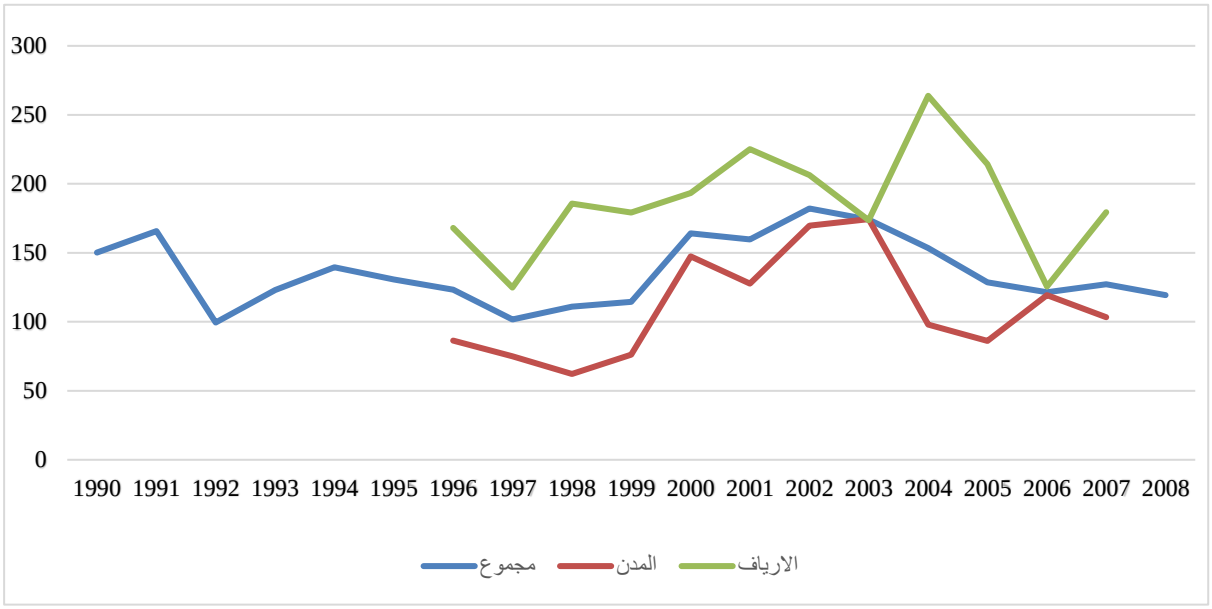
2_1. وفيات الامهات في العالم: سنحاول في هذا العنصر عرض جدزل تطور وفيات الامهات في العالم

الجدول رقم(1.2): تطور نسب وفيات الأمهات بالألف في العالم من سنة 1990 الى 2008.

الفترة	المجموع	المدن	الارياف
1990	150.1	/	/
1991	165.8	/	/
1992	99.5	/	/
1993	123.1	/	/
1994	139.5	/	/
1995	130.7	/	/
1996	123.3	86.4	168.1
1997	101.8	75	124.8
1998	110.9	62.2	185.6
1999	114.4	76.1	179.1
2000	164	147.5	193.4
2001	159.7	127.7	225.1
2002	182.1	169.6	206.4
2003	174.1	174.4	173.6
2004	153.5	98.1	263.8
2005	128.5	86.2	214.2
2006	121.4	119.4	125.6
2007	127.3	103.4	179.4
2008	119.3	/	/

مصدر: الأحصاءات الصحية العالمية، منظمة الصحة العالمية، سنة 2009. ص48

الشكل رقم (1.2): تطور نسب وفيات الأمهات في العالم من سنة 1990 الى 2008



المصدر: منجز من معطيات الجدول رقم (1.1).

نلاحظ من خلال المنحنى تذبذب اي انخافض وارتفاع في مجموع الوفيات الامهات في العالم، ونرى انه اقل قيمة كانت سنة 1992 بنسبة 99,5 بالالف، وأعلى قيمة كانت سنة 2002 بنسبة 182.1 بالالف .

اما بالنسبة لمنحنى ووفيات الامهات في المدن والارياف نرى ان منحنى وفيات الامهات في المدن اسفل منحنى وفيات الامهات في الارياف اي أنه نسب وفيات في المدن اقل من الارياف، وهناك تذبذب في كلى المنحنيين حيث كانت اقل قيمة في معدلات وفيات الأمهات في سنة 1992 لكل من الأرياف والمدن بقيمة 75 بالمئة في المدن و124,8 بالمئة في الارياف، أما بالنسبة لأعلى قيمة في وفيات الأمهات في المدن و الأرياف هي أيضا كانت في نفس السنة وهي سنة 2003 بقيمة 174,4 بالمئة في المدن و 173,4 في الارياف وهي قيمتين متقاربتين جدا، وبعد سنة 2003 نرى شبة تعاكس في كل من معدلات وفيات الامهات في الأرياف والمدن .

2_2. وفيات الأمهات في العالم العربي: سنحاول في هذا العنصر عرض جدزل تطور وفيات الامهات في العالم العربي

جدول رقم(2.2): تطورنسب وفيات الأمهات في الدول العربية بالألف بين سنتي 2006 الى 2017

البلدان	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
العالم العربي	211	201	188	180	174	167	163	157	156	153	152	49
الامارات	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3
مصر	50	47	45	45	45	42	42	40	39	39	38	37
قطر	11	11	11	10	10	10	10	10	10	9	9	9
تونس	49	47	47	46	46	46	46	46	46	46	45	43
سورية	26	26	26	27	28	28	29	31	31	31	31	30
فلسطين	58	56	53	50	54	42	40	36	37	32	29	27
المغرب	121	113	106	99	92	86	81	78	76	74	72	70
ليبيا	55	53	52	53	53	57	55	58	63	70	73	72
الكويت	10	10	10	10	10	10	11	11	11	11	12	12
الاردن	58	56	55	54	53	52	52	51	49	48	47	46
البحرين	24	16	18	19	18	15	18	17	15	15	15	14
العراق	158	138	90	75	70	67	66	75	92	83	78	79

المصدر:مجموعة البنك الدولي

يمثل الجدول وفيات الأمهات في مجموعة من البلدان العربية بدلالة السنوات (2006_2017)، حيث نلاحظ أغلبية الدول العربية هناك تناقص ضئيل في معدلات وفيات الأمهات. تتراوح بين 158 بين 4كانت أعلى نسبة في العراق بالألف 158 والأمارات 4 بالألف

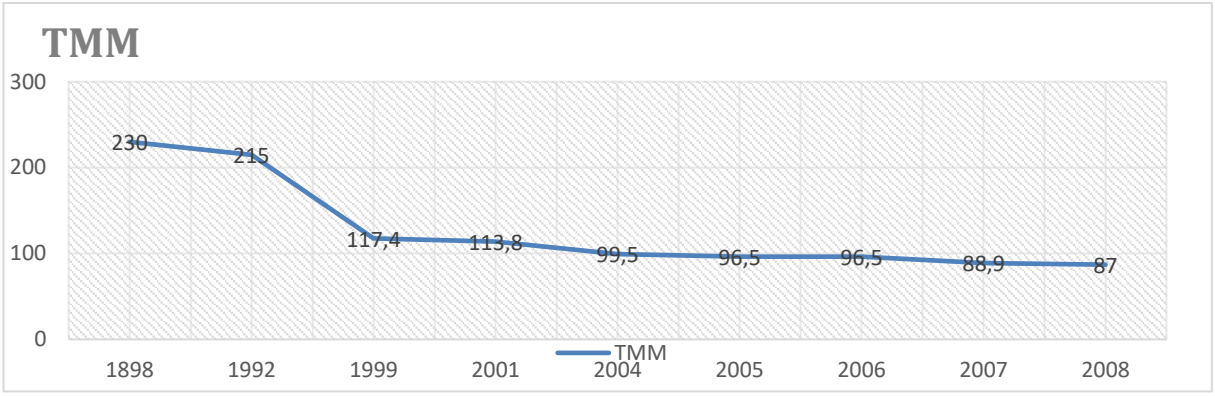
2_3. وفيات الامهات في الجزائر: سنحاول في هذا العنصر عرض جدزل تطور وفيات الامهات في الجزائر

جدول رقم(3.2):تقديرات نسب وفيات الأمهات بالأف في الجزائر بين سنة 1898 الى 2008

سنوات	1898	1992	1999	2001	2004	2005	2006	2007	2008
TMM	230	215	117.4	113.8	99.5	96.5	96.5	88.9	87

مصدر: فيصل عبد الكريم، بن زايد ريم، واقع الصحة الأنجابية للمرأة في الجزائر،،مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية،العدد 23 سنة 2016، ص 169.

الشكل رقم(2.2): تطور وفيات الأمهات بالألف في الجزائر



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول(3.2).

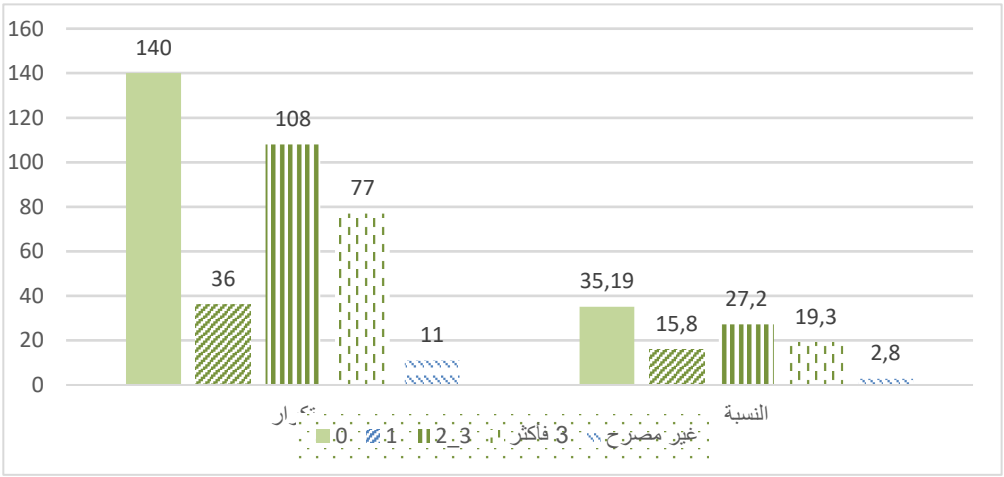
نلاحظ انخفاض مستمر طيلة السنوات غير ان هناك سنوات فيها انخافض كبير وسنوات اخرى انخاف ضعيف، حيث انه من سنة 1992 الى 1999 هناك انخافض كبير، اما في باقي سنوات الاخرى هناك انخافض ضعيف.

جدول رقم(4.2): توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الأستشارات قبل الولادة.

عدد الاستشارات	0	1	3_2	أكثر من 3	غير مصرح
تكرار	140	63	108	77	11
النسبة	35,19	15,8	27,2	19,3	2,8

مصدر:louadi tayeb.evolution de la mortalite en algerie,2012 page 103

شكل رقم(3.2):توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الأستشارات قبل الولادة.



المصدر: منجز بناءا على معطيات الجدول رقم(4.1).

من خلال الجدول (1.4) يتبين لنا ان أكبر نسبة كانت للنسوة اللواتي لم يقمن باي زيارة قبل الولادة بنسبة 35,19% وتكرارهن 140أم، ويليه النسوةالواتي قمن بعدد استشارات بين 2_3 استشارات بنسبة 27,1% وتكرارهن 108أم، ومن ثم نسبة النساء الواتي قمن بأكثر من 3 زيارات بنسبة 19,3% وتكرارهن 77أم, واصغر نسبة كانت للنسوة الواتي قمن بزيارة واحدة قبل الولادة بنسبة 15,8% وتكرارهن 63أم.

II. المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

1_رعاية المرأة الحامل:

تعتبر الرعاية الصحية للمراة الحامل من اهم الاولويات التي توليها المجتمعات اهمية كبرى،كما لها اثار ايجابية على تقدم الرعاية الصحية بشكل عام، ان المتابعة الصحية يجب ان تشمل فترة ماقبل الحمل، ثم فترة الحمل، ثم اثناء الولادة ومابعد الولادة.

1_1. رعاية المرأة قبل الحمل:

تتمحور أهمية الرعاية للمراة قبل الحمل في أنها تهيئها فيما بعد لعملية الحمل والأنجاب,كذلك تجنبها الكثير من الاخطار التي قد تواجهها في هذه الفترة,لدلك فهي فترة توعية وتوجيه يتم من خلالها تثقيف الفتاة من أجل التركيز على أهمية التربية الصحية، أضافة الى التركيز على أهمية أجراء الفحص الطبي قبل الزواج للحفاظ على صحتها من العديد من الأمراض، كما تمتد هذه التوعية لتشمل أختبار السن المناسب للزواج بحيث يجب عدم التبكير أو التاخير فيه، لان لسن المراة عند الحمل الاول اثر على صحتها، فالفتاة الصغيرة والتي يقل سنها عن الثامنة عشرة كسن الخامسة عشرة مثلا، وفي حال تعرضها للحمل المبكر تكون عرضة لعدة امراض منها ارتفاع ضغط الدم وتعسر المخاض.

اما الانجاب في سن متاخر 35 سنة فأكثر، قد ترافقه مضاعفات منها تسمم الحمل وضعف الولادة وعد تناسقها.[1]

[1] _نهال حمزة عبد الرحمن أبو أيوب، مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين الفترة2004_2013، سنة 2015، لنيل درجة الماجستر في الجغرافيا بكلية الدراسات العلية في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين، سنة 2015، ص64.

1_2.الرعاية اثناء الحمل:

تعتبر المتابعة الصحية اثناء الحمل فرصة لكشف المشاكل الصحية .وذلك لزيادة تثقيفهمن بالجوانب الصحية المتعلقة بالحمل والولادة . كذلك زيادة توعية بالاهتمام بتغذيتهم، فمن الضروري ان تكون فترة الحمل عند المراة فترة صحي وسعادة لضمان سلامتها. فبمجرد شعور الام باحمل يجب عليها مراجعة الطبيب او التسجيل في احد مراكز الامومة لاجراء فحوصات دورية منتظمة, لكشف المشاكل الصحية المصاحبة للحمل والمضاعفات التي قد تترتب عليها ممايساعد في الحد منها ومن تفاقمها،وتكون المراجعة كل 4 اسابيع مرة, حتى تصل مدة الحمل الى 32 اسبوع, بعدها تصبح الزيارة مرة كل اسبوعين . حتى تبلغ فترة الحمل 36 اسبوع، حتى يحين موعد الولادة, خلال هذه المراجعات يراقب وزن الام وضغط دمها.[1]

الجدول رقم (5.2) : النساء اللواتي تلقين إستشارة واحدة على الأقل قبل الولادة إعتمادا على مكان الاقامة

الخصائص	اقل من 2 كلم	مابين 2_5 كلم	أكثر من 5 كلم
حضر	12	22	62
ريف	61	27	12

المصدر: معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2000

نرى من خلال الجدول أن نسبة النساء الواتي تلقين استشارة، في الحضر كلما زادت المسافة بين مكان الاقامة والمستشفى زاد عدد نساء التي استشرن اما في الريف كلما زادت المسافة كلما قل نسبة النساء التي استشارن، حيث أن نسبة الأمهات اللواتي يبعدنا على مركز الإشتستشارة بأقل من 2 كلم في حضر تساوي 12% أقل من ريف الذي نسبته61%، لتتغير النسب وتنعكس عند المسافة أكثر من5 كلم لتصبح لحضر نسبته 62% وريف 12%.

جدول رقم (6.2): تطور نسب تلقي النساء الحوامل للرعاية قبل الولادة.

السنوات	1992	2000	2002	2006	2012
نسب	58	79	81	89.4	92,7

المصدر: آمال ينون، تحسين الصحة الأنجابية للمرأة ضمن الأهداف الأنمائية للألفية، جامعة محمد الصديق بن يحي جيليل، الجزائر، مجلة الدراسات، سنة 2017 ص80

[1] _UN PEUPLE_ UN BUT_UNE FOL.POLITIQUE et normes des services de sante de La reproduction .2005 Page 25

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع نسب تلقي النساء الحوامل للرعاية قبل الولادة، حيث كانت في سنة 1992 نسبتها 58%، حتى وصل الى 92,7% سنة 2012.

1_3.الرعاية اثناء الولادة: يرجع الاهتمام بالمتابعة الصحية اثناء الولادة الى ضرورة اتمام عملية الولادة تحت اشراف طبي، مما يساعد في التقليل من احتمال تعرض الام لاي مضاعفات صحية ويمكن ان تحدث اثناء الولادة . وعرفة مكان الولادة و طبيعة الولادة.[1]

الجدول رقم(7.2):نسبة النساء مابين 15_49 سنة ولدن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب الكادر الذي ساعد في الولادة إعتمادا على مستوى التعليمي

الخصائص	طبيب	قابلة /ممرضة	اقابلة التقليدية	قريب /صديق	اخر	لا احد	المجموع
امية	9.3	78.9	6.8	3.0	1.8	0.2	10
ابتدائي	15.1	81.4	1.7	0.6	1.2	0.0	10
المتوس	17.8	80.5	0.6	0.3	0.8	0.0	10
الثانوي	24.8	73.9	0.3	0.1	0.8	0.1	10
العالي	29.9	68.0	0.0	0.2	1.6	0.3	10

المصدر: معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة2006.

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسب كانت قابلة في تقديم المساعدات للأمهات أثناء فترة الحمل، ويليه الأمهات اللواتي قام الطبيب برعايتهن، وبعدها نسب قابلة في الرعاية للأمهات، وفي الأخير شخص آخر قامة برعايتهن. حيث نلاحظ أيضا أن أعلى مستوى تعليمي التي كا فيها أكبر عدد من الأمهات اللواتي قام الطبيب بتقديم الرعاية لهن هي الأمهات ذوات مستوى التعليمي العالي بنسبة 29,9%، أما بالنسبة للأمهات اللواني قامت الممررضة برعايتهن أعلى نسبة كانت للأمهات ذوات التعليم أبتدائي بنسبة 81,4%، أما بالنسبة لرعاية الأمهات من طرف قابلة تقليدية كانت أعلى نسبة للامهات أميات بنسبة 6,8%، أما الرعاية من طرف صديق كان أعلى نسبة للأمهات ذو تعليم أمي بنسبة 3%، ورعاية من طرف شخص آخر كانت أعلى نسبة كذالك للأميات بنسبة 1,8%.

[1] _ خديجة سواكري، تحليل المعمق لواقع الصحة الأنجابية لدى نسوة الفئة (15_49). جامعة باتنة1 الحاج الاخضر، لنيل شهادة الدكتوراء، سنة 2020/2019 ص40

الجدول رقم(8.2): التوزيع النسبي للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15_49 سنة وأنجبن خلال العامين الماضيين السنوات السابقة للمسح حسب الشخص الذي يقدم المساعدة أثناء الولادة إعتمادا على السن.

الخصائص	دكتور امراض نساء	طبيب عام	قابلة	قابلة تقليدية	الابوين / صديق	اخر	ليس مساعد	مجموع
اقل من 20 سنة	22.6	0.6	72.6	1.7	1.4	1.2	0.0	100.0
34_20	25.3	1,3	70.1	0.7	0.5	1.9	0.1	100.0
3	25.4	1.9	69.1	1.1	0.4	2.1	0.0	100.0

المصدر: معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة2013/2012 .

نلاحظ من خلال أن أكبر نسب النساء اللواتي قامت قابلة بتقديم المساعدة لهن أثناء الولادة كانت الأكبر في جميع الفئات العمرية وستحوذت الأعمار أقل من 20 على نسبة الكبير بقيمة 72,6 بالمئة والفئة بين 35_49 على نسبة الأقل بقيمة 69,1بالمئة، واقل نسب كانت للنساء اللواتي لم يحصلن على أي مساعدة بقيم شبه معدوم أي انا أغلبية النساء تلقين المساعدة.

بالنسبة للنساء اللواتي قامة دكتور أمراض نساء بتقديم المساعدة لهن أثناء الولادة أستحوذت الفئة العمرية بين 35_49 على النسبة 25,4 وهي النسبة الاكبر، وبالنسبة للنسبة الأقل كانت للنساء التي أعمارهن أقل من 20 سنة، أما الطبيب العام و قابلة و الصديق كانت نسبتهن ضئيلة جدا وهي ايضا تميل للانعدام في نسب المساعدة النساء أثناء الولادة .

1_4 الرعاية بعد الولادة:

ان فترة النفاس التي تلي فترة الولادة، فترة حساسة تحتاج الام فيها الى رعاية وراحة تامة, فجسم المراة مايزال عرضة لكثير من الاخطار والمضاعفات، لذلك تنصح المراة عادة بمراجعة الطبيب عند حدوث اي من الاعراض التالية: ارتفاع درجة الحرارة, نزيف مهبلي، أو افرازات مهبلية ذات رائحة كريهة، الأم شديد في البطن.[1]

[1] __UN PEUPLE_ UN BUT_UNE FOL.POLITIQUE et normes des services de sante de La reproduction .2005 Page 27

الجدول رقم (9.2): النسبة المئوية للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15_49 سنة وأنجبن في أخر عاميين وولدن، حسب زيارات الرعاية مابعد الولادة إعتمادا على الأقاليم الجغرافية.

	اشتشارة مابعد الولادة في المنشاة الصحية او المنزل	في نفس اليوم	بعد يوم من الولادة	بعد يومين من الولادة	بعد اسبوع من الولادة	عدم موجود	مجموع
الشمال	85,9	1,7	3,4	1,2	9,3	0,3	100.0
الجنوب	81,9	0,9	1,4	0,8	3,9	0,1	100

المصدر: معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة2013/2012.

نلاحظ من خلال الجدول ان استشارة مابعدة الولادة في المنشاة والصحية أو المنل نسبت الشمال 85,9% والجنوب 81,9%، ونسب بعد أسبوع من الولادة 9,3% في الشمال و3,9% في الجنوب

الجدول رقم (10.2):تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة.

السنة	1992	2002	2006
بعد الولادة%	20,3	30.1	30,6

مصدر: علي العكورف، الخصائص الأجتماعية والديموغرافية وعلاقتها بحقوق الأنجاب عند المرأة، دار الأيام لنشر والتوزيع، عمان

من خلال الجدول نلاحظ إرتفاع في نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة، حيث في 1992 نسبتها 20,3%، حتى وصلت الى 30.6% في سنة 2006

2_ العوامل المؤثرة في المتابعة الصحية للمراة الحامل:

تتعرض المرأة الحامل أثناء فترة الحمل للكثير من التغيرات التي تطرأ على جسمها، بعض هذه التغيرات قد تكون طبيعية وبعضها يحتاج لمتابعة خاصة من قبل الطبيب. سواء كانت هذه الرعاية حديثة أو تقليدية، الا انه توجد عدة عوامل تؤثر في المتابعة الصحية للمراة الحامل فمنها من تساعد على متابعة ومنها من تاثر سلبا .

2_1.العوامل الاجتماعية :

تتمثل العوامل الجتماعية التي تؤثر على مدى قيام الأمهات الحوامل بالمتابعة الطبية أثناء الحمل وبعد عملية الولادة في مكان الاقامة ومستوى التعليمي وعمل المراة.

أ_مكان الاقامة:

يعتبر مكان الاقامة عامل قوي تندرج تحته عدة عوامل تتمثل في الرعاية الصحية التي تقدم للمراة ان كانت حديثة او تقليدية، كما ان الاماكن النائية تتسم تضاريسها بالطرق الوعرة والتي بدورها تصعب الوصول الى لمرافق العناية بالمراة كما ان الوقت يلعب دور هام ايضا فليس بالضرورة ان تكون المرافق بعيدة يمكن ان تكون قريبة ولكن الطرق الوعرة تاخذ وقت كبير ايضا فالعمل على انقاذ اقصلى عدد من الارواح يتطلب توزيع جغرافي مناسب للمرافق، فلا يجب أن يزيد بعد المرفق على ساعتين للمرافق الطارئة ولايزيد عن اثنى عشر للمرافق التي تقدم رعاية شاملة، لذا فالافضل ان تعيش النساء على مسافة قريبة من مرافق التوليد لاتزيد مدتها عن الساعتين, لا النزيف يمكن ان يؤدي الى وفاة الام في غضون ساعتين.

ب_ مستوى التعليمي:

يرتبط المستوى التعليمي ارتباطا وثيقا بالمستوى الصحي .فانخفاض نسبة المتعلمات يرتبط بانخفاض المستوى الصحي فعلى سبيل المثال من لا تعرف القراءة والكتابة لا تستطيع الاستفادة من الارشادات والتوجيهات المنشورة في الصحف او المجلات او النشرات الصحية .كما انها تكون غير مباليا في الندوات والاجتماعات التوعوية، وتميل الى تصديق الخرافات والخزعبلات وقد تعتمدها في العلاج وهذا مايؤدي الى مشاكل صحية.

ج _ عمل المراة:

عمل المرأة له ثاثير سلبي وأيجابي في المتابعة الصحية للمرأة، حيث أن المرأة تخرج للعمل من أجل الحفاظ على مستوى معيشة مرتفع و لاضطرارها للكفاح مع زوجها في مواجهة مشقة الأحوال المعشية وغلاء الأسعار. ويعتبر الدخل الخاص عامل أساسي للوصول إلى الخدمات الصحية، حيث تعتبر الصحة الجيدة مكون أساسي من مكونات نوعية الحياة الجيدة، لاكن ومن جهة أخرى عمل المرأة ينهك صحتها ويصبح أقل قدرة على تحمل الحمل والأنجاب.[1]

2_2.العوامل الديموغرافية:

أ_ سن المراة عند الولادة:

يعتبر السن أحد لعوامل الديموغرافية الأكثر استخداما في الدراسات الصحية، تؤكد الدراسات على ضعف النساء في سن الأنجاب القصوي اي المراهقات (الاقل من 20 سنة)، والبالغون (فوق 34 سنة)، اكثر عرضة مرتين للوفاة لأسباب تتعلقبها وبالحمل والولادة من اولئك اللواتي تزيد أعمارهن عن 20 سنة وأكثر من 34 سنة، فبنسبة للواتي تقل أعمارهن عن 20 سنةهم أكثر عرضة في الولادة، وضيق الجنين عند الولادة، واكثر عرضة للولادة القيصرية والأملاص وتأخر في نمو الجنين داخل الرحم، وبالمثل فإن بلوغ 34 سنة أو أكثر يعتبر عامل خطر كبير أثناء الحمل بسبب حقيقة أن النساء في هذا العمر أكثر من المحتمل أن

[1] _سومية بوحفص، المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك، مجلة العلوم الانسانية والإجتماعية، العدد 27، سنة 2016،ص 672 ص وص 673 وص 678

تتعايش مع أمراض مزمنة (أرتفاع ضغط الدم والسكري ومايلى ذالك)، فيعتبر العمر عامل أساس في تأثير على رعاية الصحية للمرأة.[1]

ب_ رتبة المولود:

يعتبر رتبة المولود من العوامل الديموغرافية التي تأثر على المتابعة الصحية للمرأة الحامل، حيث كل مازاد عدد الأطفل تزداد نسبة تلقي المرأة لمتابعة الصحية، والجدول الأسفل يوضح ذلك حيث نرى تناقص نسبة النساء لعدم تلقيهن للمتابعة كل مازاد عدد الاطفال، بنسبة 57% ذوات المولود الأول، وتخفضت حتى وصلت اللاتي 36,2% ذوات 6 أطفال فأكثر.

جدول رقم (11.2): يلخص نسب النساء اللاتي لم يتلقين متابعة طبية خلال حملهن الأخير حسب رتبة المولود.

	المولود الأول	من 2_3 أطفال	من 4_5 أطفال	6 أطفال فأكثر
عدم تلقي متابعة طبية %	57	53,2	47,3	36,2

المصدر: وزارة الصحة والسكان، المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، ص84.

[1] _ سمية بونفة، العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة مابعد سن الأنجاب(50,59) لنيل شهادة الدكتوراء في علم الأجتماع والديموغرافيا سنة 2017 ص96

خلاصة الفصل:

وأخيرا يمكن القول أن الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة له دور في الحفاظ على صحة المرأة، وأن إرتفاع نسب الرعاية الصحية في الجزائر ادى الى إنخفاض نسب وفيات الأمهات عبر السنوات،ووصلنا الى انة توجد عوامل سوسيوديموغرافية تحول دون قيام الأم الحامل ومايترتب عليها من مشاكل صحية وأمراض في الجهاز التناسلي, والتي تؤدي إلى إعتلال الكثير من الحوامل وتنتهى بهم بوفاة الأم وهي المستوى التعليمي و مكان إقامة ورتبة المولود وغيرها من المتغيرات.

الجانب التطبيقي للدراسة

تمهيد

بعد ما تطرقنا في الفصول السابقة إلى عرض الجانب النظري لدراسة والذي يضم الفصلين، الفصل الأول المنهجي والفصل الثاني وهو المتعلق بالمتابعة الصحية للمرأة الحامل وبالعوامل السوسيوديموغرافية في الجزائر، سنقوم في هذا الفصل (الجانب الميداني) إلى عرض الإجراءات المنهجية المتبعة، التي تعتبر مرحلة هامة لجمع البيانات وذلك من خلال مصادر جمع البيانات وعرض مجالاتها (الزمانية والمكانية) ، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة ، وصولا إلى إستخدام الاختبارات المناسبة لعرض وتحليل فرضيات الدراسة للإجابة عن التساؤلات الفرعية ، حتى نتمكن من دراسة التساؤل الرئيسي المتمثل في تأثير العوامل السوسيوديموغرافية على المتابعة الصحية للمرأة الحامل من خلال معطيات المسح الوطني المتعدد المؤشرات بالجزائر 2020/2019 .

I. الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية:

1. مصادر جمع المعطيات:

اعتمدنا في هذه الدراسة الوصفية التحليلية على المصدر الأساسي لمعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس، بتناولنا عدة ملفات؛ ملف الأم والطفل.

2. المسح العنقودي متعدد المؤشرات:

المسح العنقودي متعدد المؤشرات هو برنام المعيشية، انطلق العمل به منذ سنة 1995 من قبل منظمة اليونيسيف التي عملت على تطويره- .ويندرج إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات بالجزائر سنة 2019-2020 في دورته السادسة كجزء من الجولة العالمية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات .قامت الجزائر بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات في طبعته السادسة،من قبل وزارة الصحة والسكان صالح وا المستشفيات، مع دعم تقني ومالي من اليونيسيف ومساهمة مالية من صندوق ألمم المتحدة للسكان UNFPA. هذا التحقيق يهدف إلى إنتاج إحصاءات دقيقة عن حالة أألطفال، النساء وأألسر المعيشية على المستوى الوطني، وفقا للمناطق السكنية الحضرية أو الريفية، مع مساحة التخطيط الإقليمي)وسط شمال وشمال شرق وشمال غرب، المرتفعات الوسطى والشرقية، الهضاب العليا الهضاب العليا الغربية والجنوبية وكذا الخصائص الاجتماعية ،الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية لأفراد الأسر المعيشية في مختلف المجالات المتعلقة بالصحة والتعليم والحماية ، وفيروس نقص المناعة البشرية، بالإضافة إلى الظروف المعيشية للسكان، وهو يهدف أيضا إلى الإبلاغ عن التقدم المحرز وجها لوجه مع الأهداف الإنمائية للألفية، وأهداف التنمية الوطنية، وخاصة تلك التي تؤثر على رفاهية الأسر والأطفال والنساء.

3. مجالات الدراسة:

تمت الدراسة بالجزائر وشملت جميع الأقاليم الجغرافية وتم في موسم الجامعي 2021/2020

على المستوى الوطني

أ . منطقة البرمجة الاقليمية شمال وسط: ويضم 10 ولايات وهي:الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية،تيزي وزو، بجاية، شلف، عين الدفلى

ب . منطقة البرمجة الاقليمية الشمال الشرقي: ويضم8ولايات وهي:

عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق اهراس، الطارف، قالمة

ج . منطقة البرمجة الاقليمية الشمال الغربي: ويضم 7 ولايات وهم: وهران، تلمسان، مستغانم، عين تمومشنت، سيدي بلعباس، معسكر، غيلزان

4. عينة الدراسة:

_ارتكزت الدراسة على الامهات اللاتي تتراوح اعمارهن بين 15_49 سنة من العمر

_استهدفت الدراسة عينة من الأمهات عددها 5127 أمّا

5. البرامج والاختبارات الاحصائية المستخدمة:

قمنا بمعالجة المعطيات بواسطة البرنامج الإحصائي spss ، واستخدمنا مجموعة من الاختبارات الإحصائية التي تلائم طبيعة المتغيرات وفرضيات الدراسة وهي : إختبار كاي دو، ومعامل االارتباط سبيرمان

6. صعوبات الدراسة:

_تقييد في المتغيرات التي تختارها وذالك بسبب الاعتماد على المسوح وعدم القدرة عل استخدام المتغيرات التي يرغب الباحث في تناولها

_قلة المراجع لاعتماد عليها

_ضيق الوقت

II.عرض البيانات وتحليل النتائج:

1. خصائص أفراد العينة:

سنحاول في هذا العنصر عرض خصائص الأمهات حسب سن المرأة عند الولادة، جنس المولود الجديد، رتبة المولود، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، مكان الإقامة والتقسيم الجغرافي.

1_1. توزيع الأمهات حسب سن المرأة عند الولادة:

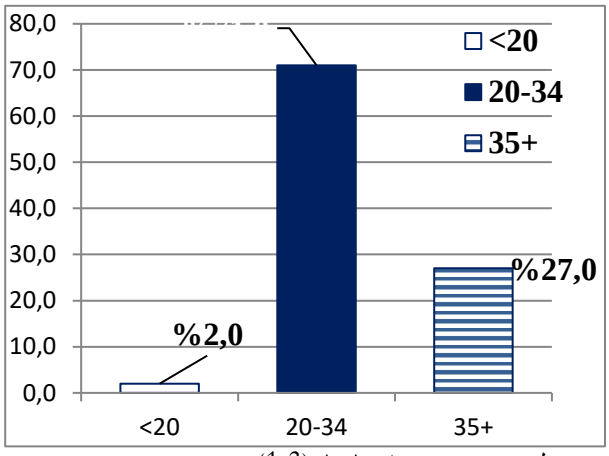
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب السن عند الولادة.

جدول(1.3):توزيع الامهات حسب سن المرأة عند الولادة

عمر الأم	التكرار	النسبة
<20	102	2,0
20-34	3640	71,0
35+	1385	27,0
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر:منجز بناءعلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة2019

شكل(1.3): توزيع الأمهات حسب سن المرأة عند الولادة



المصدر: منجز بناء على الجدول (1.3)

نلاحظ أن الأمهات ذواتي الاعمار أقل من 20 سنة تحصلن على اقل تكرار قيمته 102/أم من مجموع 5127 أم ونسبته 2%، ويليه الأمهات ذواتي سن اكبر من 35 سنة حيث كان تكرارهن يساوي 1385/أم من مجموع 5127 ونسبتهن 27%، وتحصلت الامهات الواتي اعمارهن بين 20_34 على أكبر تكرار قيمته تساوي 3640 من مجموع 5127/أم ونسبتهن 71%.

2_1. توزيع الأمهات حسب جنس المولود الجديد:

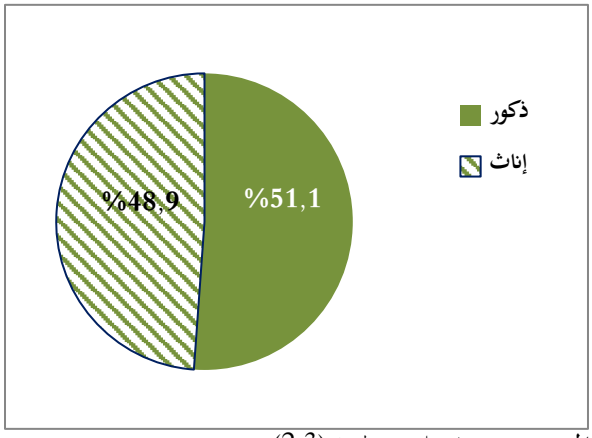
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب جنس المولود الجديد.

جدول(2.3): توزيع الأمهات حسب جنس المولود الجديد

الجنس	التكرار	النسبة
ذكور	2622	51,1
إناث	2505	48,9
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناءا على بيانات مسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

شكل(2.3): توزيع الأمهات حسب جنس المولود الجديد



المصدر: منجز بناء على جدول رقم(2.3)

نلاحظ ان عدد الامهات التوائم انجبن ذكور اكبر من النساء اللواتي انجبن إناث حيث كانت قيمتهن على التوالي 2622 و 2505 من مجموع 5127 أم، ونسبتهن على التوالي هي 51,1% و 48,9, وتعتبر القيمتين متقاربتين

3_1. توزيع الأمهات حسب رتبة المولود:

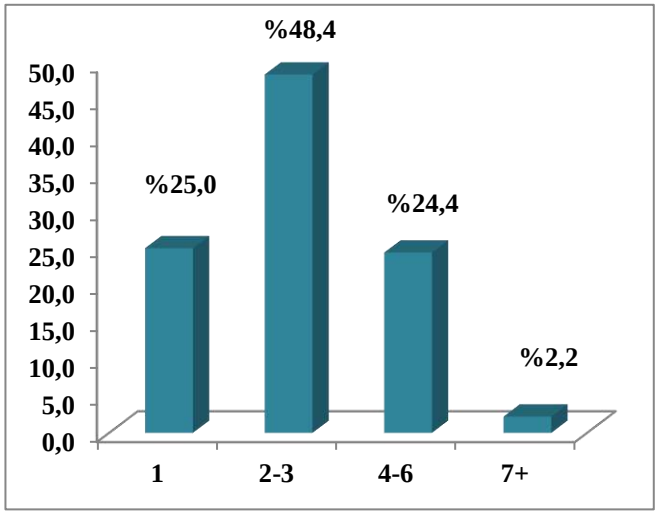
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب رتبة المولود.

جدول(3.3): توزيع الامهات حسب رتبة المولود

رتبة المولود	التكرار	النسبة
1	1280	25,0
2-3	2484	48,4
4-6	1250	24,4
7+	113	2,2
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

شكل(3.3): توزيع الأمهات حسب رتبة المولود



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (3.3).

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد المهات الواتي انجبن بين 2_3 طفل كانت نسبتهنا الأكبر بنسبة 48,4%، يليه الامهات الواتي انجبن طفل واحد ب نسبة 25% لتاتي من بعدها الامهات الواتي انجبن مابين 4_6 اطفال وهي قريبة من التي قبلها وتحصلت على نسبة 24,4%، وتاتي في الاخير الامهات الواتي انجبن اكثر من 7 أطفال بنسبة 2,2% الذي كان عددهن 113 أم

1_4. توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي:

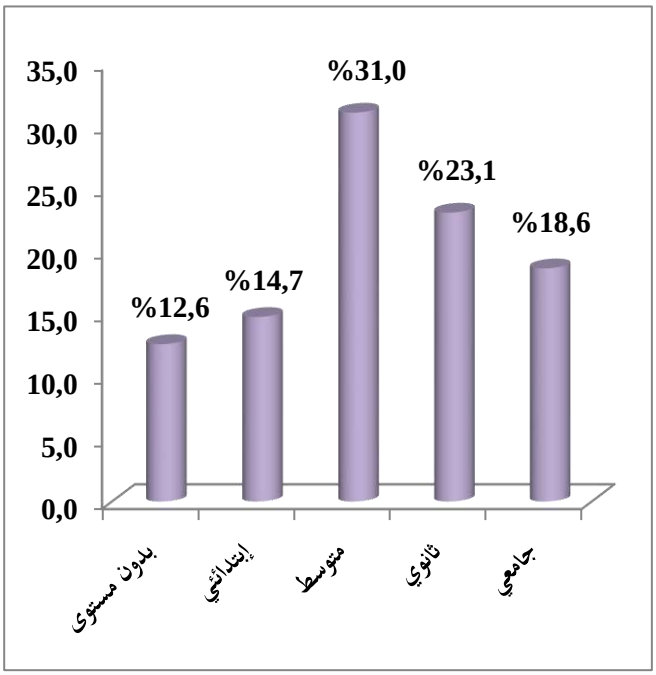
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي.

جدول رقم (4.3): توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
بدون مستوى	644	12,6
إبتدائي	756	14,7
متوسط	1591	31,0
ثانوي	1182	23,1
جامعي	954	18,6
المجموع	**5127**	**100,0**

مصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات

شكل رقم (4.3): توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي



مصدر: منجز بناء على الجدول رقم (4.3).

نلاحظ أن الأمهات اللواتي مستوهن التعليمي المتوسط هن أكبر عدد بقيمة 1591أم بنسبة 31%، يليه المستوى التعليمي الثانوي بقيمة 1182أم وبنسبة 23,1%، ثم ألأمهات ذواتي المستوى التعليمي الجامعي بقيمة 954أم ونسبة 18,6%، ومن بعدها المستوى إبتدائي بقيمة 756أم ونسبة 14,7%، وأخر قيمة هن الأمهات اللواتي بدون مستوى بقيمة 644أم بنسبة12,6%.

1_5. توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية:

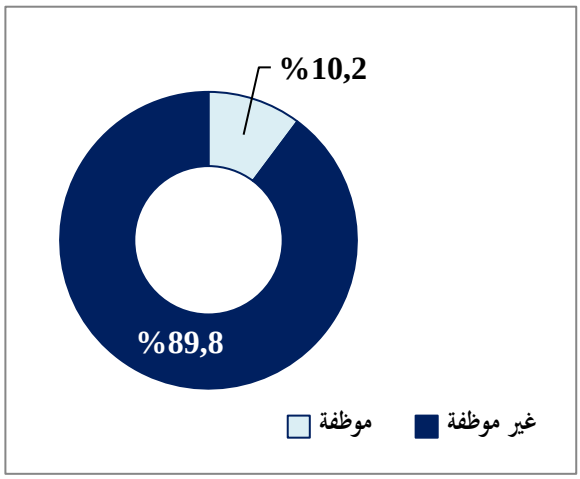
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية.

الجدول رقم(5.3): توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية

الحالة المهنية	التكرار	النسبة
موظفة	524	10,2
غير موظفة	4603	89,8
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2019

شكل رقم(5.3): توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (5.3).

نلاحظ من خلال الجدول ان عدد الامهات الغير موظفات "بطلات" يساوي 4603 أم من مجموع 5127 حيت تساوي نسبتهن 89,8 %,وهي نسبة كبيرة جدا , اما بالنسبة لعدد الامهات الموظفة قيمته هي 524 أم من مجموع 5127 أم وكانت نسبتهن تساوي 10,2%،ومنه نلاحظ أن معظم الأمهات هن غير موظفة "بطالات.

1_6. توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة:

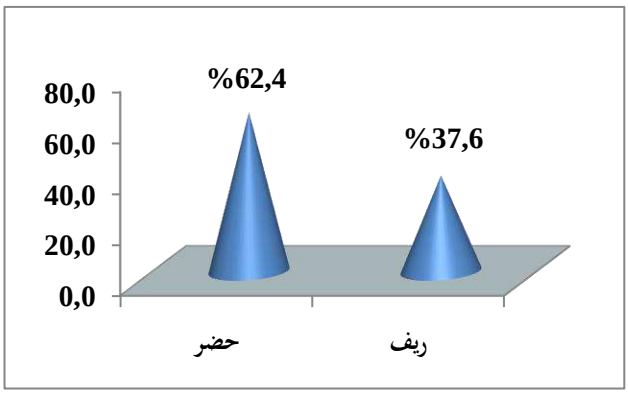
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة.

جدول رقم(6.3):توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة

مكان الإقامة	التكرار	النسبة
حضر	3201	62,4
ريف	1926	37,6
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العفقودي متعدد المؤشرات سنة 2019. **المصدر**: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (6.3).

شكل رقم (6.3): توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة



من خلال الجدول نلاحظ ان عدد الأمهات اللواتي يقمن في الحضر يساوي 3201 أم الذي نسبته 62,4 %، أي ان عددهم أكبر من عدد ألأمهات التي يقمن في الريف الواتي عددهن يساوي 1928 أم , الذي ونسبة 37,6%.

1_7. توزيع الأمهات حسب التقسيم الجغرافي:

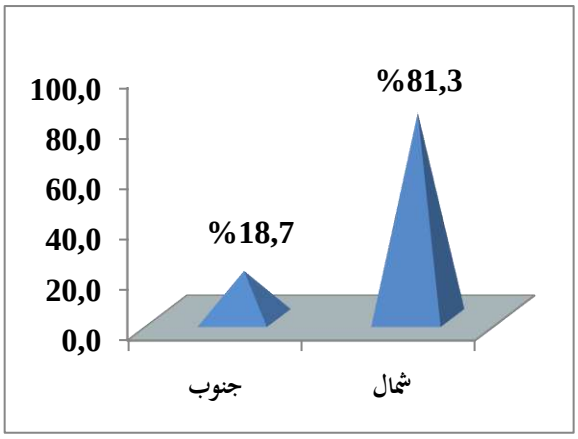
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب التقسيم الجغرافي.

الجدول رقم (7.3): توزيع الأمهات حسب التقسيم الجغرافي

الإقليم	التكرار	النسبة
جنوب	959	18,7
شمال	4168	81,3
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة2019

شكل رقم (7.3): توزيع الأمهات حسب التقسيم الجغرافي



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (7.3).

نلاحظ من خلال الجدول ان عدد الامهات االواتي يقيمن في الاقاليم الشمالية يساوي 4168 أم من مجموع 5127 حيت تساوي نسبتهن 81,3 بالمئة ,وهي نسبة كبيرة جدا , اما بالنسبة لعدد الامهات الواتي يقمن في الاقاليم الجنوبية قيمتهن هي 959أم من مجموع 5127 أم وكانت نسبتهن تساوي 18.7 بالمئة.

2. المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

سنحاول في هذا العنصر عرض جداول للمتغيرات التابعة وهي عدد الزيارات قبل الولادة، التحاليل الطبية، عدد الزيارات بعد الولادة، مكان رقابة صحة الام، وتوضيح التكرار والنسب الخاصة بكل متغير

2_1. توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة:

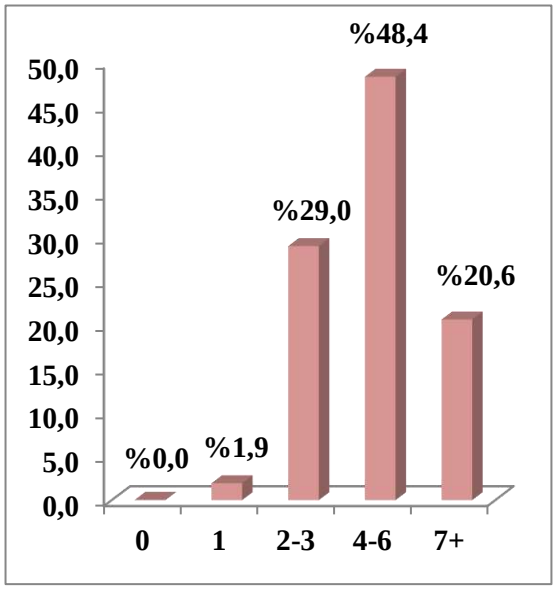
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة.

جدول رقم (8.3): توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة.

عدد الزيارات	التكرار	النسبة
0	2	0,0
1	99	1,9
2-3	1488	29,0
4-6	2480	48,4
7+	1058	20,6
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

شكل بياني رقم (8.3):توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات قبل الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (8.3).

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر عدد الزيارات الأمهات قبل الولادة كان بين 4_6 زيارة، بتكرار 2480 أم ونسبة 48,4%، ويليه عدد الزيارات بين 2_3 بقيمة 1488 أم بنسبة 29%،ثم يليه أكثر من 7 زيارات بقيمة 1058أم بنسبة 20,6 %, وبعدها زيارة واحدة بقيمة 99 أم بنسبة 1,9% أم بالنسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بزيارة فكان عددهن 2أم.

2_2. توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية:

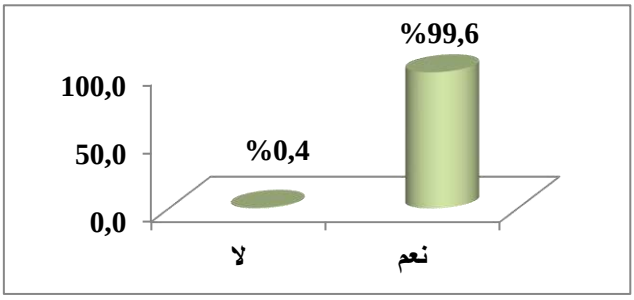
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية.

جدول رقم (9.3): توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية.

إجراء التحاليل الطبية	التكرار	النسبة
لا	23	0,4
نعم	5104	99,6
المجموع	**5127**	**100,0**

المصدر: .منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

شكل بياني رقم (9.3):توزيع الأمهات حسب التصريح بإجراء التحاليل الطبية.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم(9.3).

يتضح أن عدد الأمهات التي صرحت أنها أجرت التحليل عددها 5104 أم بنسبة 99,6%، وهي نسبة كبير جدا دليل على أن معظم النساء قامت بالتحاليل، أما بالنسبة للأمهات اللواتي لم يقمن بالحمل كان عددهن يساوي 23أم بنسبة 0,4% وهي نسبة ضئيلة جدا.

2_3. توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة:

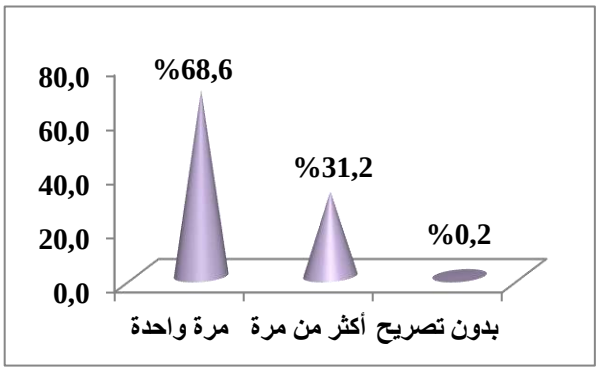
. يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة.

جدول رقم (10.3): توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة.

عدد الزيارات	التكرار	النسبة
مرة واحدة	824	68,6
أكثر من مرة	375	31,2
بدون تصريح	3	0,2
المجموع	**1202**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

شكل رقم (10.3):توزيع الأمهات حسب عدد الزيارات بعد الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (10.3).

صرحت 1202 أم أي ما يعادل 23,4% من حجم العينة بإجرائهن لزيارات طبية بعد الولادة، حيث مثلت 68,6% منهن نسبة الأمهات اللاتي أجرين زيارة طبية واحدة، و31,2% نسبة الأمهات اللاتي أجرين أكثر من زيارة، في حين أن 0,2% من العينة لم تصرح بعدد زياراتها.

2_4. توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة:

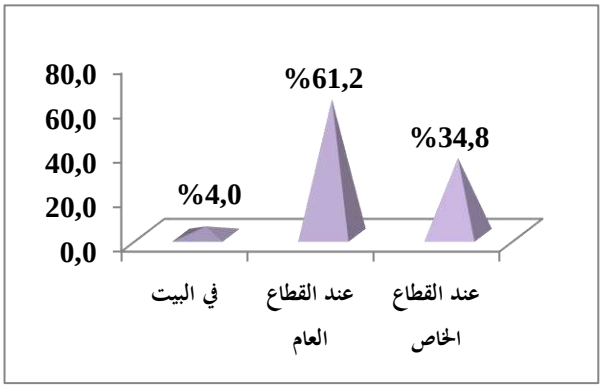
يمثل الجدول التالي والشكل المرافق له توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة.

جدول رقم (11.3): توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة.

مكان الرقابة	التكرار	النسبة
في البيت	48	4,0
عند القطاع العام	736	61,2
عند القطاع الخاص	418	34,8
المجموع	**1202**	**100,0**

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

شكل رقم (11.3):توزيع الأمهات حسب مكان رقابة صحتها بعد الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (11.3).

صرحت 736 أم بنسبة 61,2% من الأمهات اللاتي أجرين زيارات طبية بعد الولادة أنهن يتابعن الرقابة الصحية في القطاع العام، في حين تتابع 418أم منهن الرقابة في القطاع الخاص بنسبة 34,8%، ونجد الأقلية فقط تابعت رقابتهن في البيت والمتمثلة في 48 أم بنسبة 4%.

3. العوامل المؤثرة في المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

سنحاول من خلال هذا العنصر دراسة علاقة بعض العوامل السوسيوديموغرافية بالمتابعة الصحية للمرأة الحامل بالجزائر، وهذا من خلال بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019، تتمثل هذه العوامل في سن المرأة عند الولادة، جنس المولود، رتبة المولود، الحالة المهنية، مستوى التعليمي،مكان الإقامة، وتقسيم الجغرافي.

تم تناول جانب المتابعة الصحية للمرأة الحامل من عدة زوايا، حاولنا تلخيصها في عدد الزيارات قبل الولادة، التحاليل الطبية، عدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة صحة الام بعد الولادة، حيث تم ترميز هذه المتغيرات في استمارة أسئلة المسح كمايلي:

1_ عدد الزيارات قبل الولادة (MN5A+MN5B+MN5C)،حيث MN5A تمثل عدد الزيارات خلال الفصل الأول من الحمل

MN5B تمثل عدد الزيارات خلال الفصل الثاني من الحمل

MN5Cتمثل عدد الزيارات خلال الفصل الأخير من الحمل

2_ التحاليل الطبية حيث قمنا بتجميع إجابات الأمهات اللاتي قمن بإجراء التحاليل المتعلقة بالضغط الدموي تحت رمز (mN6aa) وتحليل البول تحت رمز (mN6bb)وتحليل الدم تحت رمز (mN6cc)، للحصول في الأخير على الرمز analyse

3_ عدد الزيارات بعد الولادة (PN21PN)

4_ مكان رقابة صحة الأم (PN24PN)

أما المتغيرات المستقلة فقد تم ترميزها وفقا لستمارة المسح كمايلي:

1_سن الأم عند الولادة (magabrt)

2_جنس المولود الجديد (BH3_last)

3_ رتبة المولود (brthord)

4_ المستوى التعليمي (welevel)

5_الوضعية المهنية (woccupation)

6_ مكان الإقامة (HH6)

7_ التقسيم الجغرافي (HH7)

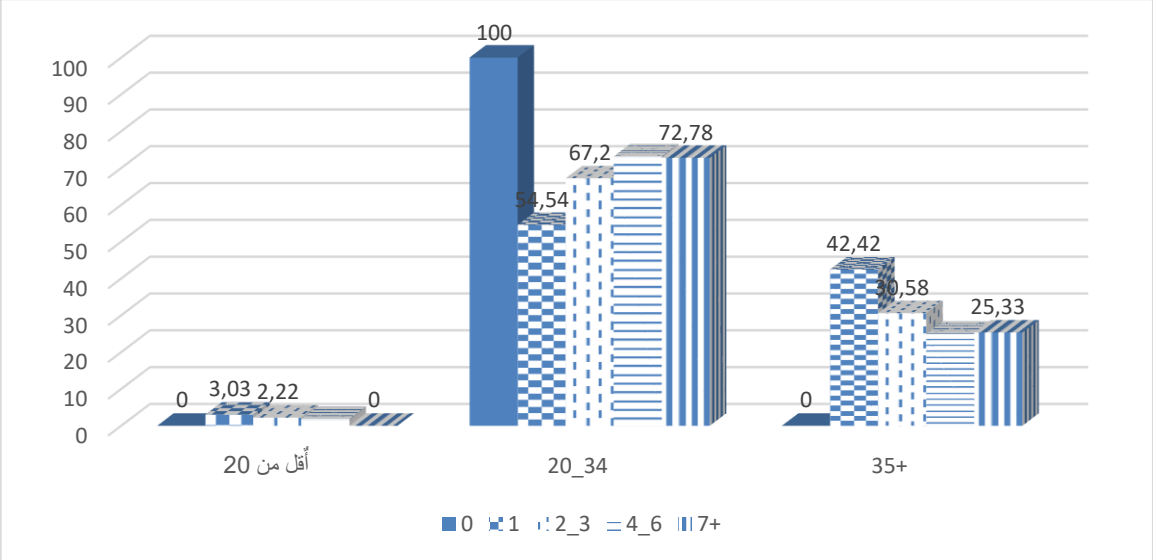
وفيما يلي سوف نحاول دراسة علاقة المتغيرات السالفة الذكر على المتابعة الصحية للمرأة الحامل والتي قمنا تقسيمها إلى أربعة متغيرات تم التفصيل فيها سابقا.

3_1. السن عند الولادة والمتابعة الصحية للمرأة الحامل:

أ. السن عند الولادة وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب سن الأم عند الولادة:

شكل رقم(12.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب سن الأم عند الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أن الفئة العمرية 20_34 استحوذت على النسب الأكبر في جميع عدد الزيارات أما النسب الصغيرة كانت لصالح الأمهات اللواتي أعمارها أقل من 20 سنة، فبنسبة للامهات اللواتي لم يقمن بأي زيارة قبل الولادة فكانت نسب الأمهات 100% اخذت النسبة الكاملة من النسبة الكلية 0,04%، أما اللواتي قمن بزيارة واحدة نسبتهن الأعلى هي 54,54% من نسبة 1,93% ونسبة الأقل هي 3,03%، أما اللواتي كانت زيارتهن من 2_3 زيارات نسبتهن الأعلى هي 67,2% من نسبة 29,02% والأقل هي 2,22%، أما اللواتي عدد زيارتهن من 4_6 زيارات النسبة الأكبر كانت 73,15% من نسبة 48,37% والنسبة الأقل تساوي 1,85% واللواتي عدد زيارتهن أكثر من 7 نسبة الأكبر هي 72,78% من نسبة 20,64% ونسبة الأقل هي 1,89%.

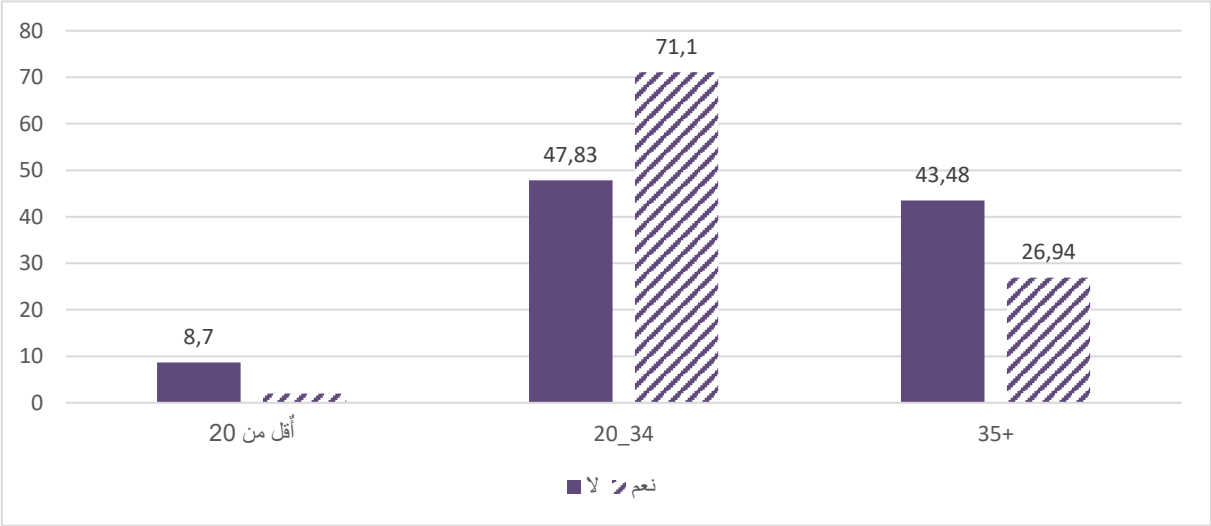
ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (01) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000،لاختبار سبرمان وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن سن الأم عند الولادة يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

لدينا قيمة R تساوي 0,052- أي أن الارتباط عكسي ضعيف جدا ، أي أنه كلما زاد سن الأم كلما تراجع عدد الزيارات قبل الولادة ب 0,052 وحدة

ب. السن عند الولادة والتحاليل الطبية للمرأة الحامل:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب سن الأم عند الولادة:

شكل رقم(3.13): توزيع الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب سن الأم عند الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

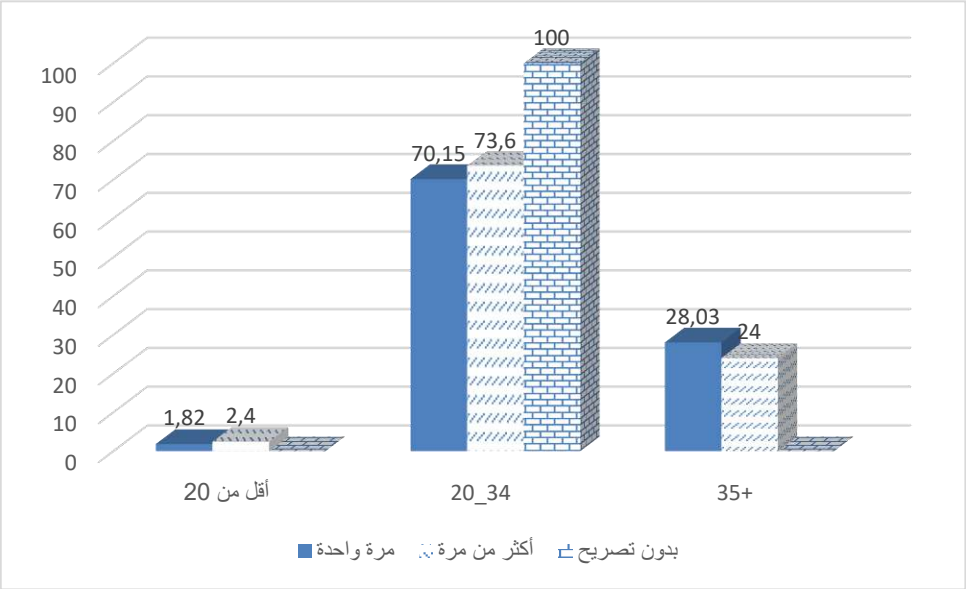
يتبين لنا من خلال الشكل أن أنه أعلى نسب للأمهات التي قامت بتحاليل الطبية واللواتي لم تقم بتحاليل الطبية كانت للفئة العمرية 20_34 ونسب الأقل كانت للواتي اعمارهن أقل من 20، فبنسبة للأمهات الواتي لم تجري تحاليل طبية نسبة الأكبر كانت 47,83% من نسبة 0,45% ونسبة الأقل كانت 8,7%، أما الأمهات اللواتي اجرو تحاليل كانت نسبة الأعلى تساوي 71,1% من نسبة 99,55% ونسبة الأقل كانت 1,96%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (01) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,010 لاختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن سن الأم عند الولادة يؤثر في إجراء التحاليل الطبية قبل الولادة.

ج. السن عند الولادة وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة:

شكل رقم(14.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

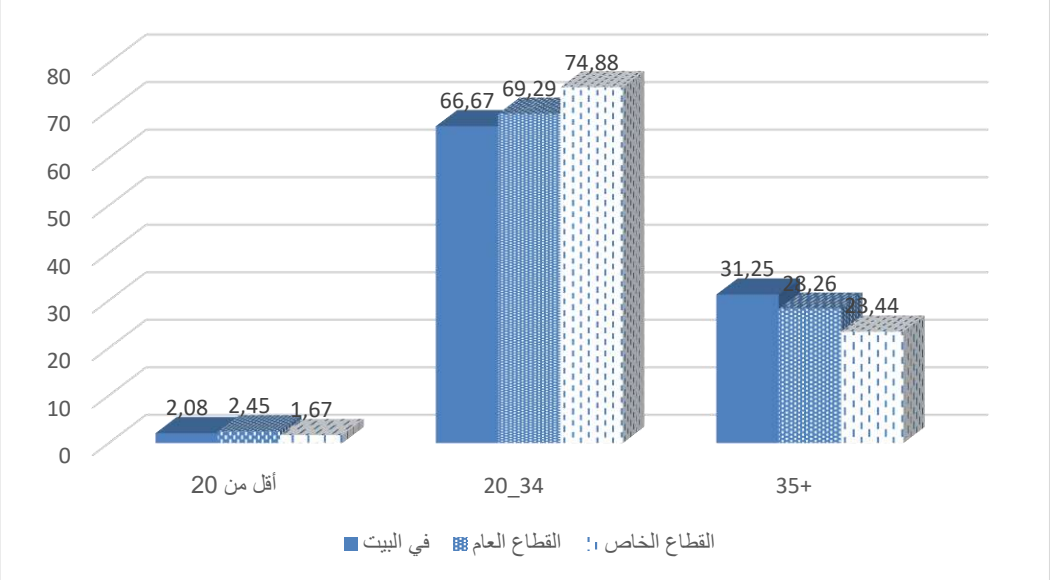
يتبين لنا من خلال الشكل أن أعلى نسب للأمهات التي تصرحنا بعدد زيارتهن بعد الولادة كانت للفئة العمرية 20_34 ونسب الأقل كانت للواتي اعمارهن أقل من 20، فبنسبة للأمهات الواتي صرحنا بزيارة مرة واحدة بعد الولادة نسبة الأكبر كانت 70,15% من نسبة 68,55% ونسبة الأقل كانت 1,82%، أما الأمهات اللواتي صرحنا بزيارة أكثر من مرة بعدة اللولادة نسبتهن الأعلى تساوي 73,6% من نسبة31,2 % ونسبة الأقل كانت 2,4%. أما بالنسبة للأمهات اللاتي لم تصرحن فكانت نسبة 100% في الفئة العمرية 20_34.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (02) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,456 لأختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن سن الأم عند الولادة لايؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د. السن عند الولادة ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة:

شكل رقم (15.3): توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب سن الأم عند الولادة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أن أعلى نسب للأمهات اللواتي صرحنا بمكان رقابتهن بعد الولادة كانت للفئة العمرية 20_34 ونسب الأقل كانت للواتي اعمارهن أقل من 20، فبنسبة للأمهات الواتي صرحنا بأن مكان الرقابة بعد الولادة في كانت النسبة الأكبر66,67% من نسبة 3,99%، ونسبة الأقل كانت2,08%، أما الأمهات اللواتي كان الرقابة في القطاع العام نسبتهن الأعلى تساوي69.29% من نسبة 61,23% ونسبة الأقل كانت 2,45%. أما بالنسبة للأم كانت الرقابة في القطاع الخاص فكانت نسبة الأعلى تساوي74,88% من نسبة 34,78% ونسبة الأقل تساوي 1,67%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (02) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية0,314=Sig ل'اختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن سن الأم عند الولادة لا يؤثر في مكان رقابة الأم بعد الولادة

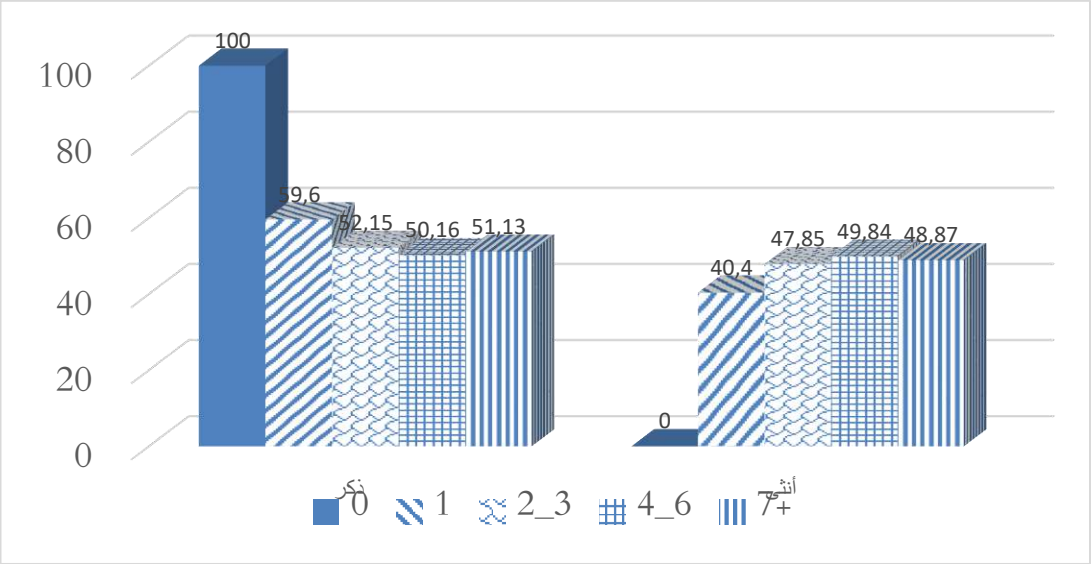
ومنه نستنتج أن السن يؤثر في عدد الزيارات و التحاليل الطبية ولا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة الام بعد الولادة.

3_2. جنس المولود الجديد والمتابعة الصحية:

أ. جنس المولود الجديد وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب جنس المولود الجديد:

شكل رقم(16.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب جنس المولود الجديد.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

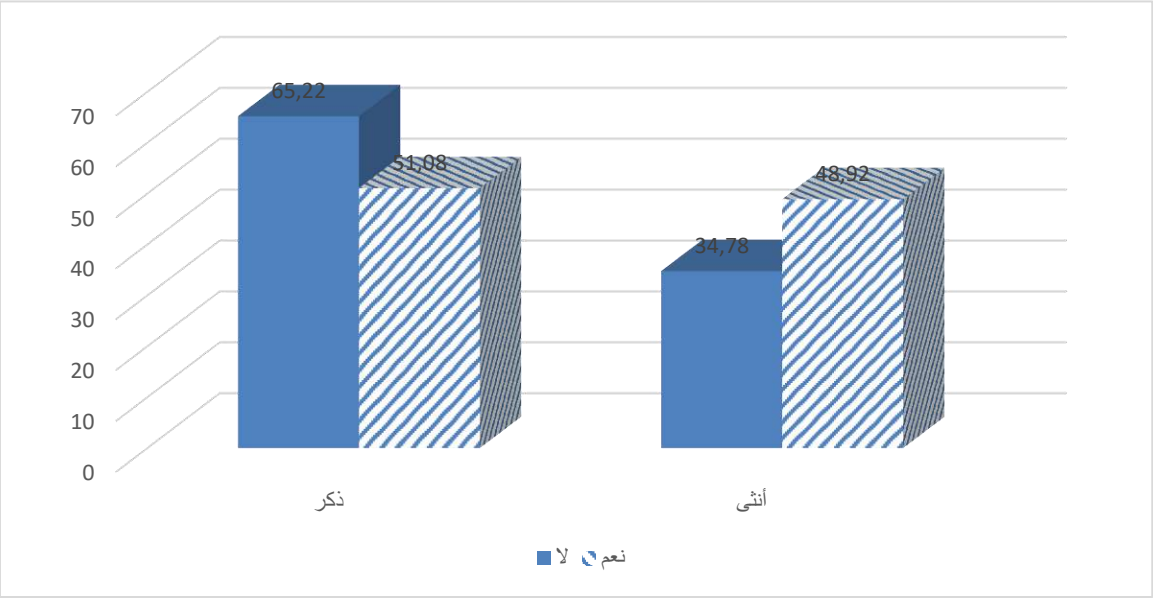
يتبين لنا من خلال الشكل أن أعلى نسبة لعدد الزيارات كان بين4_6 زيارات بنسبة 48,37% والاقل كانت للأمهات اللواتي لم يقمن بزيارة بنسبة 0,04%، ونرى أيضا أن نسب الأمهات الواتي انجبن جنس الذكور كانت أعلى في جميع عدد الزيارات التي قامت بها الأمهات قبل الولادة نسب الأمهات اللواتي أنجبن جنس الإناث، فبنسبة الأمهات اللواتي انجبن جنس ذكر على الترتيب هي كانت نسبة اللواتي لم يقمن بزيارة 100%، ويليه اللواتي قمن بزيارة واحدة بنسبة 59,6%، ومن ثم للواتي قمن من2_3 زيارة بنسبة 52,15%، ومن ثم الواتي قمن من 7 زيارات وأكثر بنسبة 51,13%، واخر نسبة الواتي قمن من4_6 زيارات بنسبة 50,16%، أما بالنسبة لنسب الأمهات اللواتي أنجبن جنسّ أنثى فنسبهن هي بقية الأمهات اللواتي أنجبن جنس ذكر وتريب النسب يكون عكس نسب جنس الذكور.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (03) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,178 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نقبل الفرض الصفري القائل أن جنس المولود الجديد لايؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

ب. جنس المولود الجديد والتحاليل الطبية:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب جنس المولود:

شكل رقم(17.3): توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب جنس المولود الجديد.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

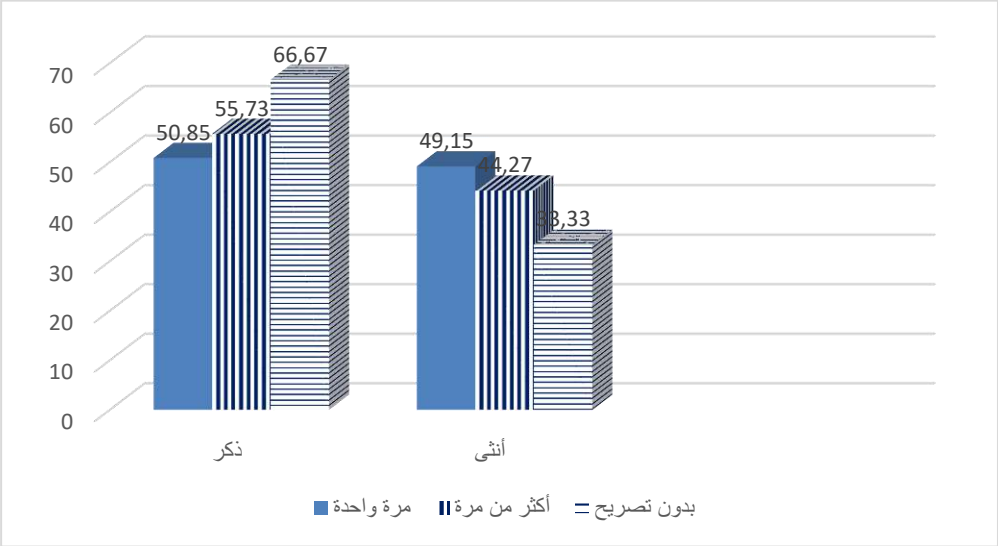
يتبين من خلال الشكل أن معظم الأمهات أجرت التحاليل الطبية نسبتهن 99,55%، بالنسبة للنسب للأمهات اللواتي أنجبن جنس ذكورأكبر من الأمهات اللواني أنجبن جنس أناث،حيث نرى نسب الواتي أجرين التحليل 51,08% هي نسب الأكبر، أما أكبر نسبة اللواتي لم تجري التحاليل هي 65,22%

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (03) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0.176 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن جنس المولود الجديد لايؤثر في التحاليل الطبية.

ج. جنس المولود الجديد وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد:

شكل رقم(18.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

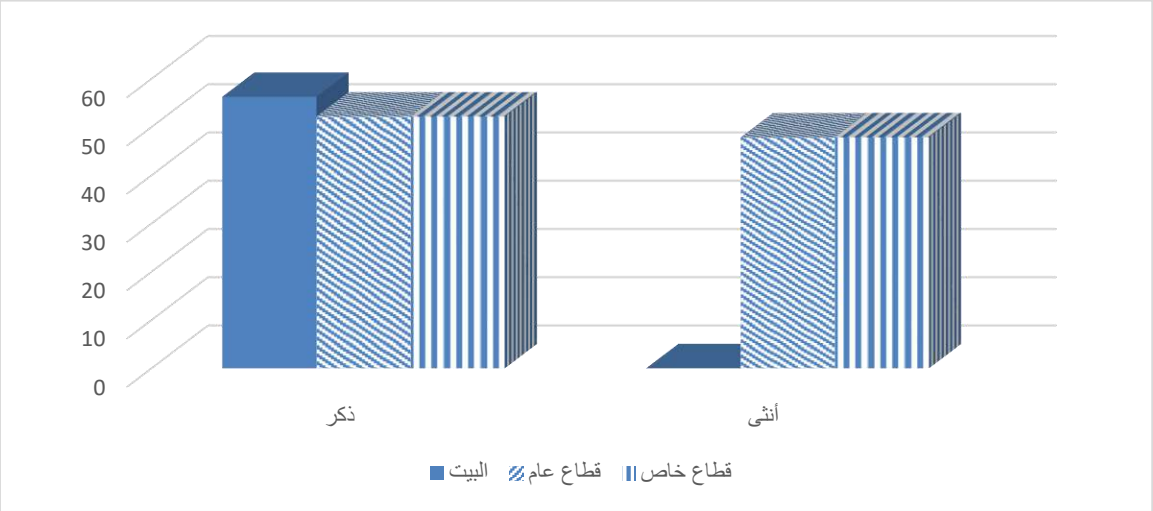
يتبين من خلال الشكل أن نسب الأكبر لعدد الزيارات بعد الولادة لصالح الأمهات اللواتي أنجبن جنس ذكر، ومنه نسب ألأمهات الوتي انجنب جنس ذكر وقمن بزيارة واحدة 50,85% من نسبة68,55%، أما اللاتي أجرين زيارة أكثر من مرة نسبتهن 55,73% من نسبت 31,2%، واللاتي لم تصرحن نسبتهن 66,67 من نسبة 0.25%، أما نسب الأمهات اللاتي أنجبن إناث فهي النسبة الباقية.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (04) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0.258 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن جنس المولود الجديد لا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د.جنس المولود الجديد ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد:

شكل رقم(19.3): توزيع مكان رقابة الأم بعد الولادة حسب جنس المولود الجديد.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي كان مكان رقابة صحتهن في البيت والقطاع العام والقطاع الخاص لصالح الأمهات الواتي أنجبن جنس ذكر بنسب على التوالي 56,25%، 52,17%، 52,15% من مجموغ نسب على التوالي 3,99%، 61,23%، 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (04) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0.857 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن جنس المولود الجديد لايؤثر في مكانة رقابة الأم بعد الولادة

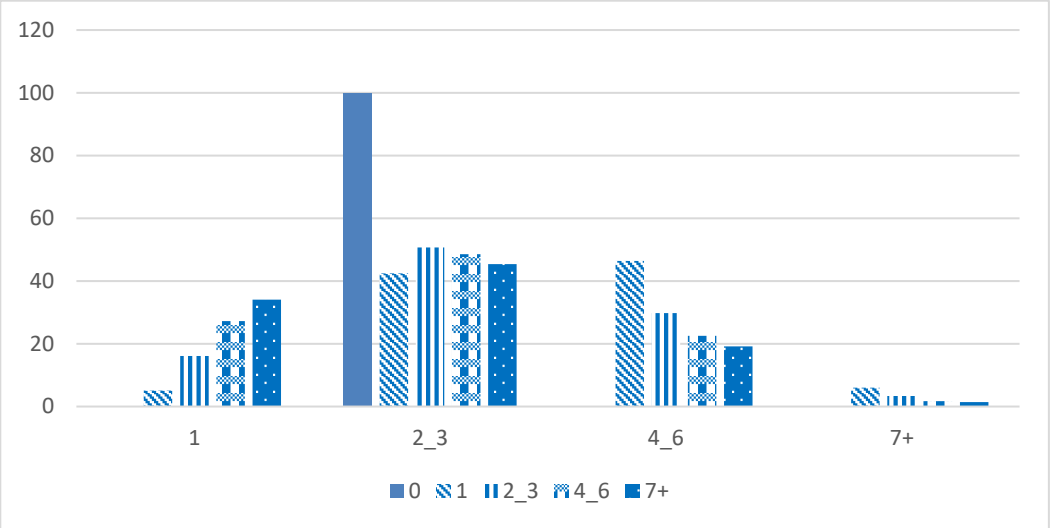
بما أن جنس المولود الجديد لايؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة والتحاليل الطبية وعدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة الأم بعد الولادة، فنستنتج أن جنس المولود لايؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل.

3_3. رتبة المولود والمتابعة الصحية:

أ.رتبة المولود وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب رتبة المولود:

شكل رقم(20.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب رتبة المولود.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين من خلال الشكل أن أن الأمهات اللواتي لم يقمن بأي زيارة قبل الولادة ورتبة مولود بين 2_3 طفل نسبتهن 100% من نسبة 0,04%، أما بالنسبة للنسبة الأكبرللامهات للواتي قمن بزيارة واحدة ورتبة مولودهن بين 4_6 بقيمة 46,46 من نسبة 1,93%، وأصغر نسبة كانت للواتي مولودهن الأول بقيمة 5,05%، أما نسبة الأكبر للأمهات لواتي كانت عدد زيارتهن بين 2_3 زيارة وبين 4_6 زيارات و7 زيارات ومافوق وتبة المولود بين 2_3طفل كانت النسب على التوالي 50,74% و48,59% و45,37%، من مجموع نسب على التوالي 29,02%، 48,37%، 20,64%.

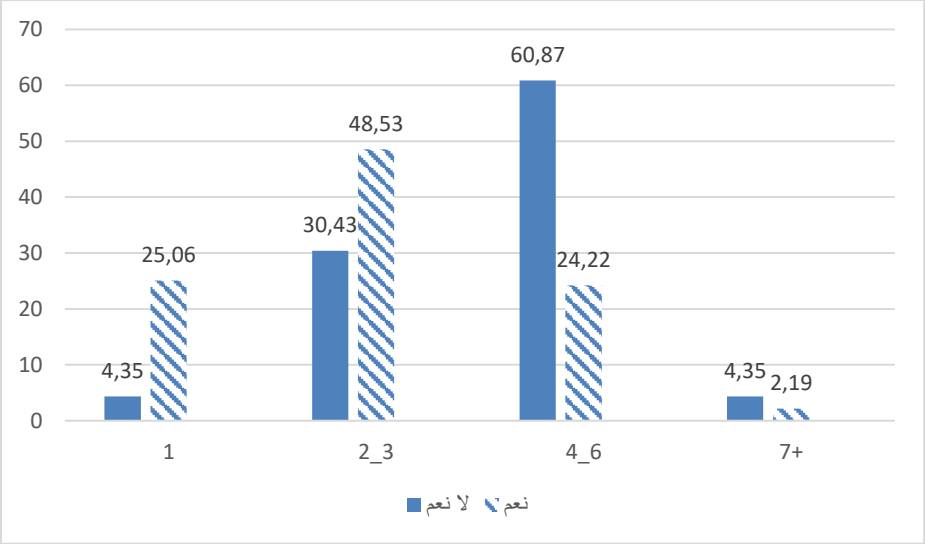
ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (05) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لإختبار سبرمان وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن رتبة المولود يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

لدينا قيمة R تساوي 0,173_ أي أن الارتباط عكسي ضعيف جدا ، أي أنه كلما زاد رتبة المولود كلما تراجع عدد الزيارات قبل الولادة.

ب.رتبة المولود والتحاليل الطبية:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب رتبة المولود:

شكل رقم(21.3):توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب رتبة المولود.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

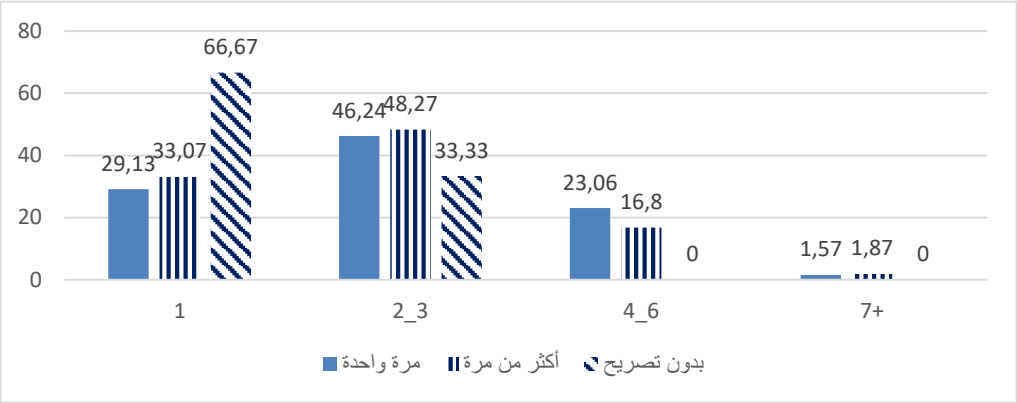
يتبين من خلال الشكل أن النسبة الأكبر للأمهات اللاتي لم تجرين التحاليل الطبية هن الأمهات اللاتي أنجبن بين 4_6 اطفال بنسبة 60,87%، أما النسبة الأمهات اللاتي أجرت التحاليل ولديهن بين 2_3 أطفال فقدرت نسبتهن بـ48,53%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (05) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن رتبة المولود يؤثر في التحاليل الطبية بعد الولادة.

ج.رتبة المولود وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب رتبة المولود:

شكل رقم(22.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب رتبة المولود.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

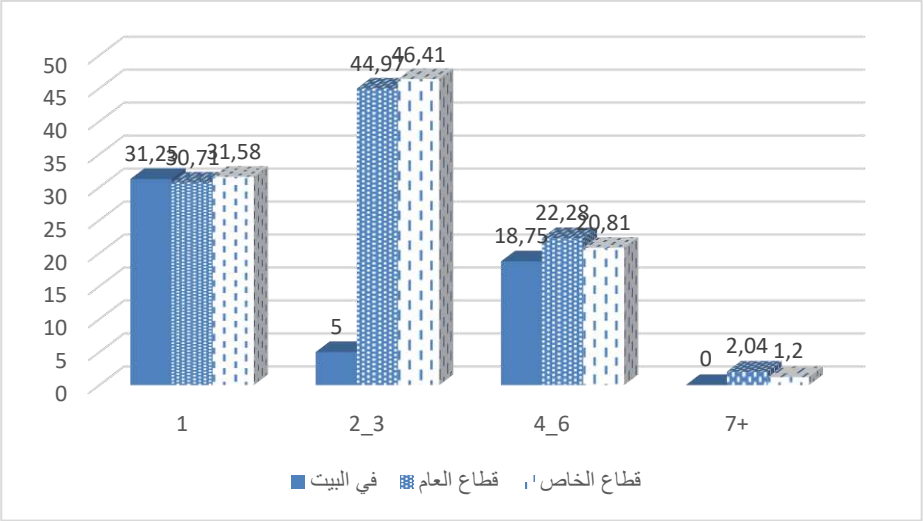
يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي قمن بزيارة واحدة وأكثر من زيارة بعد الولادة كانت لصالح رتبة مولودهن بين 2_3طفل بنسبة على التوالي 46,24% و 48,27% من مجموع 68,55%، ز31,2% أما اللواتي لم تصرح بعدد زيارة كانت ذوات المولود الأول بنسبة 66,67%من مجموع 0,25%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (06) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,200 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن رتبة المولود لايؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د. رتبة المولود ومكان رقابة صحة الأم:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة صحة الأم حسب رتبة المولود:

شكل رقم(3.23): توزيع مكان رقابة صحة الأم حسب رتبة المولود.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي كان مكان رقابة صحتهن في البيت لصالح الأمهات رتبة مولودهن الأول بنسبة 31,25% من مجموع 3,99%، أما اللواتي مكان رقابة صحتهن في القطاع العام والقطاع الخاص كانت النسبة الأكبر لصالح الأمهات الواتي أنجبن بين 2_3طفل النسب على التوالي 44,97%، 46,14%، من مجموع نسب على التوالي 61,23%، 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (06) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,831 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن رتبة المولود لايؤثر في مكان رقابة صحة الأم.

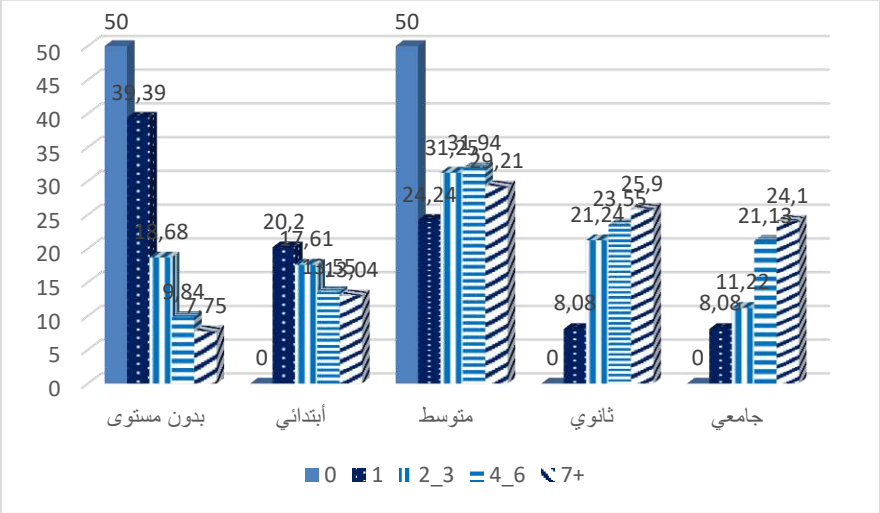
ومن نستنتج رتبة المولود يؤثر في عدد الزيارات و التحاليل الطبية ولا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة الام بعد الولادة.

4.3. المستوى التعليمي والمتابعة الصحية:

أ. المستوى التعليمي وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب المستوى التعليمي:

شكل رقم(24.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب المستوى التعليمي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا أعلى نسبة للأمهات اللواتي لم تقم باي زيارة هن بدون مستوى و المستوى المتوسط بنفس النسبة وهي 50% من نسبة 0,04%، أما أعلى نسبة للواتي قمن بزيارة واحد هن ليس لديهن مستوى بنسبة 39,39% من نسبة 1,93%، أما أكبر نسبة للواتي عدد زياراتهن بين 2_3 و بين 4_6 زيارات و7 زيارات فما فوق هن ذوات المستوى متوسط بنسب على التوالي 31,25% و 31,94% و29,21%من مجموع نسب على التوالي 29,02% و48,37% و20,64%.

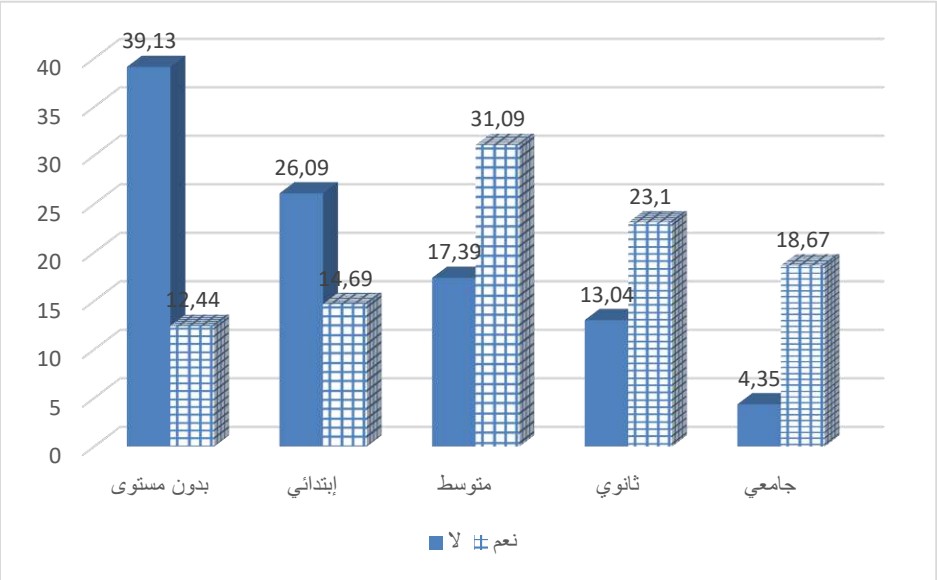
ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (07) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لإختبار سبرمان وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن مستوى التعليمي يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

لدينا قيمة R تساوي 0.185 أي أن الارتباط عكسي ضعيف جدا، أي أنه كلما زاد المستوى التعليمي كلما تراجع عدد الزيارات قبل الولادة.

ب.المستوى التعليمي والتحاليل الطبية:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب المستوى التعليمي:

شكل رقم(25.3):توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل حسب المستوى التعليمي



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

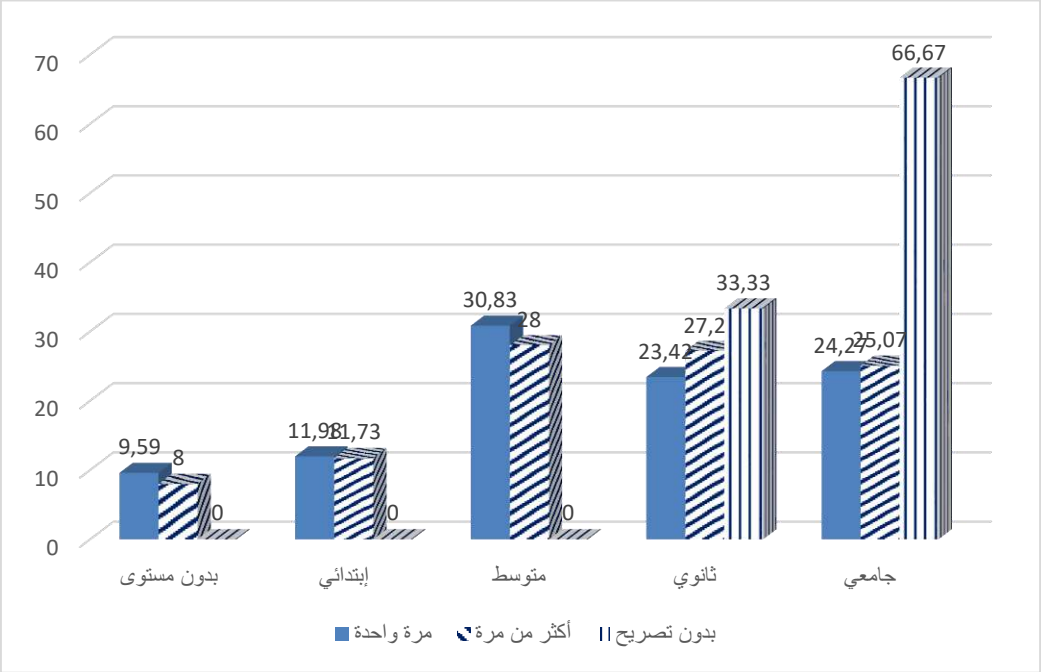
يتبين من خلال الشكل أن النسبة الأكبر للأمهات اللاتي لم تجرين التحاليل الطبية هن الأمهات بدون مستوى بنسبة 39,13% من مجموع 0,45%، أما النسبة الأكبرللواتي أجرت التحاليل هن الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 31,09% من مجموع 99,55%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (07) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,001 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن مستوى التعليمي يؤثر في إجرار التحاليل الطبية.

ج.المستوى التعليمي وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب المستوى التعليمي:

شكل رقم(26.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب المستوى التعليمي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

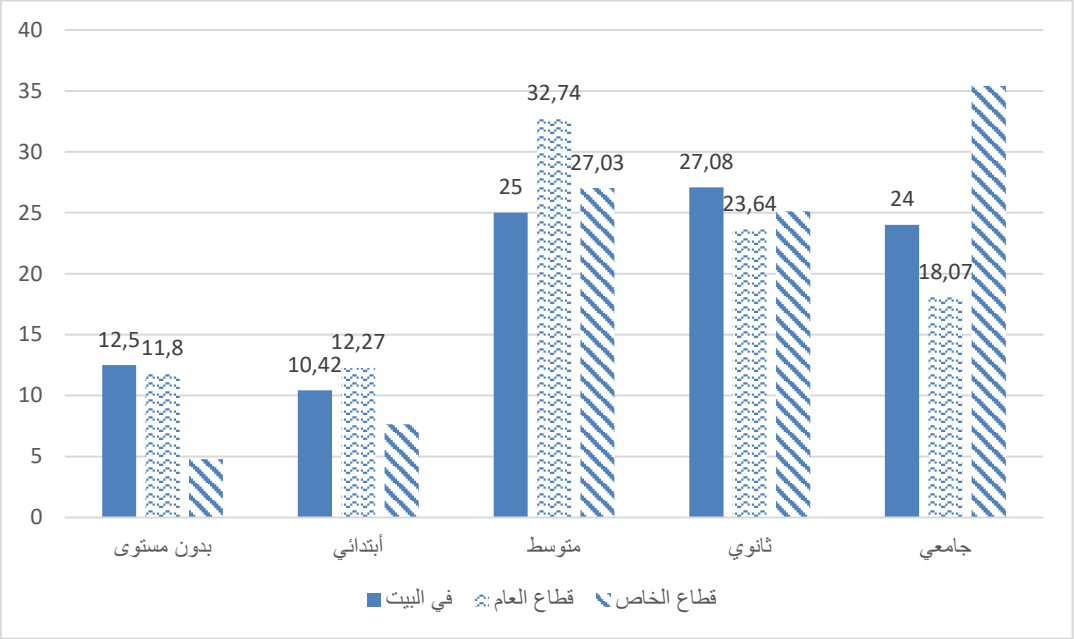
يتبين من خلال الشكل أن نسبة الأكبر للأمهات الواتي قمن بزيارة مرة واحدة وأكثر من زيارة هن ذوات المستوى متوسط بنسب على التوالي 30,83%، 28% من مجموع 68,55%، 31,2%، أما بنسبة للواتلي لم تقم بتصريح هن ذوات المستوى الجامعي بنسبة 66,67% من مجموع 0,25%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (08) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,564 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن مستوي التعليمي لايؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د. المستوى التعليمي ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة مستوى التعليمي:

شكل رقم(27.3): توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب مستوى التعليمي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا أعلى نسبة للأمهات اللواتي كانترقابة صحتهن في البيت هن ذوات المستوى الثانوي بنسبة 27,08% من مجموع نسبة 0,04%، أما أعلى نسبة للواتي رقابة صحتهن في القطاع العام هن ذوات المستوى المتوسط بنسبة 32,74% من مجموع61,23%، اما الواتي كانت رقابتهن في القطاع الخاص أغلى نسبة كانت لذوات المستوى الجامعي بنسبة 35,14% من مجموع 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (08) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه المستوى التعليمي يؤثر مكان رقابة صحة الأم.

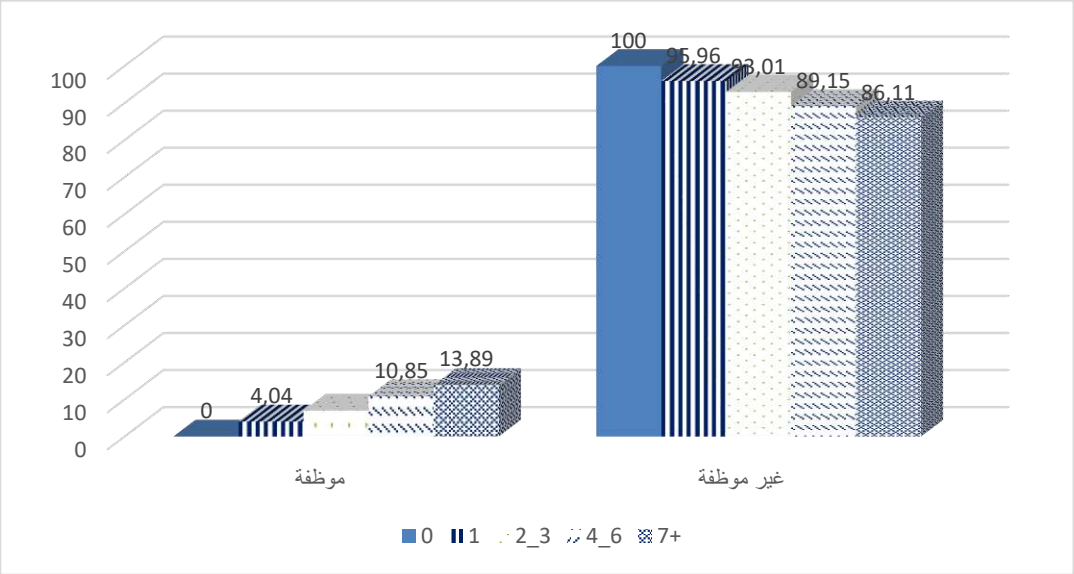
نستنتج أن المستوى التعليمي يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة والتحاليل الطبية ومكان رقابة صحة الأم، ولايؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

5.3.الوضعية المهنية والمتابعة الصحية:

أ.الوضعية المهنية وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب الوضعية المهنية:

شكل رقم(28.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب الوضعية المهنية.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

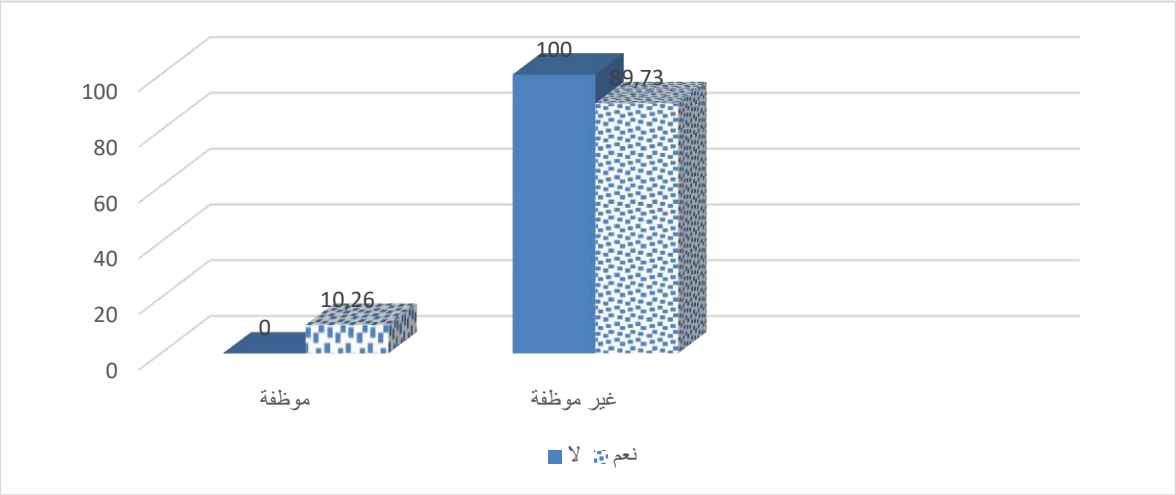
يتبين من خلال الشكل أن الأمهات اللواتي لم يقمن باي زيارة بعد الولادة واللواتي قمن بويارة واحدة و من 2_3 زيارات و4_6 زيارات و7 زيارات فمافوق كانت النسبة الأكبر لصالح الامهات غير موظفات بنسب على التوالي 100% و95,96% و93,01%، 89,15%، 86,11% من مجموع نسب على التوالي0,04%، 1,93%، 29,02%، 48,37%، 20,64%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (09) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

ب. الوضعية المهنية والتحاليل الطبية للمرأة الحامل:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب الوضعية المهنية:

شكل رقم(29.3):توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب الوضعية المهنية.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

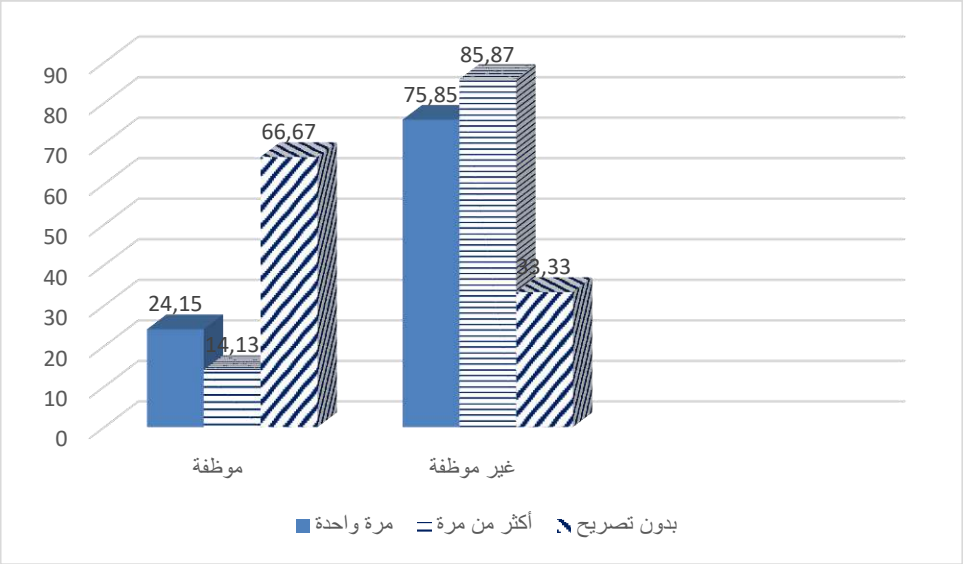
يتبين من خلال الشكل أن النسبة الأكبر للأمهات اللواتي لم تجري التحاليل الطبية واللواتي أجرت التحاليل هن الأمهات غير موظفات بنسب على التوالي 100%، 89,73% من مجموع نسب 0,45% و 99,55%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (09) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,105 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية لاتؤثر في التحاليل الطبية.

ج. الوضعية المهنية وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب الوضعية المهنية:

شكل رقم(30.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب الوضعية المهنية.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019

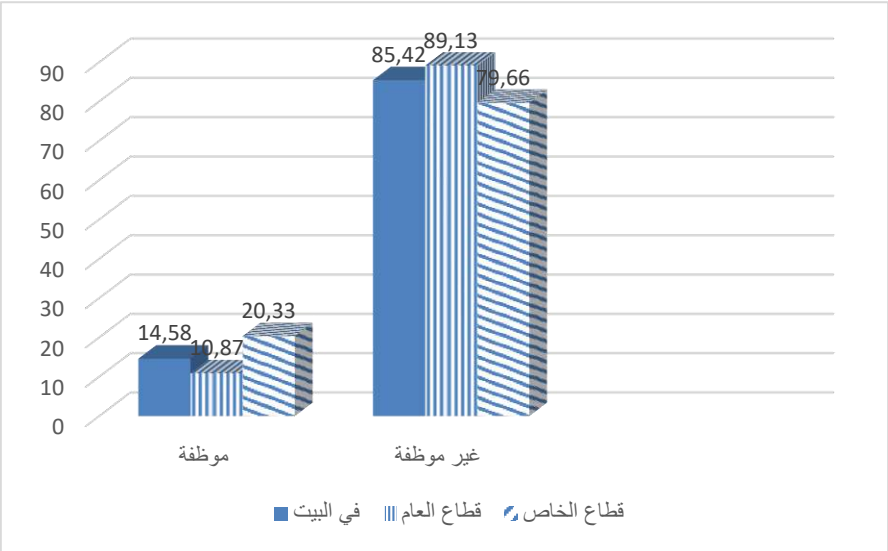
يتبين من خلال الشكل أن النسبة الأكبر للأمهات اللواتي قمن بزيارة واحدة وأكثر من زيارة بعد الولادة هن الغير موظفات بنسب على التوالي 75,85%، 85,87%، من مجموع نسب 68,55% و31,2%، أما بالنسبة للواتي لم تقم بتصريح هن الأمهات الموظفات بنسبة 66,67% نت مجموع 0,25%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (10) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,036 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د. الوضعية المهنية ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب الوضعية المهنية:

شكل رقم(31.3): توزيع رقابة الأم بعد الولادة حسب الوضعية المهنية.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي كان مكان رقابة صحتهن في البيت والقطاع العام والقطاع الخاص لصالح الأمهات غير موظفات بنسب على التوالي 85,24%، 89,13%، 79,66% من مجموع نسب على التوالي 3,99%، 61,23%، 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (10) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية تؤثر في رقابة.

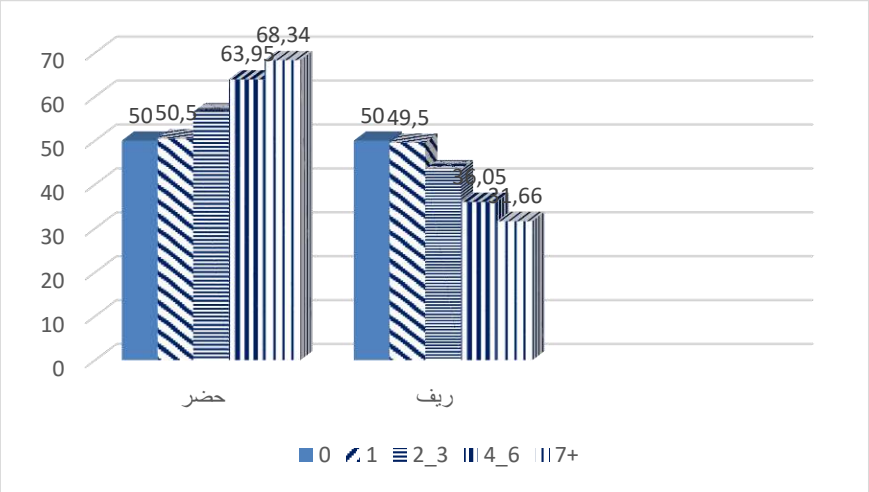
نستنتج أن الوضعية المهنية يؤثر في عدد الزيارات قبل وبعد الولادة وفي مكان رقابة صحة الأم ولايؤثر في إجراء التحاليل الطبية.

6.3. مكان الإقامة والمتابعة الصحية للمرأة الحامل:

أ. مكان الإقامة وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب مكان الأقامة:

شكل رقم(32.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب مكان الأقامة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين من خلال الشكل أن الأمهات اللواتي لم يقمن باي زيارة بعد الولادة كان نسبتهن نفسها في حضر وريف وهي 50% من نسبة 0,04% ، أما بالنسبة للامهات اللواتي قمن بويارة واحدة و من 2_3 زيارات و4_6 زيارات و7 زيارات فمافوق كانت النسبة الأكبر لصالح الامهات المقيمات في الحضر بنسب على التوالي 50,50% و56,52% و63,95%، 68,34%، من مجموع نسب على التوالي 1,93%، 29,02%، 48,37%، 20,64%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (11) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,000 لأختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية تؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

ب. مكان الإقامة والتحاليل الطبية للمرأة الحامل:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب مكان الإقامة:

شكل رقم(33.3): توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب سن مكان الإقامة.

المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

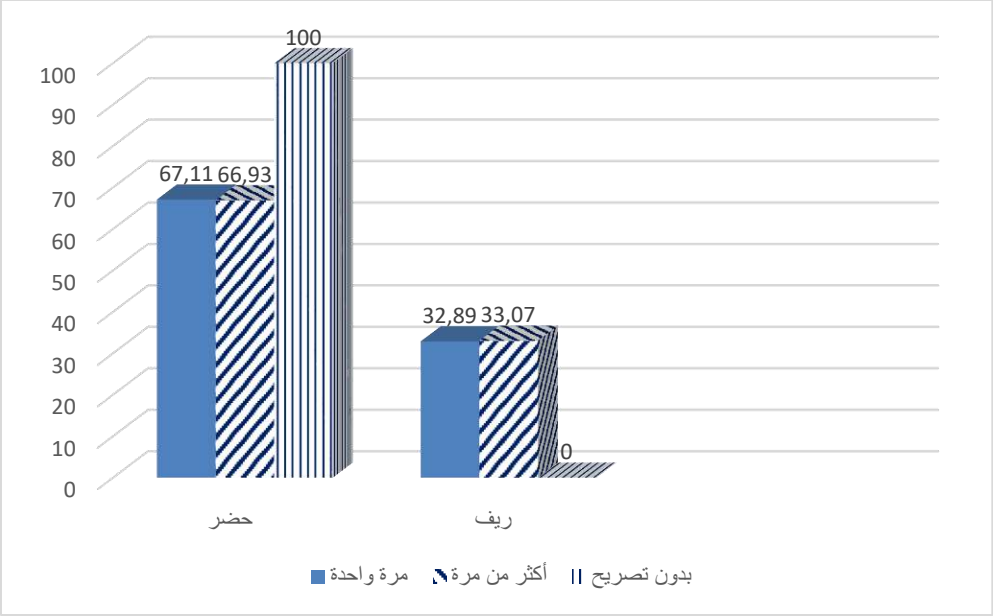
يتبين من حلال الشكل أن أكبر نسبة للأمهات اللواتي لم تقم بتحاليل الطبية هن الأمهات المقيمات في الريف بنسبة 65,22% من مجموع 0,45%، أما بالنسبة للواتي أجرت التحاليل الطبية النسبة الأكبر للصالح المقيمات في الحضر بنسبة 37,44% من مجموع 99,55%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (11) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,006 لإختبار كاي دو وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن الوضعية المهنية تؤثر في إجراء التحاليل الطبية.

ج.مكان الإقامة وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب مكان الأقامة:

شكل رقم(34.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب مكان الأقامة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

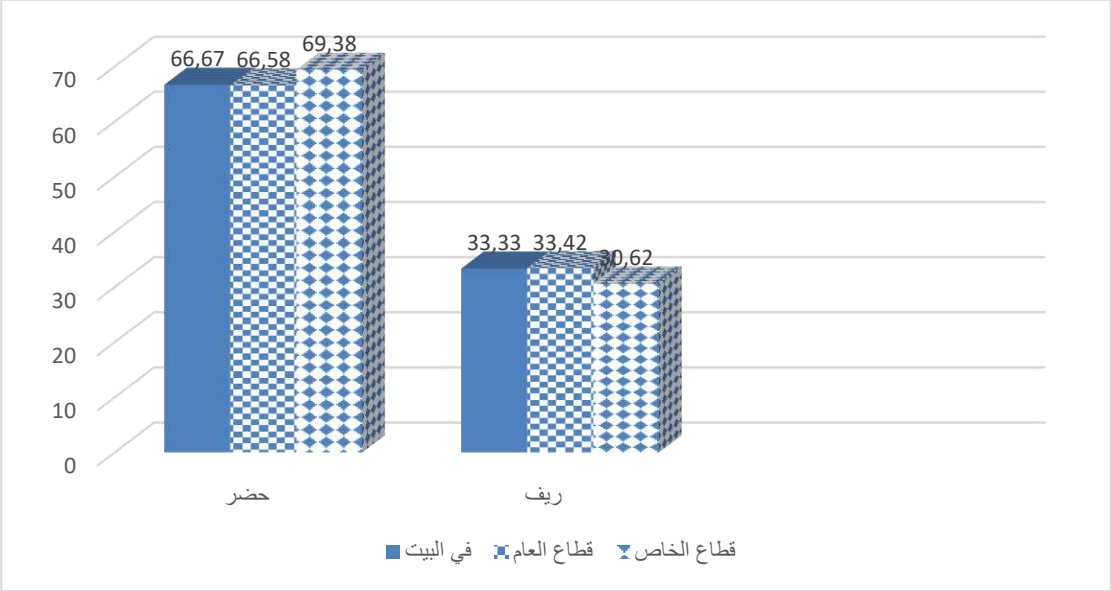
يتبين من خلال الشكل أن الأمهات اللواتي لم يقمن باي زيارة بعد الولادة كان نسبتهن نفسها في الجنوب والشمال وهي 50% من نسبة 0,04% ، أما بالنسبة للامهات اللواتي قمن بويارة واحدة و من 2_3 زيارات و4_6 زيارات و7 زيارات فمافوق كانت النسبة الأكبر لصالح الامهات المقيمات في شمال بنسب على التوالي 75,76% و80,58%، 80,97%، 83,65%، من مجموع نسب على التوالي 1,93%، 29,02%، 48,37%، 20,64%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (12) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,478 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن مكان الإقامة لا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د. مكان الإقامة ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب مكان الإقامة:

شكل رقم(35.3): توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب مكان الإقامة.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي كان مكان رقابة صحتهن في البيت والقطاع العام والقطاع الخاص لصالح الأمهات الواتي يقمن في حضر بنسب على التوالي 66,6%، 66,58%، 69.38% من مجموع نسب على التوالي 3,99%، 61,23%، 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (12) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,615 لأختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن مكان الإقامة لا يؤثر في مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة.

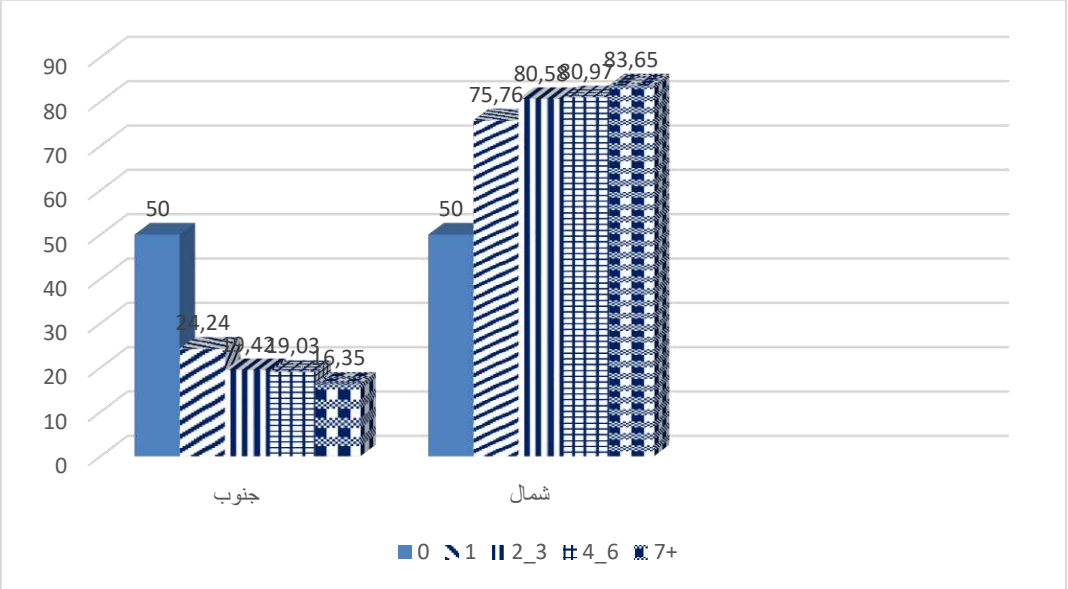
نستنتج أن مكان الأقامة يؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة وإجرار التحاليل الطبية ولايؤثر فب عدد الزيارات بعد الولادة ومكانة رقابة صحة الأم بعد الولادة.

7.3. التقسيم الجغرافي والمتابعة الصحية:

أ. التقسيم الجغرافي وعدد الزيارات قبل الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي:

شكل رقم(36.3): توزيع عدد الزيارات قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

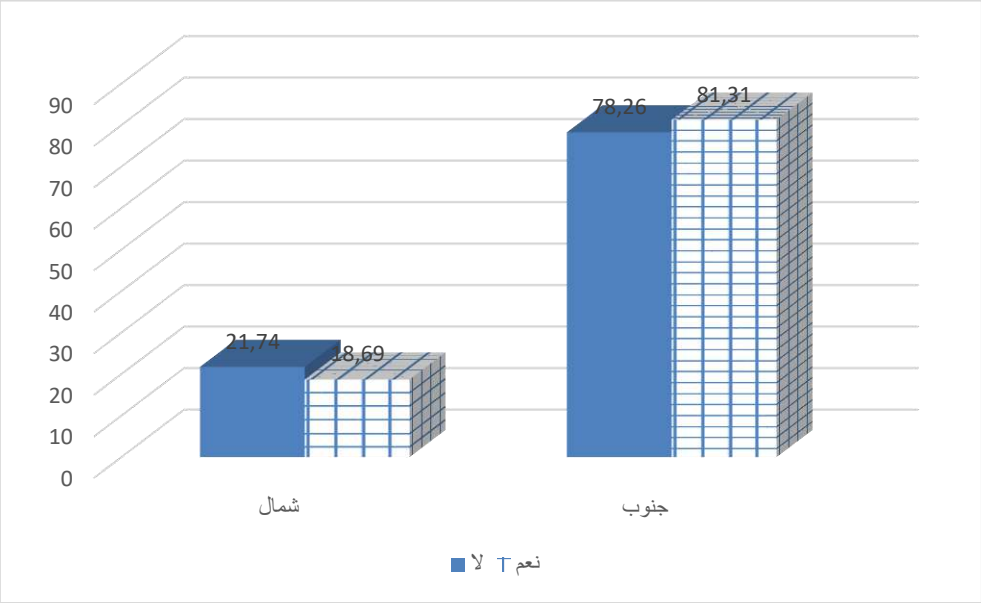
يتبين من خلال الشكل أن الأمهات اللواتي لم يقمن باي زيارة بعد الولادة كان نسبتهن نفسها في الجنوب والشمال وهي 50% من نسبة 0,04% ، أما بالنسبة للامهات اللواتي قمن بويارة واحدة و من 2_3 زيارات و4_6 زيارات و7 زيارات فمافوق كانت النسبة الأكبر لصالح الامهات المقيمات في شمال بنسب على التوالي 75,76% و80,58%، 80,97%، 83,65%، من مجموع نسب على التوالي 1,93%، 29,02%، 48,37%، 20,64%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (13) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,099 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن تقسيم الجغرافي لايؤثر في عدد الزيارات قبل الولادة.

ب.التقسيم الجغرافي والتحاليل الطبية للمرأة الحامل:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي:

شكل رقم(37.3): توزيع تصريحات الأمهات اللاتي أجرين تحليلا طبيا واحدا على الأقل قبل الولادة حسب التقسيم الجغرافي:



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

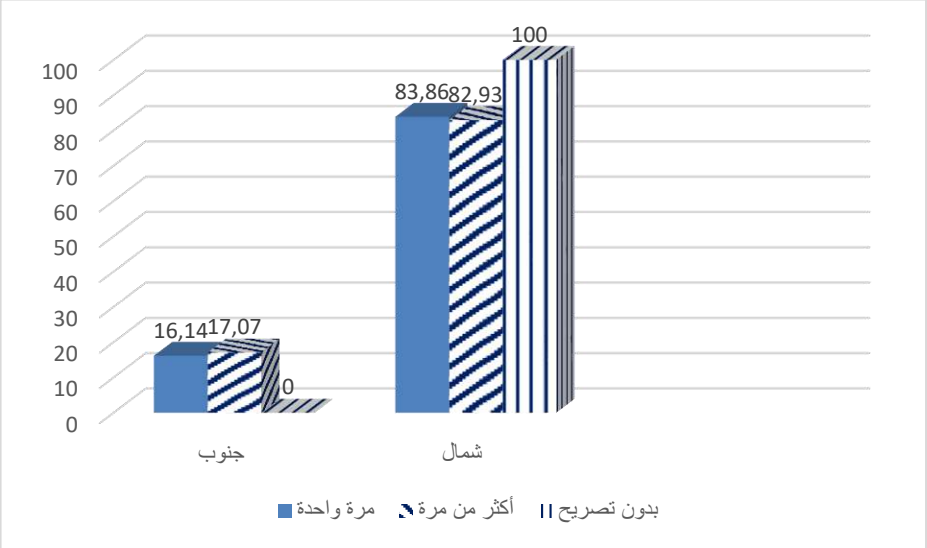
يتبين من خلال الشكل أن التسبة الأكبر للأمهات اللواتي لم تجري التحاليل الطبية واللواتي أجرت التحاليل هن الأمهات المقيمات في الجنوب بنسب على التوالي 78,26%، 81,31% من مجموع نسب 0,45% و 99,55%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (13) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,708 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن تقسيم الجغرافي لايؤثر في إجراء التحاليل الطبية.

ج. التقسيم الجغرافي وعدد الزيارات بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب التقسيم الجغرافي:

شكل رقم(38.3): توزيع عدد الزيارات بعد الولادة حسب التقسيم الجغرافي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

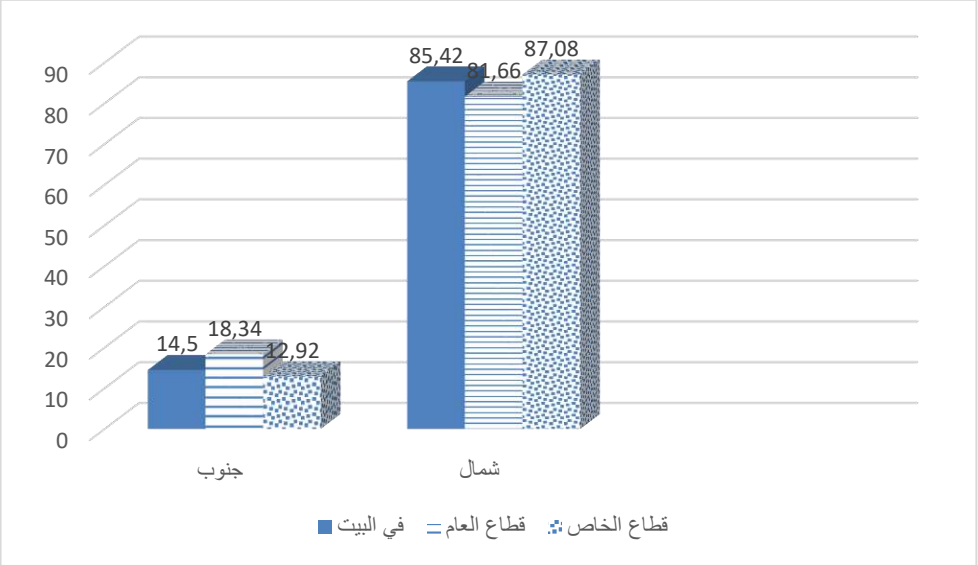
يتبين من خلال الشكل أن النسبة الأكبر للأمهات اللواتي قمن بزيارة واحدة وأكثر من زيارة بعد الولادة والتي لم تقم بتصريح هن الواتي يقمن في الشمال بنسب على التوالي 83,86%، 82,93%، 100% من مجموع نسب 68,55% و31,2%، 0,25%.

ومن خلال الجدول الأول للملحق رقم (14) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنوية Sig=0,687 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن تقسيم الجغرافي لايؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة.

د.التقسيم الجغرافي ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة:

الشكل البياني التالي يبيّن لنا توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب تقسيم الجغرافي:

شكل رقم(39.5): توزيع مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة حسب تقسيم الجغرافي.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019.

يتبين لنا من خلال الشكل أنا النسبة الأكبر الأمهات اللواتي كان مكان رقابة صحتهن في البيت والقطاع العام والقطاع الخاص لصالح الأمهات الواتي يقمن في شمال بنسب على التوالي 85,24%، 81,66%، 87,08% من مجموع نسب على التوالي 3,99%، 61,23%، 34,78%.

ومن خلال الجدول الثاني للملحق رقم (14) يتضح لنا أن قيمة الدلالة المعنويةSig=0,054 لإختبار كاي دو وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ومنه نستنتج أن تقسيم الجغرافي لايؤثر مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة.

ومنه نستنتج أن التقسيم الجغرافي لأ يؤثر في عدد الزيارات قبل وبعد الولادة وتحاليل الطبية ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة، ومنه التقسيم الجغرافي لايؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل.

III. النتائج العامة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات التطبيقية لدراسة الميدانية والمتمثلة في مصادر جمع المعطيات ومجال المعاينة وحجم العينة بالإضافة إلى التعريف بالبرامج والأساليب الإحصائية المستعملة(إختبار كاي دو ومعامل الارتباط سبيرمان)، ومن خلال هذا الجزء قمنا بتحليل وعرض البيانات المتعلقة بالمتابعة الصحية للمرأة الحامل حسب سن المرأة عند الولادة، جنس المولود الجديد، رتبة المولود، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، مكان الإقامة والتقسيم الجغرافي، بناء على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics6 المنجز سنة 2019 بالجزائر، ثم مناقشة الفرضيات بتوظيف الطرق الإحصائية المناسبة التي تساعد في إثباتها أو نفيها.

بعد عرض البيانات وتحليل النتائج ثم إختبار الفرضيات الاحصائية والتوصل إلى جملة من النتائج سنحاول تلخيصها في النقاط التالية:

1. سن المرأة عند الولادة يؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من جانب عدد الزيارات الطبية قبل الولادة والتحاليل الطبية، ولا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة الأم لصحتها بعد الولادة؛

2. جنس المولود الجديد لا يؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل؛

3. رتبة المولود تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من حيث عدد الزيارات الطبية قبل الولادة و التحاليل الطبية، ولا تؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة ومكان رقابة الأم لصحتها بعد الولادة؛

4. المستوى التعليمي للأم يؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من جانب عدد الزيارات الطبية قبل الولادة والتحاليل الطبية ومكان رقابة صحة الأم بعد الولادة، ولا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة؛

5.الحالة المهنية للأم تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من حيث عدد الزيارات قبل وبعد الولادة وفي مكان رقابة صحة الأم بعد الولادة، و لا تؤثر في إجراء التحاليل الطبية؛

6.مكان الإقامة يؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من جانب عدد الزيارات قبل الولادة وإجراء التحاليل الطبية، ولا يؤثر في عدد الزيارات بعد الولادة ومكانة رقابة صحة الأم بعد الولادة؛

7. التقسيم الجغرافي لا يؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل.

المصادر ومراجع:

1. المسح العنقودي متعدد الموشرات، سنة 2000.
2. المسح العنقودي متعدد الموشرات، سنة 2006.
3. المسح العنقودي متعدد الموشرات, سنة 2013/2012.

الكتب

1_ علي العكورف، الخصائص الأجتماعية والديموغرافية وعلاقتها بحقوق الأنجاب عند المرأة، دار الأيام لنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2012.

مذكرات:

1_خديجة موسى علاوين، الصحة الانجابية للمرأة في برامج التلفزيون الأردني، لنيل شهادة الماستر سنة 2002

2_سامية بونفة، العوامل السوسيوديموغرافية المؤثرة على صحة المرأة في مرحلة مابعد سن الأنجاب(50,59)، لنيل شهادة الدكتوراء في علم الأجتماع والديموغرافيا سنة 2017،

3_سواكري خديجة، تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15_49 سنة،جامعة باتنة1 الحاج الاخضر، لنيل شهادة الدكتوراء، سنة 2020/2019،

4_ نهال حمزة عبد الرحمن أبو أيوب، مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين الفترة2004_2013، لنيل درجة الماجستر في الجغرافيا بكلية الدراسات العلية في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين، سنة 2015،

مجلة:

1_الأحصاءات الصحية العالمية،منظمة الصحة العالمية، سنة 2009

2_آمال ينون، تحسين الصحة الأنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية_ المرأة الجزائرية نموذجا_،جامعة محمد الصديق بن يحي جيليل، الجزائر، مجلة الدراسات، سنة 2017

3_فيصل عبد الكريم، بن زايد ريم، واقع الصحة الأنجابية للمرأة في الجزائر، سنة 2016.

4___سومية بوحفص، المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك مجلة العلوم الأنسانية والأجتماعية، العدد 27، سنة 2016

الموقع:

1_مجموعة البنك الدولي
WORLD BANK GROUP (US): https://data.albankaldawli.org/indic

المراجع باللغة الاجنبية:

_مذكرات

1_ louadi tayeb.evolution de la mortalite en algerie,2012 page v103

2_ nadjat kadi. Sante reproductive et pauvrete en algerie،these en de lobtention du titre de docteur en demographic 2013

3_UN PEUPLE_ UN BUT_UNE FOL.POLITIQUE et normes des services de sante de La reproduction .2005 Page 25

الملاحق

ملحق رقم (**01**):

- Corrélations non paramétriques

Corrélations

			Age de la mère à la naissance	consultation prénatale
Rho de Spearman	Age de la mère à la naissance	Coefficient de corrélation	1,000	-,052**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	5127	5127
	consultation prénatale	Coefficient de corrélation	-,052**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	5127	5127

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Age de la mère à la naissance * analyse :

Tests du khi-carré

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
					95% Intervalle de confiance			95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	9,288[a]	2	,010	,017[b]	,014	,019			
Rapport de vraisemblance	6,768	2	,034	,027[b]	,024	,030			
Test exact de Fisher	8,415			,015[b]	,012	,017			
Association linéaire par linéaire	,967[c]	1	,325	,382[b]	,372	,391	,221[b]	,213	,229
N d'observations valides	5127								

a. 1 cellules (16,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,46.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 624387341.
c. La statistique standardisée est -,983.

ملحق رقم (02):

- Age de la mère à la naissance * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	3,646[a]	4	,456	,354[b]	,345	,363			
Rapport de vraisemblance	4,479	4	,345	,288[b]	,279	,297			
Test exact de Fisher	4,252			,388[b]	,379	,398			
Association linéaire par linéaire	3,148[c]	1	,076	,073[b]	,068	,078	,037[b]	,033	,040
N d'observations valides	1202								

a. 3 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,06.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 624387341.

c. La statistique standardisée est -1,774.

- Age de la mère à la naissance * Lieu de contrôle de la santé de la mère :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	4,746[a]	4	,314	,301[b]	,292	,309			
Rapport de vraisemblance	4,806	4	,308	,324[b]	,315	,333			
Test exact de Fisher	4,883			,264[b]	,255	,272			
Association linéaire par linéaire	2,368[c]	1	,124	,136[b]	,129	,142	,074[b]	,069	,079
N d'observations valides	1202								

a. 1 cellules (11,1%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,04.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 624387341.

c. La statistique standardisée est -1,539.

ملحق رقم (03):

-Sexe du nouveau-né * consultation prénatale :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,303[a]	4	,178	,163[b]	,156	,171			
Rapport de vraisemblance	7,095	4	,131	,151[b]	,144	,158			
Test exact de Fisher	5,920			,178[b]	,170	,185			
Association linéaire par linéaire	1,678[c]	1	,195	,194[b]	,186	,201	,101[b]	,095	,107
N d'observations valides	5127								

a. 2 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,98.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est 1,296.

- Sexe du nouveau-né * analyse :

Tests du khi-carré[c]

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	1,832[a]	1	,176	,212	,126	
Correction pour continuité[b]	1,310	1	,252			
Rapport de vraisemblance	1,865	1	,172	,212	,126	
Test exact de Fisher				,212	,126	
Association linéaire par linéaire	1,832[d]	1	,176	,212	,126	,068
N d'observations valides	5127					

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,24.
b. Calculée uniquement pour une table 2x2
c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo.
d. La statistique standardisée est 1,353.

ملحق رقم (04):

-Sexe du nouveau-né * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,710[a]	2	,258	,347[b]	,337	,356			
Rapport de vraisemblance	2,719	2	,257	,347[b]	,337	,356			
Test exact de Fisher	2,786			,272[b]	,263	,281			
Association linéaire par linéaire	2,323[c]	1	,127	,139[b]	,133	,146	,072[b]	,067	,077
N d'observations valides	1202								

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 1,43.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est -1,524.

- Sexe du nouveau-né * Lieu de contrôle de la santé de la mère

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	,308[a]	2	,857	,871[b]	,865	,878			
Rapport de vraisemblance	,309	2	,857	,871[b]	,865	,878			
Test exact de Fisher	,308			,871[b]	,865	,878			
Association linéaire par linéaire	,078[c]	1	,780	,791[b]	,783	,799	,409[b]	,399	,419
N d'observations valides	1202								

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 22,88.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est ,279.

ملحق رقم (05):

Corrélations non paramétriques

Corrélations

			Rang de naissance	consultation prénatale
Rho de Spearman	Rang de naissance	Coefficient de corrélation	1,000	-,173**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	5127	5127
	consultation prénatale	Coefficient de corrélation	-,173**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	5127	5127

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- Rang de naissance * analyse

Tests du khi-carré

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
					95% Intervalle de confiance			95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	18,580[a]	3	,000	,002[b]	,001	,003			
Rapport de vraisemblance	17,056	3	,001	,001[b]	,000	,002			
Test exact de Fisher	16,784			,001[b]	,000	,001			
Association linéaire par linéaire	15,007[c]	1	,000	,000[b]	,000	,001	,000[b]	,000	,001
N d'observations valides	5127								

a. 1 cellules (12,5%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,51.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.
c. La statistique standardisée est -3,874.

ملحق رقم (06):

- Rang de naissance * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	8,561[a]	6	,200	,161[b]	,153	,168			
Rapport de vraisemblance	9,098	6	,168	,146[b]	,139	,153			
Test exact de Fisher	9,528			,132[b]	,125	,138			
Association linéaire par linéaire	5,980[c]	1	,014	,015[b]	,013	,017	,007[b]	,005	,009
N d'observations valides	1202								

a. 4 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,05.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est -2,445.

-Rang de naissance * Lieu de contrôle de la santé de la mère :

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,817[a]	6	,831	,839[b]	,832	,846			
Rapport de vraisemblance	3,637	6	,726	,766[b]	,758	,774			
Test exact de Fisher	1,924			,919[b]	,913	,924			
Association linéaire par linéaire	,205[c]	1	,651	,656[b]	,647	,665	,340[b]	,331	,349
N d'observations valides	1202								

a. 1 cellules (8,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,80.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est -,453.

ملحق رقم (07):

Corrélations non paramétriques

Corrélations

			Instruction de la femme	consultation prénatale
Rho de Spearman	Instruction de la femme	Coefficient de corrélation	1,000	,185**
		Sig. (bilatéral)	.	,000
		N	5127	5127
	consultation prénatale	Coefficient de corrélation	,185**	1,000
		Sig. (bilatéral)	,000	.
		N	5127	5127

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- Instruction de la femme * analyse

Tests du khi-carré

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
					95% Intervalle de confiance			95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	19,914[a]	4	,001	,001[b]	,000	,001			
Rapport de vraisemblance	16,432	4	,002	,003[b]	,002	,004			
Test exact de Fisher	15,828			,001[b]	,000	,002			
Association linéaire par linéaire	15,483[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	5127								

a. 3 cellules (30,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,89.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est 3,935.

ملحق رقم (08):

- Instruction de la femme * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,747[a]	8	,564	,560[b]	,551	,570			
Rapport de vraisemblance	7,565	8	,477	,546[b]	,536	,555			
Test exact de Fisher	5,954			,622[b]	,612	,631			
Association linéaire par linéaire	3,895[c]	1	,048	,048[b]	,044	,053	,024[b]	,021	,027
N d'observations valides	1202								

a. 5 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,27.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est 1,974.

- Instruction de la femme * Lieu de contrôle de la santé de la mère

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	59,606[a]	8	,000	,000[b]	,000	,000			
Rapport de vraisemblance	60,346	8	,000	,000[b]	,000	,000			
Test exact de Fisher	59,962			,000[b]	,000	,000			
Association linéaire par linéaire	41,943[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	1202								

a. 1 cellules (6,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,35.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 1993510611.
c. La statistique standardisée est 6,476.

ملحق رقم (09):

- Activité économique de la femme * consultation prénatale

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	37,901[a]	4	,000	,000[b]	,000	,000			
Rapport de vraisemblance	39,682	4	,000	,000[b]	,000	,000			
Test exact de Fisher	38,695			,000[b]	,000	,000			
Association linéaire par linéaire	37,659[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	5127								

a. 2 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,20.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 126474071.

c. La statistique standardisée est -6,137.

- Activité économique de la femme * analyse

Tests du khi-carré[c]

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	2,630[a]	1	,105	,162	,083	
Correction pour continuité[b]	1,630	1	,202			
Rapport de vraisemblance	4,971	1	,026	,090	,083	
Test exact de Fisher				,162	,083	
Association linéaire par linéaire	2,630[d]	1	,105	,162	,083	,083
N d'observations valides	5127					

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,35.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo

d. La statistique standardisée est -1,622.

ملحق رقم (10):

- Activité économique de la femme * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,637[a]	2	,036	,065[b]	,060	,070			
Rapport de vraisemblance	4,261	2	,119	,120[b]	,114	,127			
Test exact de Fisher	5,017			,084[b]	,078	,089			
Association linéaire par linéaire	2,347[c]	1	,126	,127[b]	,121	,134	,077[b]	,071	,082
N d'observations valides	1202								

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,43.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 126474071.

c. La statistique standardisée est -1,532.

- Activité économique de la femme * Lieu de contrôle de la santé de la mère

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	19,482[a]	2	,000	,000[b]	,000	,000			
Rapport de vraisemblance	18,831	2	,000	,000[b]	,000	,000			
Test exact de Fisher	18,917			,000[b]	,000	,000			
Association linéaire par linéaire	14,528[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	1202								

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6,87.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 126474071.

c. La statistique standardisée est -3,812.

ملحق رقم (11):

- Milieu de résidence * consultation prénatale

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	46,488[a]	4	,000	,000[b]	,000	,000			
Rapport de vraisemblance	46,295	4	,000	,000[b]	,000	,000			
Test exact de Fisher	46,619			,000[b]	,000	,000			
Association linéaire par linéaire	45,218[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	5127								

a. 2 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,75.
b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.
c. La statistique standardisée est -6,724.

- Milieu de résidence * analyse

Tests du khi-carré[c]

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	7,532[a]	1	,006	,009	,006	
Correction pour continuité[b]	6,394	1	,011			
Rapport de vraisemblance	7,223	1	,007	,009	,006	
Test exact de Fisher				,009	,006	
Association linéaire par linéaire	7,530[d]	1	,006	,009	,006	,005
N d'observations valides	5127					

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8,64.
b. Calculée uniquement pour une table 2x2
c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo.
d. La statistique standardisée est -2,744.

ملحق رقم (12):

- Milieu de résidence * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	1,476[a]	2	,478	,657[b]	,648	,667			
Rapport de vraisemblance	2,398	2	,302	,461[b]	,451	,470			
Test exact de Fisher	,978			,710[b]	,701	,718			
Association linéaire par linéaire	,528[c]	1	,467	,476[b]	,466	,486	,249[b]	,241	,258
N d'observations valides	1202								

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,99.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est -,727.

- Milieu de résidence * Lieu de contrôle de la santé de la mère

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	,973[a]	2	,615	,618[b]	,608	,627			
Rapport de vraisemblance	,978	2	,613	,618[b]	,608	,627			
Test exact de Fisher	,989			,613[b]	,604	,623			
Association linéaire par linéaire	,839[c]	1	,360	,357[b]	,347	,366	,189[b]	,182	,197
N d'observations valides	1202								

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 15,57.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 2000000.

c. La statistique standardisée est -,916.

ملحق رقم (13):

- Espace de programmation territoriale (EPT) * consultation prénatale

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	7,816[a]	4	,099	,105[b]	,099	,111			
Rapport de vraisemblance	7,519	4	,111	,114[b]	,108	,121			
Test exact de Fisher	8,392			,070[b]	,065	,075			
Association linéaire par linéaire	5,347[c]	1	,021	,024[b]	,021	,027	,013[b]	,010	,015
N d'observations valides	5127								

a. 2 cellules (20,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,37.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 92208573.

c. La statistique standardisée est 2,312.

- Espace de programmation territoriale (EPT) * analyse

Tests du khi-carré[c]

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	,140[a]	1	,708	,788	,436	
Correction pour continuité[b]	,011	1	,916			
Rapport de vraisemblance	,135	1	,714	,788	,436	
Test exact de Fisher				,788	,436	
Association linéaire par linéaire	,140[d]	1	,708	,788	,436	,186
N d'observations valides	5127					

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,30.

b. Calculée uniquement pour une table 2x2

c. Pour un tableau croisé 2x2, des résultats exacts sont fournis au lieu de résultats Monte Carlo.

d. La statistique standardisée est ,374.

ملحق رقم (14):

- Espace de programmation territoriale (EPT) * Nombre de fois que la santé de la mère a été vérifiée après la naissance

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	,751[a]	2	,687	,759[b]	,751	,768			
Rapport de vraisemblance	1,235	2	,539	,645[b]	,636	,655			
Test exact de Fisher	,310			,811[b]	,804	,819			
Association linéaire par linéaire	,033[c]	1	,857	,904[b]	,898	,909	,478[b]	,468	,487
N d'observations valides	1202								

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,49.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 92208573.

c. La statistique standardisée est ,181.

- Espace de programmation territoriale (EPT) * Lieu de contrôle de la santé de la mère

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)			Sig. Monte Carlo (unilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance		Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure		Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	5,855[a]	2	,054	,061[b]	,057	,066			
Rapport de vraisemblance	6,008	2	,050	,054[b]	,050	,059			
Test exact de Fisher	5,845			,059[b]	,054	,063			
Association linéaire par linéaire	3,696[c]	1	,055	,064[b]	,059	,069	,033[b]	,029	,036
N d'observations valides	1202								

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,83.

b. Basé sur 10000 tables échantillonnées avec valeur de départ 92208573.

c. La statistique standardisée est 1,923.

الملخص:

تهدف الدراسة إلى التعرف على أثر العوامل السوسيوديموغرافية على المتابعة الصحية للمرأة الحامل بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics 6 2019 وتفريغها بالاعتماد على برنامج spss واختبار الفرضيات التي تم وضعها وكانت النتائج أن اجنس المولود الجديد والتقسيم الجغرافي لا يؤثران على المتابعة الصحية، فحين أن سن المرأة عند الولادة ورتبة المولود ومستوى التعليمي والحالة المهنية ومكان الإقامة ويؤثرون على المتابعة الصحية.

الكلمات المفتاحية: المتابعة الصحية، المرأة الحامل، المسح، Mics6، العوامل الديموغرافية، العوامل الإجتماعية، سن المرأة عند الولادة، الجنس المولود الجديد، رتبة المولود، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، مكان الإقامة، التقسيم الجغرافي.

Abstract:

The study aims to identify the impact of sociodemographic factors on the health follow-up of pregnant women based on the data of the multi-indicator survey Mics6 2019 and unpacking it based on the spss program and testing the hypotheses that have been developed. Women at birth, rank of newborn, educational level, occupational status and place of residence, and they affect health follow-up.

Key words: health follow-up, pregnant woman, survey, Mics5, demographic factors, social factors, woman's age at birth, gender of the newborn, rank of the newborn, educational level, occupational status, place of residence, geographical division