

جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الإجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم علم الاجتماع والديمغرافي



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي
الميدان: العلوم الاجتماعية
شعبة: الديمغرافيا
تخصص: تخطيط سكاني
إعداد الطالبة:
✓ قربوعة مليكة
الموضوع:

التطور الصحي وتأثيره على الصحة الإيجابية للأم

دراسة ميدانية على عينة من الأمهات ببلدية الريسات ولاية ورقلة (2003-2014)

تاريخ المناقشة: 08 / 06 / 2014

لجنة المناقشة:

الأستاذ طيبة عمر رئيسا
الأستاذة صابرة بن نور مشرفة
الأستاذ بوزيد بوحفص مناقشا

السنة الجامعية 2013-2014

إهداء

الحمد لله الأول بلا ابتداء، الآخر بلا انتهاء، المنفرد بقدرته المتعالي في سلطانه، الذي لا تحويه الجهات ولا تدركه العيون ولا تبلغه الظنون.

أما بعد : فإن العلم سلاح المرء في كل زمان ، به يرتقي سلم الحضارة والتقدم ، ويبنى الحاضر والمستقبل الزاهرين وفي نهاية كل عمل يتوج بتقدير وأنا أرى بأن هذا العمل لم ينتهي لولا مساعدة والمسندة لذلك انا أتقدم بإهداء هذا التقدير لهم ، إلى من قال فيهما جل جلال "وأحفظ لهما جناح الذل من الرحمة وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا" إلى من احمل اسمك بكل احترام ، يا من يرتعش قلبي لذكراك ، يامن كافح من اجل تعليمي و تربيتي ، إلى أبي العزيز " عمر". إلى ينبوع الصبر و التفاؤل و الأمل ، إلى كل من في الوجود بعد الله و رسوله إلى أنبل وأعظم إنسانة في الوجود أمي الغالية "يسمينة " إلى كل من انتظروا ثمرة نجاحي طيلة هذه السنوات إخوتي : شامة وأمينة خديجة،عائشة، نور الإيمان وأكرم

إلى كل أصدقاء الدفعة إلى جميع طلبة الديمغرافية .

شكر و تقدير شكر و تقدير

الحمد لله حمد الشاكرين ، الحمد لله الذي أمدني بعونه وتوفيقه على انجاز هذه الرسالة المتواضعة ، الحمد لله الذي بفضلته سخر لي من كانوا عوناً لي فحق على شكرهم وتقديرهم والاعتراف بفضلهم بعد الله سبحانه وتعالى عبارة الشكر لا تكفى لكن تقبليها مني بكل ما تحمله الكلمة من معنى أشكركم فأنتم من حولت الفشل إلى نجاح باهر، يعلو في القمم أنت الأستاذة الفاضلة (بن نور صابرة) منك تعلمت أن للنجاح أسرار ومنك تعلمت أن المستحيل يتحقق ومنك تعلمنا فلك الشكر والتقدير و الامتنان على جهودك القيمة

وأتوجه أيضاً بخالص الشكر و الامتنان لكل من الأستاذ المحترم "بن زيان نور الدين" على مساعدة ومساندتي في إنجاز هذا العمل كما أشكر الأستاذ الفاضل "طلباوي الحوسين" على صبره والتوجهات التي قدمها لي ، و أشكر لكل من الأساتذة "بوحفص بوزيد، محمد صالي" وأتمنى لهم الأفضل في حياتهم.

فهرس المحتويات

- شكر وتقدير	
- قائمة المحتويات	
- قائمة الجداول	
- قائمة البيانات	
- المقدمة العامة..... أ	
الفصل الأول: الإطار المنهجي والنظري	
I. إشكالية الدراسة.....	1
II. الفرضيات.....	3
III. أهداف الدراسة.....	4
IV. أسباب اختيار الموضوع.....	4
V. أهمية الدراسة.....	5
VI. تحديد المفاهيم.....	6
VII. الدراسات السابقة.....	8
الفصل الثاني: التطور الصحي في الجزائر	
تمهيد الفصل.....	22
I. سياسة الصحية في الجزائر.....	23
1. المرحلة الأولى 1962-1973.....	23
2. المرحلة الثانية 1974-1986.....	24
3. المرحلة الثالثة 1986-2004.....	27
II. قانون حماية وتعزيز الصحة الإنجابية.....	31
III. أوضاع الصحة الإنجابية في الجزائر.....	32
IV. خلاصة الفصل.....	38

الفصل الثالث: عرض وتحليل نتائج البحث

40	تمهيد الفصل.....
41	I. الإجراءات المنهجية.....
41	1. مجالات الدراسة الميدانية.....
41	1.1. المجال المكاني.....
41	2.1. المجال الزمني.....
42	3.1. المجتمع المستهدف.....
42	2. عينة الدراسة.....
43	3. المنهج المستخدم.....
44	4. أدوات جمع البيانات.....
46	5. إجراءات تفرغ بيانات الدراسة وتحليلها:.....
47	II. عرض وتحليل نتائج الدراسة.....
47	1. التعريف بخصائص عينة الدراسة.....
51	2. تحليل النتائج.....
72	النتائج العامة.....

- قائمة المصادر والمراجع

- قائمة الملاحق

- ملخص الدراسة

- جدول رقم (01): تطور عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات (1962-2006) 30
- جدول رقم (02): التوزيع أفراد العينة حسب السن 47
- جدول رقم (03): متوسط عدد الأطفال ومتوسط العمر عند الزوج الأول 48
- جدول رقم (04): توزيع الأمهات حسب سنوات آخر ولادة 50
- جدول رقم (05) : توزيع نساء العينة حسب ترددهن على المراكز الصحية عند آخر ولادة 51
- جدول رقم (06): توزيع نساء العينة حسب الفحوصات المقدمة لهن 53
- جدول (07): توزيع النساء العينة حسب الحصول على سرير لوضع مولود في المستشفى 55
- جدول رقم (08):توزيع النساء العينة حسب طبيب الذي أشرف على توليد 56
- جدول رقم (09): توزيع نساء العينة حسب أسباب زهابهن للكشف 58
- جدول رقم (10): توزيع الأمهات حسب مصدر النصائح والإرشادات المقدمة لهن خلال فترة الحمل 59
- جدول رقم(11): توزيع نساء العينة حسب التوصيات المقدمة أثناء فترة الحمل 61
- جدول رقم(12):توزيع أسباب عدم العودة إلى المستشفى حسب نساء العينة 64
- جدول رقم (13): توزيع نساء العينة حسب مدة الانتظار 65
- جدول رقم (14): توزيع نساء العينة حسب المركز صحي المفضل 66

- شكل رقم (01): توزيع الأمهات حسب السن..... 47
- الشكل رقم (02): توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة..... 48
- الشكل رقم (03): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية..... 48
- الشكل رقم (04): التوزيع الأمهات العينة حسب آخر سنوات الولادة..... 50
- الشكل رقم (05): التوزيع الأمهات العينة حسب ترددهن على المراكز الصحية 52
- الشكل رقم (06): توزيع الأمهات العينة حسب الفحوصات المقدمة لهن 54
- الشكل رقم (07): توزيع عناصر العينة حسب أسباب ذهابهن للكشف 58
- الشكل رقم (08): توزيع الأمهات العينة حسب مصدر الإرشادات المقدمة 60
- الشكل رقم (09): توزيع أفراد العينة حسب نظام التكوين..... 42
- الشكل رقم (10): توزيع الأمهات العينة التوصيات المقدمة أثناء الحمل 61
- الشكل رقم (11): توزيع الأمهات العينة حسب درجة الرضا على الخدمات الصحية.. 63
- الشكل رقم (12): توزيع الأمهات العينة حسب عودتهن إلى المستشفى 64
- الشكل رقم (13): توزيع الأمهات العينة حسب أسباب عدم العودة إلى المستشفى 65
- الشكل رقم (14): توزيع الأمهات العينة حسب مدة الإنتظار 65
- الشكل رقم (15): توزيع أمهات العينة حسب مكان المركز الصحي 66
- الشكل رقم (16): توزيع نساء العينة حسب حالتهم النفسية وكيفية تعامل الطبيب معها. 68
- الشكل رقم (17): توزيع نساء العينة حسب معاينة الطبيب النفسي بعد الولادة..... 71.

يعتبر التطور الصحي من أهم المؤشرات التي يقاس بها تقدم الدولة وتحلفها، وفي هذا المؤشر يوجد العديد من المجالات التي تتداخل فيما بينها وتتكامل للوصول إلى أرقى الدرجات التطور ومن بين هذه المجالات اختيرا المجال الصحة الإنجابية، حيث أنه يعتبر الجانب الحديث الناشئة كانت البداية لظهوره في المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994 .

شهدت الجزائر عقب الاستقلال نمواً ديمغرافياً متسارعا بالمقارنة مع إمكاناتها الاقتصادية، لذلك لجأت الحكومة لإنشاء أول مركز لمباعدة للولادات بالمستشفى الجامعي "مصطفى باشا" يهدف إلى حماية الأم والطفل سنة 1967، وفي سنة 1969 تم فتح مراكز أخرى في كل من وهران وقسنطينة، ركزت تلك المراكز على ثلاثة محاور أساسية تمثلت في الاهتمام بصحة الأم من الحمل إلى الوضع، الاهتمام بصحة الرضيع ورعايته حتى بلوغه 6 سنوات، تقديم الإرشادات والتوجيهات اللازمة للأزواج الراغبين في تنظيم النسل، وفي سنة 1974 تم إنشاء مراكز لرعاية الأمومة والطفولة مهمتها متابعة الحمل الموجود في وضعية خطيرة، توجيه الأمهات إلى مراكز الولادة، مراقبة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة، إجراء التلقيحات ومتابعة الطفل حتى يبلغ 06 سنوات، كل هذه الخدمات كانت مقدمة مجانا، وفي سنة 1988 تم اعتماد الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي (AAPF) بناء على القرار الصادر سنة 1987، وقد ضمت حوالي 1955 مركزا موزعا عبر كامل التراب الوطني، وفي سنة 1995 أنشأ وزير الصحة "اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة" مؤلفة من أطباء وممثلين عن المجتمع المدني، هدفها تحسين الصحة الإنجابية وتشجيع تنظيم الأسرة، في سنة 1997 أصدر برنامج لمكافحة وفيات الأمهات، خاصة الوفيات المتعلقة بالولادة، وكانت أهم نشاطاته:

✓ ترقية مفهوم منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف تباعد الولادات؛

✓ متابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل وفترة ما بعد الوضع؛

خلال سنة 2000-2004 وضعت الجزائر 06 برامج فيما يخص صحة الأم والطفل، أشرفت على تطبيقها لجان تقنية تهدف في مجملها إلى المراقبة المنتظمة للأم والطفل أثناء وبعد الحمل، كما سمحت بإجراء تدريبات على المستوى المحلي والجهوي والوطني لفائدة ثلاثة أشخاص من القطاع صحي (طبيب الأطفال، طبيب نساء وقابلة)، ضمن برامج خاصة بالتلقيحات، وأخرى خاصة بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد، وبرامج خاصة بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال، وبرامج خاصة بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال، وبرامج خاص بمكافحة داء المفاصل، وبرامج للوقاية من الحوادث.

مقدمة عامة:

ساهم التطور الصحي في المجال الصحة الإنجابية بتوفير العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية، لمتابعة الولادات التي تتم في المستشفيات، بحث أنّ الإمكانات والخدمات المتوفرة على مستوى هذه العيادات والمراكز والمستشفيات هي التي تحقق مستوى التطور الصحي.

من خلال هذه الدراسة سنحاول معرفة الإمكانات المتواجدة في العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية والمستشفيات، وكيفية تقديم هذه الخدمات لرصد تقدم هذا المجال على مدى 10 سنوات سابقة للملاحظة، وطُبقت الدراسة ببلدية الرويسات ولاية ورقلة على أمهات اللواتي يترددن على العيادات المتعددة الخدمات، وتمت ولادتهن بالمستشفى. لإنجاز هذا العمل تم تقسيمه إلى ثلاث فصول، بدأنا بفصل تمهيدي اشتمل على إشكالية البحث بكل جوانبها لإبراز أهمية موضوع الدراسة، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الإجرائية التي تخدم الموضوع والدراسات السابقة التي عالجت نفس موضوع دراستنا وأفادتنا في تكوين الجانب النظري وتحليل المحتوى.

انتقلنا في الفصل الثاني إلى الحديث عن أهم مراحل السياسة الصحية بالجزائر وأهم تأثيراتها على الأوضاع الصحية عموماً وعلى الصحة الإنجابية بوجه خاص.

أما الفصل الثالث فقد اشتمل على الدراسة الميدانية للموضوع لرصد الوضع الصحي ببلدية الرويسات خلال عشر سنوات الأخيرة باستجواب عينة من الأمهات اللواتي يترددن على المراكز الصحية المتواجدة بالبلدية. واختمنا بحثنا هذا بمجموعة من التوصيات، قائمة لأهم المصادر والمراجع المعتمدة واستمارة العمل ضمن قائمة الملاحق.

الفصل الأول:

الإطار المنهجي والنظري

I. الإشكالية:

عرفت الجزائر كغيرها من الدول تطورات في شتى المجالات لاسيما المجال الصحي، حيث انتقل النظام الصحي من الطب التقليدي إلى الطب الحديث، وكنتيجة ايجابية لهذا التطور الصحي، ركزت بصفة خاصة على الصحة الإنجابية للمرأة.

تُعَدُّ مرحلة الحمل والولادة وما بعدها من أهم المراحل التي تواجه المرأة في حياتها الإنجابية، لذا أخذ هذا الموضوع أهمية كبيرة في المجال الطبي، الاجتماعي، السياسي، الاقتصادي والديمقراطي.

لقد سعت الجزائر إلى تطوير المجال الطبي الخاص بصحة الأم، كل هذا بهدف تحسين المستوى الصحي والإنجابي للأم من جهة وصحة الجنين من جهة أخرى، وتشجيع الأمهات على التحلي عن الولادة في المنازل التي تنجر عنها أخطار ومضاعفات صحية عند الأم والجنين معًا. وقد أدت هذه البرامج التحفيزية إلى رفع عدد الولادات في المراكز الصحية والمستشفيات عنها في المنازل، حسب إحصائيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة **PAPFAM 2002**، التي قُدِّرت نسبة الولادات في المستشفيات بـ 80% مقابل 9% في المنازل، كما قُدِّرت هذه النسبة حسب تعداد العام للسكان والسكن **RGPH 2008** بـ 85% مقابل 8.8% بالمنازل. هذا التغيير الملحوظ قد أثر على العديد من الجوانب المتعلقة بالصحة الإنجابية، فقد ساعد في التقليل من احتمال وفيات الأمهات أثناء الولادة وما بعدها.

وبالرغم من الجهود المبذولة من طرف الدولة في مجال الصحة الإنجابية، وإنشاء العديد من المراكز الصحية، وتحقيق العديد من المسوحات الصحية والديمقراطية لخدمة هذا الجانب، إلا أنه لا يزال الكثير مما يجب انجازه في مجال الصحة الإنجابية للوصول إلى أمومة بدون خطر خاصة في بعض الولايات التي لا زالت تعاني إلى يومنا هذا من ضعف في الخدمات الصحية التي تحرص على صحة الأم وحينها.

وعدم المراقبة الطبية للمرأة أثناء فترة الحمل والولادة تساهم في حدوث مشاكل صحية ومضاعفات قد تتسبب في وفاتها، حيث قدرت وفيات الأمهات في الجزائر بـ 117 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1999⁽¹⁾، وقد انخفض هذا العدد سنة 2013 ليصل إلى 70 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية⁽²⁾، واحتلت الجزائر بهذا العدد المرتبة 76⁽³⁾ عالميا في وفيات الأمهات.

¹ زهية م، دورات تكوينية للمرشدات الدينيات لتوعية النساء بأهمية الصحة الإنجابية، فخر يومية جزائر، عدد 145، الأربعاء 5 فبراير 2014.

² زهية م، فخر يومية جزائر، نفس المرجع السابق.

³ منصور ح، إحصائيات يبحثون سبل حد من وفيات الحوامل، وقت الجزائر، العدد 1529،

الفصل الأول:.....الإطار المنهجي والنظري

ولاية ورقلة من أهم الولايات الجزائري وهي تقع في الجنوب وبدورها شهدت مؤخرًا تطورًا في المجال الصحي بإنشاء بعض المراكز الصحية لحماية الأمومة، ببعض بلدياتها مثل بلدية الرويسات، التي سنحاول -من خلال عملنا هذا- البحث في خبايا الوضع الصحي بها، مدى تطوره، ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية بها. من هنا يمكننا طرح التساؤل التالي:

كيف أثر التطور الصحي على الصحة الإنجابية للأم ببلدية الرويسات؟

وعليه فإن إشكالية بحثنا تتمحور حول التساؤلات التالية:

1. كيف أثرت الخدمات الصحية المتوفرة بمراكز الأمومة ببلدية الرويسات في إقبال النساء عليها؟
2. كيف أثرت الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى مراكز الأمومة في اهتمام النساء بصحتهن الإنجابية ببلدية الرويسات؟
3. هل تهمت الخدمات الصحية بالجانب النفسي للأم في بلدية الرويسات؟
4. هل يؤثر عدد المراكز الصحية المتوفرة ببلدية الرويسات على الصحة الإنجابية للأم؟

III. الفرضيات:

لتحقيق هذا العمل اعتمدنا على الفرضيات التالية:

1. تساهم الخدمات الصحية المتوفرة بمراكز الأمومة لبلدية الرويسات في إقبال النساء عليها خلال 10 السنوات السابقة؛
2. تساهم جودة الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى مراكز الأمومة في اهتمام النساء بصحتهن الإنجابية ببلدية الرويسات خلال 10 السنوات السابقة .
3. أهملت الخدمات الصحية الجانب النفسي للأم ببلدية الرويسات.
4. يؤثر عدد المراكز الصحية ببلدية الرويسات على الصحة الإنجابية للأم.

II. أهداف الدراسة:

تسعى كل دراسة -في نهاية الأمر- إلى تحقيق أهداف معينة تجعلها ذات قيمة علمية، سواء كانت نظرية تسعى لمحاولة فهم أو تفسير ظاهرة اجتماعية أو تطبيقية تحاول إيجاد حلول لمشكلات ميدانية ترتبط بتطبيقات معينة أو إجراءات محددة، وعليه فإن دراستنا هذه ستحاول رصد مدى فاعلية البرامج الصحية على المستوى الصحي للأم ببلدية الرويسات بتحقيق الأهداف التالية:

1. معرفة مدى تأثير الخدمات الصحية المتوفرة بمراكز الأمومة ببلدية الرويسات في إقبال النساء عليها؛

الفصل الأول:.....الإطار المنهجي والنظري

2. تحديد مدى تأثير جود الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى مراكز الأمومة في اهتمام النساء بصحتهن الإنجابية ببلدية الرويسات؛

3. معرفة مدى اهتمام الخدمات الصحية بالجانب النفسي للأم في بلدية الرويسات؛

4. معرفة مدى تأثير عدد المراكز الصحية المتوفرة ببلدية الرويسات على الصحة الإنجابية للأم.

IV. أهمية الدراسة:

تتوقف أهمية أي دراسة على أهمية الظاهرة المدروسة، وعلى قيمة النتائج والحقائق العلمية التي يمكن أن تفيد الباحث وتساعد على تسطير السياسات والاستراتيجيات المناسبة.

تكتسب أهمية هذا البحث من الحساسية التي تتميز بها مشكلة الدراسة، فنظرًا لأهمية وحساسية موضوع الصحة الإنجابية في حياة الإنسان والمجتمع ككل، جاءت هذه الدراسة كمحاولة لمعرفة ثغرات الوضع صحي بلدية الرويسات ومحاولة معرفة مدى تأثيره على مستوى الصحة الإنجابية للأمهات، من خلال كشف عيوب ومحاسن كل من المراكز المكلفة برعاية الأمومة المتوفرة بهذه البلدية، ومحاولة إيجاد بعض البدائل التي يمكن أن تساعد في تحسين الوضع لحماية الأم والجنين معًا.

V. أسباب اختيار الموضوع:

لكل بحث جملة من الظروف التي تدفع بالباحث إلى اختياره والعمل على تفكيك عناصره، ومن أبرز الأسباب التي دفعتنا إلى اختيار مشكلة هذا البحث ما يلي:

1. التخصص العلمي: فموضوع الصحة الإنجابية من المواضيع التي تهتم الدراسات السكانية، لكونها عنصرًا يتأثر ويؤثر في مختلف

العوامل الديمغرافية، ويلعب دورًا مهمًا في اتخاذ مختلف القرارات ورسم السياسات والبرامج الصحية.

2. حساسية وجدية الموضوع: لقد تم اختيار هذا الموضوع للبحث بغية إلقاء الضوء على شريحة هامة من المجتمع وهي فئة

الأمهات، والتي تحتاج دومًا إلى تقديم الدعم والنصح لتحقيق مستوى صحي أفضل.

3. الحاجة إلى المزيد من الدراسات التي تسلط الضوء على الصحة الإنجابية، بهدف إثراء المكتبة يمثل هذه الدراسات التي قد تُمكن

من تحليل الواقع ضمن نتائج تخص الظاهرة المدروسة.

VI. التحديد الإجرائي للمفاهيم:

لابدّ من تحديد المفاهيم والمصطلحات الأساسية لإجراء مثل هذه الدراسات بهدف إيضاح كيفية قياس الظاهرة المدروسة. وقد قمنا بتحديد معاني المفاهيم الأساسية للدراسة فيما يلي:

1. الأم:

أ. لغة: الأم هي المرأة التي تضع مولودا أو أكثر.

ب. اصطلاحا: تعني حالة حمل ووضع مولود¹.

ج. التعريف الإجرائي: الأمومة البيولوجية يقصد بها مرحلتَي الحمل والوضع، لأن إمكانية الوضع عند النساء ترتبط بدرجة النمو والنضج الجسمي والانفعالي والاجتماعي، فالأمومة كلمة تدل على العلاقة أم-وليد ككل اجتماعي وبيولوجي، والتي تبدأ منذ إدراك وجود الطفل كل العمليات الفيزيولوجية من حمل وولادة ورضاعة⁽²⁾.

2. الصحة الإنجابية:

هي حالة رفاه كاملة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا في الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. (المنظمة الدولية لرعاية الأسرة، 1996)

كما تدل الصحة الإنجابية على قدرة التمتع بحياة جنسية سليمة، والقدرة على الإنجاب، وتحديد عدد الأطفال، والتخلص من الحمل غير المرغوب فيه، وعدم الإصابة بالأمراض أو الإعاقة أو الوفاة المرتبطة بالإنجاب، وقدرة الزوجين على تهيئة الظروف الملائمة لإنجاب أطفال أصحاء.

وقد تمّ تحديد عناصر الصحة الإنجابية في تسعة نقاط أساسية وهي:

1. تقديم الخدمات والتوعية فيما يتعلق بالأمومة الآمنة، والتي تضم الرعاية ما قبل الولادة والولادة الآمنة والرعاية بعد الولادة،

ورعاية الطفل حديث الولادة، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، وتوفير الاحتياجات الغذائية للأم؛

2. الاتصال والتثقيف وتوفير الخدمات التي تتعلق بتنظيم الأسرة؛

3. الوقاية من العقم وعلاجه؛

¹ HÉLÈNE DEUTSCHE: Psychologie de la femme ,Quadrige ,P U. France, 1993.p16

² بلقرمي سهام، الخدمة الاجتماعية الطبية المقدمة للأمومة، مذكرة الماجستير، علم الاجتماع، فرع الخدمات الاجتماعية، كلية الأدب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2004، ص18.

4. الوقاية من الإجهاض غير الآمن، ومعالجته وعواقبه؛

5. الوقاية ومعالجة إصابات الجهاز التناسلي، ومنها الأمراض المنقولة جنسياً؛

6. الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية؛

7. الوقاية ومكافحة الأمراض النسائية المتصلة بالإنجاب؛

8. محاربة العادات التي تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث؛

9. الوقاية ومعالجة الحالات غير الطبيعية ما بعد الإنجاب.

3. رعاية الصحة الإنجابية:

تشمل مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات التي تساهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية من خلال الوقاية من

الأمراض، وحل مشاكل الصحة الإنجابية. ومن أهم عناصر رعاية الصحة الإنجابية:

1. **الرعاية قبل الحمل:** تتمثل في إعداد الأم من الناحية الصحية والغذائية والنفسية للحمل، عن طريق إجراء الفحص الطبي

والتحليل والتثقيف الصحي للأم قبل الحمل، وكذلك اكتشاف الأمراض التي تنتقل عن طريق الوراثة.

2. **الرعاية أثناء الحمل:** تمنع الرعاية في هذه المرحلة من حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل، ويستدعي ذلك أن توضع الأم

تحت الإشراف الطبي المستمر لمراكز رعاية الأمومة والطفولة، أو المستشفيات أو الوحدات الصحية.

3. **الرعاية أثناء الولادة:** تحدث عملية الولادة تحت إشراف طبي كامل سواء في المستشفى أو منشآت صحية أخرى إذا لم يكن

الحمل خطيراً، وذلك لتجنب المضاعفات التي تتعرض لها الأم أثناء الولادة وكذلك المولود.

4. **الرعاية بعد الولادة:** توضع الأم تحت الإشراف الطبي بعد الولادة (فترة النفاس)، وهي حوالي ستة أسابيع، وتتم هذه الرعاية

عن طريق الأطباء والمولّدات، ومساعدات المولّدات، وأهم المشكلات التي قد تصادفها المرأة في هذه المرحلة هي النزيف الرحمي،

وارتفاع درجة الحرارة، كما تتلقى الأم في هذه المرحلة معلومات تثقيفية حول الرضاعة الطبيعية وفوائدها، وكيفية تغذية الوليد،

وتنشئته وأهمية تحصينه ضد الأمراض المعدية... الخ⁽¹⁾.

(1) - آسيا شريف وآخرون، **صحة الأسرة العربية والسكان**، الجامعة العربية، القاهرة، المجلد الخامس، العدد 13، 2012،

4. الأمومة الآمنة:

هي رعاية شاملة تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة (تغذية وبيئة صحية واجتماعية مناسبة)، والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى حماية الأم ووليدها خلال فترة حملها والولادة وما بعدها من المشاكل أو المخاطر الصحية، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من الحقوق الصحية للمرأة والوليد معًا، ومن أجل تقليل وفيات الأمهات والأطفال⁽¹⁾.

VII. الدراسات السابقة:

للاستعراض السابقة أو المشابهة دور حيوي بالنسبة للبحوث، فهي تمد الباحث بالفروض وتوضح المفاهيم وتمكنه من اختيار الحقائق المتعلقة بموضوع البحث، وتمكن الباحث من وضع دراسته بين نتائج الدراسات السابقة، ويستطيع عن طريق المقارنات أن يكشف أوجه الاتفاق والاختلاف⁽²⁾.

قبل البدء في استعراض أهم الدراسات التي تناولت موضوعنا، نشير إلى أن جل الدراسات التي تم جمعها تركز على الميدان الطبي دون غيره من الميادين، باعتبار موضوع الصحة الإنجابية جزء مهم في الدراسات الطبية وكذا الديمغرافية، وتمثل هذه الدراسات في المسوحات الوطنية من نوع الديمغرافية الصحية التي يتم إجراؤها على فترات زمنية دورية بهدف تقييم الأوضاع الصحية، وأهم المشاكل التي يعاني منها المجتمع، والتي يمكن بواسطة نتائجها وضع السياسات وإعداد البرامج والإستراتيجيات الصحية. ومن أهم الدراسات نذكر مايلي:

1. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992:

نظرا للإهتمام الذي يوليه موضوع صحة الأم والطفل، تم إجراء مسح على مستوى التراب الوطني سنة 1992، قام بتنفيذه كل من وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، وجامعة الدول العربية، يهدف هذا المسح إلى تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

✓ دراسة الظواهر الديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية؛

(1)- آسياشريف، واقع رعاية الأمومة وأبع ادها أثناء الولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص جغرافي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر، ص 11.

(2)- حسين عبد الحميد رشوان، أصول البحث الإجتماعي، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 2003، ص 225.

الفصل الأول:.....الإطار المنهجي والنظري

- ✓ تقسيم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة، واتجاهاتها؛
- ✓ تحديد ودراسة المحددات المؤثرة على صحة الأم وارتباطها بالخصوبة؛
- ✓ دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل؛
- ✓ دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة، وأثرها على صحة الأم والطفل.

كما ساهمت هذه الدراسة في تحسين الحالة الصحية للأم والطفل من خلال إبراز أهم المشكلات وتحديد الأولويات، ورسم الخطط والسياسات، وإعداد البرامج الوطنية المرتبطة بصحة الأم والطفل. ولتحقيق هذه الأهداف، تم اختيار عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، موزعة بين الريف والحضر حجمها 6694 أسرة معيشية، شملت 5881 امرأة (متزوجة، مطلقة، أرملة يقل عمرها عن 55 سنة).

وأبرزت نتائج المسح أن أكثر من نصف النساء الحوامل أي 58% قد تلقين على الأقل كشفا واحدا لمتابعة الحمل، وتتمركز عند النساء دون 30 من العمر وعند الأكثر تعليما، واللواتي أنجبن على الأقل طفلين، كما يرجع السبب الرئيسي لمتابعة الحمل إلى المشاكل الصحية والمقدرة بـ 54.6%، وقدرت المتابعة بصفة عادية بنسبة 54.5%.

كما اتضح من خلال نتائج المسح أن أكثر من نصف المبحوثات أي 78.9% من النساء لم تتلقين تطعيما ضد التيتانوس ونسبة 11% من النساء تلقت جرعة واحدة من التطعيم، و نسبة 11% من النساء أخذنا جرعتين من التطعيم، أما اللواتي لم تقبلن التطعيم هن النساء الكبيرات في السن (30 سنة فما)، ريفيات وبدون مستوى تعليمي، قد أنجبن أعداد كبيرة من الأطفال. كما تبين من خلال نتائج المسح أن الصداع المستمر هو الأكثر انتشارا عند النساء بنسبة 30.7%، ثم يليه تورم الأصابع والكواحل بـ 14.6%، ارتفاع ضغط الدم بنسبة 8.6%، والنزيف 6.5%.

لقد سلط المسح الضوء على الرعاية الصحية أثناء الولادة لدى الأمهات اللواتي أنجبن على الأقل طفلا واحدا خلال فترة 5 سنوات سابقة للمسح، حيث اتضح من خلال النتائج أن 70.8% من المبحوثات قد وضعن مولودهن في مراكز طبية حكومية، و 22.5% في المنزل، وقدرت نسبة الولادة في المراكز الطبية الخاصة بـ 5.2%.

كما قدرت نسبة الولادة التي حدثت خلال 5 سنوات سابقة على المسح بواسطة قابلة قانونية بـ 69.8%، والقابلة التقليدية 17.3% والطبيب 6.7%.

الفصل الأول:.....الإطار المنهجي والنظري

أما فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة، فقد أتضح أن أكثر من النصف أي حوالي 79.7% من الولادات لم تلقى لها الأم أي رعاية صحية بعد الولادة، وحوالي 13.4% فقط من تلقين رعاية صحية من طرف الطبيب، وتمركزت هذه الأخيرة عند النساء الحضريرات بـ 16.3% عند ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأعلى 25.2%.

2. تحقيق وفيات الأمهات عام 1999:

اعتمد هذا التحقيق على مجموعة من الأهداف أهمها:

1. محاولة تحديد معدل وفيات الأمهات؛
2. التعرف على أسباب وفيات الأمهات؛
3. التعرف على عوامل الخطر المرتبطة بالأسباب؛
4. إستراتيجية العناية بالمرأة الحامل وهذا من أجل تخفيض وفيات الأسباب.

شمل هذا التحقيق كل النساء في سن الإنجاب ما بين 15-45 سنة، وتم تنفيذه على ثلاث مستويات:

1. الحالة المدنية؛

2. قطاعات الصحة؛

3. وزارة الصحة والسكان¹.

وفي هذا الصدد، أحصى 7502742 امرأة في سن الإنجاب، وتوصل إلى إحصاء 7757 حالة وفاة عند النساء ما بين 15-49 من العمر، من بينها 697 حالة وفاة تمركزت في المناطق الجنوبية بحوالي 150 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حية. كما سجلت عدد حالات وفيات الأمهات في القطاع الصحي بـ 556، وما يقارب 141 حالة وفاة قد تمت في البيت. كما تمركزت ظاهرة وفيات الأمهات في الفئة 30-39 سنة مع متوسط عمر مقدر بـ 33 سنة، وما يقارب ربع وفيات الأمهات لم يتم تحديدهن مستواهن التعليمي، $\frac{3}{4}$ أميات أو ذوات مستوى تعليمي ابتدائي.

أما عن أسباب وفيات الأمهات، اتضح من خلال نتائج التحقيق أنه ما يقارب $\frac{3}{2}$ من وفيات الأمهات أي 71.1% ناجمة عن أسباب توليدية، وتمثلت الأسباب الأخرى في صعوبات ارتفاع الضغط الدموي بـ 18.4%، النزيف التناسلي 16.6%،

¹(Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique, 2001, p, 11).

الفصل الأول:.....الإطار المنهجي والنظري

تسمم الدم بـ 14.1%، والصعوبة في الوضع 12.2%. أما عن الأسباب غير التوليدية، فقد قدرت نسبتها بحوالي 28.9%، والمتمثلة أساسًا في أمراض القلب والأمراض المعدية.

ولم يتم العثور على باقي أسباب حالات الوفيات والتي قدرت بما يقارب 59 حالة وبعدها، حيث تبين أن 35% منهم لم تجر أي فحص طبي، جلهم قمن بالفحص الأول خلال الفصل الأول وذلك بنسبة 62.6%، و 30.6% منهن قمن بعملية الفحص بسبب الحمل الخطر، وما يلفت الانتباه من خلال نتائج التحقيق، أن السبب الوحيد الذي يدفع النساء الحوامل للفحص قبل الولادة مرتبط أساسًا بالضمان الاجتماعي، الذي يشترط تقديم ثلاثة شهادات طبية، وتعدى هذه الأخيرة غالبًا في آخر لحظة، أين يتم تحضير ملف الولادة.

3. دراسة تحليل واقع توفر خدمات تنظيم الأسرة و الصحة الإنجابية في الأردن المجلس الأعلى للسكان 2011 :

جاءت هذه الدراسة ضمن مشروع خطة العمل الوطنية للصحة الإنجابية /المرحلة الثانية 2008-2012، والتي من أبرز أهدافها الإستراتيجية توفير خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، وكذلك تحسين مستوى دعم القرارات لقضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، بالتالي تحسين صحة المرأة والطفل للتمكن من تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام 2015 .

هدفت الدراسة إلى تحليل واقع حال خدمات تنظيم الأسرة ومعلومات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن من خلال:

1. تقييم الوضع الحالي لواقع توفر معلومات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والقضايا السكانية والتي تقدم من قبل الجهات المختلفة العامة والخاصة والخيرية والدولية وعلى كافة مستويات التقسيمات الإدارية؛
2. اختلاف مؤهلات مقدمي الخدمات باختلاف نوع ومستوى نقطة تقديم الخدمة (غالبية مقدمي خدمات تنظيم الأسرة في المستشفيات هم من فئة الأطباء الأخصائيين كأخصائيي النسائية والتوليد والأطباء المقيمين، أما في الصيدليات فيتم تقديم الخدمات من قبل الصيدلي أو مساعد الصيدلي)؛
3. وجود تباين في وسائل تنظيم الأسرة الموصوفة في مختلف نقاط تقديم خدمات تنظيم الأسرة في المحافظات. ومع ذلك كانت الوسائل الحديثة مثل حبوب منع الحمل والواقي الذكري إضافة إلى اللولب هي أكثر الوسائل الموصوفة شيوعاً؛
4. الجهات التي تستهدف تدريب الكوادر البشرية حول محاور الصحة الإنجابية والقضايا السكانية في كافة محافظات المملكة هي المجلس الأعلى للسكان ووزارة الصحة والبرنامج الأردني لسرطان الثدي ومشروع دعم النظم الصحية الثاني ومشروع شركاء الإعلام لصحة الأسرة ومشروع القطاع الخاص لصحة المرأة.

الفصل الثاني:

التطور الصحي في الجزائر

مقدمة الفصل:

أعدت الجزائر تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار الفرنسي والذي كان يتميز بارتفاع مستوى الوفيات الخام، خاصة معدل وفيات الأمهات . فلِإِواء هذا الوضع أعاد المجتمع الدولي تحديد الأهداف الصحية وترتيب المشكلات الصحية الأكثر انتشارًا، وكانت مكافحة وفيات الأمهات والأطفال من أولويات البرامج المسطرة خلال مختلف المؤتمرات الدولية.

من خلال هذا الفصل سنحاول تسليط الضوء على أهم المحطات التي عرفتھا السياسة الصحية بالجزائر، وكذا أهم التطورات التي شهدھا المجال الصحي منذ الاستقلال، بالإضافة إلى أهم النتائج التي حققتها هذه السياسة على المستوى الوطني.

I. السياسة الصحية في الجزائر:

تعدّ الجزائر من الدول التي انتهجت سياسيات صحية وبرامج وقائية كغيرها من الدول، وقد مرت السياسة الصحية بالجزائر بثلاثة مراحل أساسية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، يمكن تلخيصها في ما يلي:

المرحلة الأولى (1962-1973):

تميّزت هذه المرحلة بإنعاش البنية الموروثة عن الاستعمار الفرنسي لتوفير المتطلبات الصحية الأولية، ولمواجهة الوضع الصحي المتمثل في سوء التغذية، والانتشار الواسع للأوبئة وارتفاع معدلات الوفيات، لجأت الجزائر إلى طلب المساعدة الدولية من روسيا، الصين، مصر، بلغاريا،... الخ، ومن هنا تمّ تحديد مجموعة من الأهداف والوسائل أهمها:

- ✓ إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وذلك منذ سنة 1963؛
- ✓ مجانية الاستفادة من خدمات مراكز حماية الأمومة والطفولة (PMI)؛
- ✓ مجانية التطعيم لخمسة أمراض (السل، الكزاز، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري).

وقد تمّ خلال هذه الفترة وضع مجموعة من برامج للمخططات التنموية من بينها:

أ. برامج المخطط الثلاثي الأول 1967-1969: الذي يهدف إلى:

- ◆ إنشاء 10 مستشفيات، 109 عيادة صحية متعددة الخدمات و 82 مركز صحي، وكان فتح أول مركز وطني لتباعد الولادات سنة 1967 بمستشفى مصطفى باشا الجامعي،
- ◆ خلال سنة 1969 تمّ فتح مركزين آخرين في كل من وهران وقسنطينة.

ب. المخطط الرباعي الأول (1970-1973):

الذي تضمن مشروعات لتجهيز المؤسسات الصحية بهدف سد العجز المسجل في المستشفيات، إذ تم وضع برامج لزيادة 600 سرير للمستشفيات الجامعية و 100 عيادة متعددة الخدمات و 100 مركز صحي و 10 مراكز للتوليد. إلا أنه رغم هذه الجهود تواصل العجز لقلة عدد المستشفيات والمراكز الصحية وقاعات العلاج، هذا وقُدّرت القوى العاملة في القطاع الصحي سنة 1962 بحوالي 300 طبيب و70 صيدلي و40 طبيب أسنان مقابل 10 ملايين ساكن.

كما تميزت هذه المرحلة بضعف النفقات الصحية، حيث قُدرت بـ 1,5% من مجموع الناتج الداخلي الإجمالي (PIB)، حيث غطت الدولة 60% منها في حين وصلت مشاركة الضمان الاجتماعي 40%.

ورغم تنفيذ هذه البرامج الصحية بقي النقص مسجلا بين خدمات المؤسسة الصحية والطلب على العلاج والرقابة.

المرحلة الثانية (1974-1986):

شهدت هذه المرحلة سياسة جديدة في المجال الصحي، إذ أقرت الدولة الجزائرية في جميع القطاعات والمؤسسات الصحية العمومية، في بداية 1974، تعميم الوقاية الصحية والرعاية الطبية في جميع مناطق الوطن، حيث جاء في الميثاق الوطني أنّ الصحة مسؤولية الدولة التي تتكفل بحماية وصيانة وتحسين مستوى حياة السكان⁽¹⁾، كما نص الدستور في مادته 60 على إنشاء مصلحة وطنية للصحة مجانية وعامة⁽²⁾، أُدرج خلال هذه الفترة المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) الذي عمل على إنشاء 50 مستشفى، 160 عيادة متعددة الخدمات، 300 مركز صحي و25 عيادة توليد، ويتضمن هذا المخطط برمجة 12 مدرسة للتكوين الطبي، سعة كل واحدة منها 300 مقعدا بيداغوجيا.

من جهة أخرى ارتفع عدد المساعدين والأطباء بأربع مرات مما كان عليه قبل سنة 1978، حيث بلغ في هذه السنة 2400 طبيب، لكن القطاع الصحي مازال يعاني من نقص كبير في بعض التخصصات، كما تزايدت قيمة الأدوية المباعة بإحدى عشرة مرة، إذ بلغت 1,335 مليون دينار جزائري سنة 1987، كما قد تزامن تطبيق الطب المجاني مع الارتفاع الكبير لعائدات البترول والغاز والانفجار الفعلي للائتمان، حيث ارتفعت ميزانية القطاع بحوالي 96% خلال 12 سنة، وانتقلت النفقات الوطنية الصحية من 1,6% من مجموع الإنتاج المحلي الإجمالي (PIB) سنة 1973 إلى 5,4% سنة 1979.

وقد تمثلت أهداف مجانية العلاج فيما يلي:

- تحديد إستراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على كل المواطنين؛
- تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على فرص العلاج؛
- ديمقراطية العلاج.

(1)- جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر، سنة 1970، ص 271 .

(2)- المرجع نفسه، ص 271.

الفصل الثاني:.....التطور الصحي في الجزائر

شكل تطبيق الطب المجاني، خلال هذه الفترة، قاعدة لإعادة التنظيم العميق لقطاع الصحة وتطويره، مع التحولات والتغيرات في إستراتيجية التنمية الصحية، وعبر عن اتجاه شعارات وتوصيات حزب جبهة التحرير الوطني، وعموما تمثلت توصيات آخر مؤتمرات الحزب الواحد فيما يلي⁽¹⁾:

✓ إعادة تنظيم النظام الوطني للصحة، بحيث يتم دمج وتوجيه كل الهياكل من أجل الاستجابة الفعالة للحاجيات الأساسية والمستعجلة للسكان في إطار التنمية الصحية التي تعطي الأولوية إلى الخدمات الصحية وتحرص على المساواة في الفرص الصحية بين المواطنين وتصحيح الأخطاء الملاحظة في توزيع فرص الصحة بين الريف والحضر؛

✓ إعادة السياسة الموجهة لتحسين الظروف العائلية والجماعية (السكن، التزويد بالمياه الصالحة للشرب، والتربية البدنية، النظافة العامة)؛

✓ تشجيع الجماعات المحلية على المشاركة الفعالة في الخدمات الصحية؛

✓ بذل المزيد من الجهد في ميدان تكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية؛

✓ التركيز على الطب الوقائي بغية القضاء على الأمراض الخطيرة؛

✓ من أهم التوصيات التي جاء بها المؤتمر الاستثنائي للحزب خلال سنة 1980 تتمثل في إعادة الخريطة الوطنية للصحة، بحيث تراعي التوزيع العادل للخدمات الصحية بين الحضر والريف كهدف أساسي، وفي بداية سنة 1984 تم إنشاء القطاعات متعددة الخدمات، كما اهتمت هذه المرحلة بمحاولة إصلاح وتعديل النظام التعليمي الخاص بالدراسات الطبية من حيث تقلص حوافز لكل دراسة طبية ناجحة.

المرحلة الثالثة (1986-2004): وقد تميزت هذه المرحلة بـ:

◆ ربط القطاعات الصحية بالمجلس الجمهوري للصحة؛

◆ لامركزية التسيير؛

◆ إنشاء الهياكل الداعمة لوزارة الصحة والتي تشمل كل من:

○ المخبر الوطني لمراقبة الموارد الصيدلانية؛

(1) - عياش وهواه، التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية في مجتمعات العالم الثالث، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، دراسة حالة الجزائر بين سنتي 1830-1990، جامعة الاسكندرية، 1991، ص 246-247.

- الصيدلية المركزية للمستشفيات؛
- الوكالة الوطنية للدم؛
- المركز الوطني لتسمم؛
- استقلال العديد من الأطباء المختصين والرجوع إلى خصوصية القطاع الصحي⁽¹⁾.

وخلال عام 1986 انطلق البرنامج الوطني لخفض وفيات الأمهات والأطفال، والذي بدأت بتطبيقه وزارة الصحة بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، والذي استمر حتى سنة 1990. ولتحقيق هذا المشروع وَجِبَ:

- أ. تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة أمراض الإسهال؛
- ب. ضمان تغطية تحصينية بـ 80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية؛
- ج. تقديم خدمات تنظيم الولادة على مستوى جميع المراكز الصحية؛
- د. ضمان مراقبة 50% من الأمهات الحوامل، ومتابعة أخطار الحمل والولادة؛
- هـ. توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية والوصول إلى 80% من الأطفال الراضعون طبيعياً، وتخفيض شدة سوء التغذية والقضاء عليها.
- و. تقليص وفيات الأطفال حديثة الولادة.

ز. تنظيف المحيط وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب، وتوفير خدمات صرف المياه القذرة وفضلات المنازل.

ح. تخفيض الأمراض والوفيات المرتبطة بالأمراض التنفسية، وتخفيض شدة الإسهال بنسبة 25%.

وللإشارة فإن المنظومة الصحية للجزائر كانت تتوفر سنة 1996 على 2307 طبيب، 7424 طبيب أسنان و2826 صيدلي، كما قُدِّرت التغطية الصحية بنسبة طبيب واحد لكل 1308 نسمة، طبيب أسنان لكل 4061 نسمة في نفس السنة، وقد سجل تحسن أيضاً في نسبة تغطية السكان فيما يتعلق بقدرات الاستقبال، إذ بلغ عدد الأسرّة حوالي سريرين لكل ألف نسمة، وقاعة علاج لكل 7033 نسمة، وصيدلية لكل 6584 نسمة.

(1)- عنصر مفيدة، تأثير الانتقال الصحي على الخصوصية في الجزائر، مذكرة ماجستير في الديمغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009، ص 39-40.

الفصل الثاني:.....التطور الصحي في الجزائر

ولمواجهة هذه الوضعية اعتمدت الدولة سياسة جديدة في المجال الصحي قصد التكفل الجديد بالمواطنين خاصة شريحة المعوزين والمحاجين⁽¹⁾.

كما أنها (المنظومة الصحية للجزائر) قد توقّرت سنة 2006 على 39459 طبيب، 9684 طبيب أسنان، 7267 صيدلي و 9818 مساعد في الصحة، وقُدّرت نسبة التغطية الصحية بطبيب واحد لكل 849 نسمة، طبيب أسنان لكل 3547 نسمة، وصيدلية لكل 4607. كما بلغ عدد المستشفيات الجامعية حوالي 13 مستشفى جامعي بـ 14150 سرير، و32 مؤسسة استشفائية متخصصة بـ 7578 سرير.

والجدول المالي يمثل تطور عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات خلال الفترة ما بين 1962 و2006.

جدول رقم (01): تطور عدد المنشآت القاعدية خارج المستشفيات (1962-2006)

السنوات	1962	1995	2004	2005	2006
عيادات متعددة الخدمات	133	333	512	516	520
مركز صحي	1	469	1275	1292	1248
قاعة العلاج	991	3634	4545	4628	4684
مركز طبية اجتماعية	/	/	599	/	592
الصيدليات	/	/	6914	/	7708

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

II. قانون حماية وتعزيز الصحة الإنجابية:

إنّ القانون رقم 85-5 المؤرخ في سنة 1985 والمتعلق بحماية وترقية الصحة قد جاء ببعض المواد التي تسمح بتطوير الوضع

الصحي بالجزائر، نذكر منها ما يلي:

المادة 67: تستفيد الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة على سلامة أفرادها وتوازهم النفسي والعاطفي.

المادة 68: تتمثل حماية الأمومة والطفولة في جميع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف ما يلي:

(1)- وزارة الصحة والسكان، البرنامج الوطني حول صحة الأم والطفل، الجزائر، 1996، ص 3.

أ. حماية صحة الأم والطفل بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية لها قبل الحمل وخلالها وبعده.

ب. تحقيق أفضل الظروف الصحية للطفل ونموه الحركي والنفسي.

المادة 69: يجب أن تعمل المساعدة الطبية المقدمة للمحافظة على الحمل واكتشاف الأمراض التي تصيب الرحم، وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة.

المادة 70: أن يكون تباعد الولادات أو فترات الحمل موضوع برنامج وطني يرمي إلى ضمان توازن عائلي منسجم ويحفظ حياة الأم والطفل وصحتها معا.

المادة 71: توضع وسائل ملائمة تحت تصرف السكان لضمان تنفيذ البرنامج الوطني في مجال تباعد فترات الحمل.

المادة 72: يُعدّ الإجهاض كغرض علاجي إجراءً ضرورياً لإنقاذ حياة الأم من الخطر، أو الحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهدد بمخاطر البغة، ويتم الإجهاض في هياكل مختصة بعد فحص طبيي بمعية طبيب اختصاصي⁽¹⁾. ويسمح بالإجهاض لأسباب طبية بشرط أن يقوم به طبيب في عيادة مختصة⁽²⁾.

يحتوي قانون 16 شباط/فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وتعزيزها فصلا كاملا عن حماية الأمومة والطفولة؛ من المادة 67 إلى 75، وينصّ على الحماية الصحية للعائلة والإجراءات الطبية اللازمة لحماية صحة الأم والتوازن العائلي عبر برنامج وطني يهدف إلى المباشرة بين الولادات.

III. أوضاع الصحة الإنجابية في الجزائر:

في إطار إصلاح المنظومة الصحية، عرف قطاع الصحة منجزات هامة لإعمال سياسات وبرامج مناسبة، كسياسة السكان وبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي، والتي حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأمومة ووفيات الأمهات والأطفال والتكفل بالأشخاص المسنين الذين يستفيدون من الخدمات المجانية بما فيها الدواء. وقد سمح وجود مستخدم وموظفي الصحة من الجنسين وبرامج حماية الأمومة والطفولة واعتماد سياسة الصحة الجوارية وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية، بتدعيم الخدمات في هذا المجال، إضافة إلى تخصيص نسبة 8,34% من ميزانية الدولة لسنة 2009 للصحة، كما تم رصد ميزانية إضافية لفائدة عيادات التوليد.

(1)- وزارة الصحة والسكان، الأسس التنظيمية والتقنية للسياسة الوطنية للسكان، الجزائر، جوان 2000، ص10.

(2)- تقرير حول الوضع تحليل الوضع الوطني، الحقوق الإنسانية للمرأة والمساواة على أساس النوع الاجتماعي، برنامج ممول من قبل الإتحاد الأوروبي، 2011، ص21.

الفصل الثاني:.....التطور الصحي في الجزائر

وشهدت الخدمات الصحية تطورا كبيرا في السنوات الأخيرة خاصة في مجال تحسين وضع الأمومة والطفولة، وتأمين ما يلي:

- البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة، والرامي خاصة إلى تحسين التكفل بالمرأة الحامل سواء خلال الحمل أو الولادة وما بعدها والمواليد الجدد لتقليل نسبة وفيات الأمهات والمواليد بداية بنسبة 05% لتصل إلى 30% سنة 2008.

- صحة المرأة في مجال مراقبة الحمل وتحسين الولادة؛ فعملية التكفل بالأمومة والمتابعة الصحية لمرحلة ما قبل الولادة وصلت إلى أكثر من 89,4% سنة 2006، أما نسبة الولادات التي تتم في الوسط الصحي العمومي فقدت بـ 96,5% سنة 2006.

- التنظيم العائلي؛ فقد حققت برامج التنظيم العائلي نتائج ملموسة فيما يخص تنظيم النسل، حيث أن 62,5% من النساء يستعملن وسائل منع الحمل وقد بلغ معدل الخصوبة 2,27 طفل لكل امرأة سنة 2006، وبهذا تكون نسبة النمو الديمغرافي قد انخفضت لتصل إلى 1,8% سنة 2007، كما قُدرت نسبة النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل بـ 80% خلال هذه السنة.

- تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة، والتي قُدرت سنة 1996 بـ 174 وفاة لكل 100.000 ولادة حية، وتقلصت لتصل سنة 2008 إلى 86,9 لكل 100.000 ولادة حية، خاصة بعدما عرفت سنة 2000 بداية تطبيق برنامج خاص "بالولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني.

- التكفل بالمرأة الحامل سواء خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة وما بعدها والمواليد الجدد، حيث شرعت وزارة الصحة خلال شهر أفريل 2006 في تطبيق البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة على مدار ثلاث سنوات، أي من سنة 2006 إلى 2009، بهدف تقليل نسبة وفيات الأمهات والمواليد بنسبة 05% في السنة الأولى ليصل إلى 30% سنة 2008، بغلاف مالي يقدر بـ 2,07 مليار دينار، تطبيقا للمرسوم التنفيذي رقم 05-439 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 والمتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد حديثي الولادة وممارسة ذلك.

الفصل الثاني:.....التطور الصحي في الجزائر

- تدعيم الهياكل القاعدية؛ فإلى جانب المراكز والعيادات الموجودة والمنتشرة عبر كافة أرجاء الوطن تم إنشاء وحدات للعلاج المكثف للحوامل على مستوى كل ولاية وإعادة تأهيل قاعات الولادة بالإضافة إلى إنشاء وحدات خاصة بالمواليد حديثي الولادة مع تكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية.
- مكافحة السرطان؛ خاصة سرطان عنق الرحم، وفي هذا الإطار تم توفير 83 مركزا عبر ولايات الوطن مختصا في مسح خلايا عنق الرحم، يتوفر على وسائل تكنولوجية خاصة بالكشف المبكر عن الأمراض المتسببة في هذا النوع من السرطان.
- وسَعْيًا إلى تحسين الخدمات المقدمة، يستفيد مستخدمو الصحة من التكوين المتواصل سواء داخل الوطن أو خارجه، من خلال ملتقيات وأيام دراسية مختصة ودورات تدريبية، حيث تم على سبيل المثال إدخال مادة لفائدة الأطباء والقابلات العاملين في مراكز التخطيط العائلي، تتضمن الأخذ بعين الاعتبار النوع الاجتماعي في برامج الصحة الإنجابية، كما تم تكوين مقدمي الخدمات في مجال الكشف المبكر والتكفل بالنساء ضحايا العنف... الخ¹.
- مكافحة مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)؛ حيث انتقل عدد المصابين من 479 مصاب سنة 2000 إلى 837 مصاب في نهاية سنة 2007، إضافة إلى 2910 حالة لحاملي الفيروس. وقد تم إنشاء وتطوير مراكز الكشف المبكر التي تقدم خدماتها مجانًا وسريًا على مستوى كل ولايات الوطن، واتخاذ تدابير ترمي إلى الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين أثناء الوضع. كما أدى تكريس مفهوم الصحة الإنجابية إلى تطوير الخدمات في هذا المجال، وإلى توسيع المعلومات بخصوص التخطيط العائلي ليشمل خاصة الحماية من الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض فقدان المناعة (السيدا)، كما تم تسجيل برنامج تعاون أوروبي في مجال الوقاية من مرض السيدا للفترة ممتدة ما بين 2009 و2011⁽²⁾.
- وقد تم اتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهة هذا الداء، ومنها وضع إستراتيجية بهذا الشأن، وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحليل والفحوصات، وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض نقص المناعة المكتسبة، وتشكيل فوج عمل مواضعي وتنفيذ برنامج متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية، فقد تم اعتماد خطط عمل قطاعية خماسية للفترة 2007-2011 تتضمن برامج وقائية وأخرى صحية وبرامج للدعم، وقد بدأ تنفيذها سنة 2005 لتمتد على مدار سنتين، تمحورت حول 4 نقاط تتعلق بـ:

¹ (1)- تقرير الوطني حول بيجين+15، إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، 2009، ص 10-11
² (2)- تقرير الوطني حول بيجين+15، نفس المرجع السابق ص 12.

الفصل الثاني:.....التطوّر الصحي في الجزائر

✓ حماية السكان خاصة الفئات الهشة؛

✓ التكفل بالأشخاص حاملين فيروس السيدا؛

✓ تجديد الحركة الجمعية والمجتمع؛

✓ دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا والسلوكيات.

كما قد أُعلن في شهر ماي 2009، من قبل أخصائيي طب النساء والصحة الإنجابية بالجزائر والمغرب العربي، بضرورة تزود سوق الأدوية الوطنية بدواء أو تقنية جديدة خاصة بمنع الحمل، داعين السلطات المسؤولة إلى إدراجه ضمن مخططاتها التطعيمية العامة، وكذا تشجيع لقاح الوقاية من الإصابة بسرطان عنق الرحم، وكشفت مجموعة من الأخصائيين في مجال الصحة النسائية، خلال المؤتمر الـ 16 للجمعية الجزائرية للخصوبة وموانع الحمل والملتقى المغربي الـ 41 لنفس الاختصاص، عن تدعيم السوق الصيدلانية الجزائرية بنوع جديد من موانع الحمل، ميزته قلة الأعراض الجانبية والآثار غير المرغوبة والمعروفة عن حبوب منع الحمل العادية، وتحسُن في معدلات الخصيب الاصطناعي⁽¹⁾.

وقد تم إبرام اتفاقية في جويلية 2010 من طرف جمال ولد عباس، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مع رئيس المجلس الوطني لجمهورية كوبا، تقضي بإرسال 181 طبيبا كوبييا في طب الأمومة والطفولة من أجل المساهمة في خفض معدلات الوفيات لدى الأطفال والأمهات في الجزائر، كما اتفق الطرفان على ضرورة مواصلة مسار التعاون في المجال الصحي بالنظر إلى أهمية الاتفاقيات الموقعة⁽²⁾.

(1)- ثرية مسعودة، تقنية جديدة لمنع الحمل بالجزائر ومركز الإنجاب الاصطناعي قريب، جريدة المحور، يوم 2009/05/03.

(2)- جريدة الوطن، من أجل المساهمة في خفض معدل الوفيات لدى هذه الفئة إرسال 181 طبيبا كوبييا مختصا في طب الأمومة والطفولة إلى

الجزائر، يوم 2010/07/16.

خلاصة الفصل:

رغم وجود العديد من البرامج في مجال تحسين وضعية صحّة المواطنين، لاسيما صحة الأم والطفل، إلا أنّ نقائص عديدة مازالت

تلاحظ في هذا الميدان، فقد تمّ تسجيل:

✓ نقائص في مجال تطبيق البرامج الموجهة للأم والطفل؛

✓ ضعف الخدمات في مجال التكفّل بأمراض النساء في إطار الصحة العمومية، ونقص الأطباء المتخصصين في

الأمراض النسائية، خاصة في بعض المناطق؛

✓ نقص في برامج التوعية والحملات الإرشادية وعدم إطلاع الشريحة المطلوبة على هذه البرامج، ممّا يؤثّر سلبيًا على

مستوى الصحة الإنجابية.

لذا لابدّ من الاهتمام أكثر بصحة الأم والطفل معًا من أجل تقليص نسبة وفيات الأمهات والأطفال، بدعم المجال الطبي الذي

هو في حاجة دائمة وماسّة إلى جهود مادية لاكتساب التقنيات الحديثة وتكوين مختصين أفضل في المجال المطلوب لتحقيق صحة

إنجابية أرق وأفضل وبدون معانات.

الفصل الثالث:

عروض وتطلعات نتائج البحث

تمهيد الفصل:

بعد تعرضنا إلى الجانب النظري الذي يعتبر القاعدة الأساسية لبناء أي دراسة علمية، سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب الميداني، الذي سيتم من خلاله تجسيد ما تم تناوله نظرياً في شكله الإحصائي والكمي، وذلك بالتعرض لمختلف لإجراءات المنهجية والعملية لتحقيق هذا العمل اعتماداً على ما تمكنا مع جمعه من مراجع وما تمّ طرحه من دراسات سابقة.

سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف أكثر على العوامل التي تؤثر في الصحة الإنجابية للمرأة بإحدى بلديات الجنوب الجزائري وهي بلدية الرويسات لولاية ورقلة، من خلال التعرف على أهم الخدمات التي توفرها مراكز حماية الأمومة بهذه البلدية، وبذلك يأتي هذا الفصل ليقدم تحليلاً لمختلف فرضيات العمل وأهمّ النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، وبعض الاقتراحات والتوصيات التي يمكن أن تساهم في تحسين المستوى الصحي للأم وجنينها.

I. الإجراءات المنهجية:

فإن التقصي المباشر لهذه الظاهرة يتطلب إجراء دراسة ميدانية تعتمد على أسس علمية وموضوعية تستهدف جمع المعلومات والحقائق الموضوعية من الواقع الاجتماعي عن مشكلة البحث والإجابة على التساؤلات التي دارت حولها إشكالية الدراسة، لذلك يتعين علينا القيام بتصميم بناء منهجي دقيق يأخذ بعين الاعتبار طبيعة الظاهرة المدروسة وخصائصها، حيث يتم وضع خطة الدراسة الميدانية وإجراءاتها المنهجية والأدوات المستخدمة وكيفية اختيار العينة وحجمها ومجالاتها.

1. مجالات الدراسة الميدانية: تتمثل في ثلاث مجالات هي:

1.1. المجال المكاني:

تعد ولاية ورقلة من أهم الولايات في الجزائر نظر لشاسعة مساحة التي تقارب 163233 كم مربع¹ وكثافة سكانية، ونظرا لهذه الأسباب تم لاختيار أحد بلدياتها ألا وهي بلدية الرويسات لها مميزات خاصة سواء من ناحية عدد السكان الذي يفوق 50 ألف مواطن، أو من حيث المساحة التي تتجاوز 7 آلاف كلم²، وتمتاز بتكيفية بشرية خاصة حيث أن النمو الديمغرافي رهيب جدا في هذه البلدية.

2.1. المجال الزمني:

يقصد بالمجال الزمني للبحث "الفترة التي قضاها الباحث في إجراء الدراسة الميدانية، بدءا من إعداد الإطار المنهجي وجمع البيانات وتحليلها وصولا إلى النتائج والتوصيات"⁽²⁾، فقد امتد المجال الزمني امتدادا يتوافق مع الطبيعة المنهجية للدراسة وقد استغرقت الدراسة حوالي 8 أشهر مقسمة بين الدراسة النظرية والميدانية، وقد تمت كما يلي:

✓ بدأت التجهيزات للدراسة الميدانية يوم 2014/03/17 بعد تحديد الفصول النظرية ووضع الخطوط العريضة

لمراحل الدراسة، وفي نهاية شهر مارس كان النزول إلى الميدان لمحاولة رصد الحقائق.

3.1. المجتمع المستهدف: تم إجراء الدراسة الميدانية على مجموعة من الأمهات اللواتي يترددن على المراكز الصحية

والعيادات متعددة الخدمات وأقمن بعد الولادة ولو لفترة بالمستشفى.

¹ دنيس بيلي ويوسف طوابن، واحة عبر التاريخ ورقلة 180، صورة جمعية القصر للثقافة والإصلاح، دنيس بيلي ويوسف طوابن 2003.
⁽²⁾ - عبد الهادي أحمد الجوهري، علي عبد الرزاق إبراهيم، مدخل إلى المناهج وتصميم البحوث الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص 238-239.

2. عينة الدراسة:

هي المجموعة الجزئية التي يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها، وهي تكون ممثلة لخصائص مجتمع الدراسة الكلي، إذن العينة تتوزع فيها خصائص المجتمع بنفس النسب الواردة في المجتمع¹، حيث اعتمدنا في دراستنا على عينة قصدية، والتي تعتبر نوعاً من العينات بقدر ما يحتاجه الباحث من معلومات ويختار التي تحقق له ما يريد، فالعينة القصدية تعتبر من النوع غير الاحتمالي فهي تكون بناء على المعرفة السابقة بالمجتمع والهدف المحدد للبحث.

اختيار عينة البحث:

تحدد العينة حسب طبيعة موضوع الدراسة، واعتمدت على العينة القصدية من أجل معرفة التطورات الصحية وكيف أثرت على الصحة الإنجابية حيث أنها كانت على مجموعة من الأمهات اللواتي يترددن على المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات ويضعنا مولدهن في المستشفى، بلغ حجم العينة 110 أم من مختلف الشرائح الاجتماعية في نفس المنطقة تتراوح أعمارهم (20-49)، وحتى تكون الدراسة متجانسة ومضبوطة.

وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية لعدم توفر قاعدة بيانات للمجتمع محل الدراسة، أي عدم توفر قائمة كاملة للأمهات اللواتي يترددن على المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات لبلدية الرويسات، خلال العشر سنوات السابقة للدراسة. وقد تم الحصول على أفراد العينة من خلال الجيران، الأصدقاء والأقارب.

3. المنهج المستخدم:

كل موضوع بحث يعتمد فيه الباحث على منهج معين تحتمه عليه طبيعة الموضوع، فالمنهج عموماً هو مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه⁽²⁾. وبما أنّ موضوع الدراسة يهدف إلى تقييم الخدمات الصحية المتوفرة على مستوى المراكز الصحية ومعرفة مدى تأثيرها في مستوى الصحة الإنجابية للأمهات، تطلب منّا الأمر استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي "يعد أسلوباً من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية عن ظاهرة أو موضوع محدد خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على المعلومات التي تتطلبها الدراسة كخطوة أولى، ثم يتم تحليلها بطريقة موضوعية وما ينسجم

¹ عمار بوحوش ومحمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحث، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1995، ص 318
⁽²⁾ - رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الطبعة الثالثة، 1429 هـ/ 2008 م، ص 176.

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

مع المعطيات الفعلية للظاهرة كخطوة ثانية، والتي تؤدي إلى التعرف على العوامل المكونة والمؤثرة على الظاهرة كخطوة ثالثة⁽¹⁾، بمعنى أنه يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة بوصفها وصفًا دقيقًا والتعبير عنها كميًا وكميًا من أجل الحصول على نتائج علمية ثم محاولة تفسيرها وفق ما يتلاءم مع معطيات الظاهرة.

المنهج الإحصائي:

يعتبر المناهج الإحصائي من أهم المناهج التي يعتمد عليها الباحث الديمغرافي خلال دراسته من غير المنطقي التطرق إلى دراسة ديمغرافية مهما كانت بسيطة دون التطرق إلى هذا المناهج و عليه فقد تم الاعتماد على المناهج الإحصائي في الحصول على مختلف الإحصائيات المتعلقة بالمساحات الديموغرافية المهتم بصحة الإنجابية ووفيات الأمهات وغيره كما يتم الاعتماد على هذا المناهج بهدف تبسيط الإحصائيات لتسهيل دراسة و التعليق في متوسط عدد الأطفال والعمر عند الزواج الأول و الاختبارات التي يتم من خلالها التحقق من الفرضيات أو رفضها .

4. أدوات جمع البيانات:

من أجل تطبيق المنهج المعتمد يجب على الباحث الاستعانة بالأدوات التي تساعده على جمع المعلومات و تمكنه من الوصول إلى الحقائق اللازمة لبحثه، والتي يستطيع بواسطتها معرفة واقع ميدان دراسته⁽²⁾. للحصول على البيانات، لذلك تم الاعتماد -لإنجاز هذا البحث- على الأدوات التالية:

1.4. الاستمارة: تعرف بأنها نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو

مشكلة أو موقف، ويجب أن تغطي الاستمارة جميع محاور البحث، إذا استخدمت كأداة بحث وحدها. ويتم تنفيذها إما عن طريق المقابلة الشخصية أو إرسالها إلى المبحوثين عن طريق البريد⁽³⁾، هذا ويمكنها أن تحتوي على مجموعة من الأسئلة، بعضها مغلقة وبعضها مفتوحة والبعض الآخر نصف مفتوحة. وقد تناولت استمارة هذه الدراسة مجموعة من الأسئلة المغلقة والمفتوحة.

(1)- محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي "القواعد والمراحل والتطبيقات، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، الأردن، 1999، ص 46-47.

(2)- ربحي مصطفى عليان وعثمان محمد غنيم، مناهج وأساليب البحث العلمي-النظرية والتطبيق، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص25.

(3)- محمد علي محمد، علم الاجتماع والمنهج العلمي، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الأولى، القاهرة، 1980، ص339.

4.2. المقابلة:

من أجل النزول إلى الميدان والحصول على المعلومات والبيانات التي تخص الموضوع، حرصنا على ضرورة استخدام هذه الأداة وتطبيقها على عينة الدراسة، وتعد المقابلة كأداة لجمع البيانات اللازمة للبحث العلمي، ويمكن تعريفها بأنها: "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر أو أفراد آخرين لاستغلالها في بحث علمي أو الاستعانة بها في التوجيه والتشخيص للعلاج⁽¹⁾، وتم الاعتماد على استمارة البحث نفسها لإجراء المقابلة مع الأمهات محور الدراسة.

5 . سير الدراسة :

أجريت الدراسة الحالية في الموسم الجامعي 2013-2014 حيث انطلقت الدراسة النظرية بداية شهر ديسمبر وبتحديد 2011/12/08 إلى غاية أوائل شهر أفريل.

أما ما يخص الدراسة الميدانية فبدأت أوائل شهر مارس حيث تم إعداد الاستمارة وتعديلها عدة مرات مع الأستاذ المشرف على النحو التالي:

1.5 إعداد الاستمارة :

تم إعداد الاستمارة وفق المحاور الرئيسية التي اشتقت من الفرضيات الدراسة التي كانت تحت العنوان التالي: ((التطور الصحي وتأثيره على الصحة الإنجابية عند الأم)) حيث أنها كان تحتوي على مجموعة من الأسئلة .

اشتملت الاستمارة على خمسة محاور رئيسية كالتالي:

- ✓ المحور الأول: يحتوي على البيانات الأولية والشخصية للمبحوثات؛
- ✓ المحور الثاني: يحتوي على البيانات الخاصة بالخدمات الصحية وإقبال النساء على المراكز الصحية؛
- ✓ المحور الثالث: يتضمن بيانات حول جودة الخدمات الصحية واهتمام النساء بالصحة الإنجابية؛
- ✓ المحور الرابع: يحتوي بيانات حول اهتمام المراكز الصحية بالجانب النفسي؛
- ✓ المحور الخامس: يتضمن بيانات حول عدد المراكز الصحية والصحة الإنجابية.

(1)- رجاء وحيد دويدري، تقنيات البحث العلمي، الجزائر، ص 56.

بعد ذلك تم إعطائها للأستاذة المحكمين من أجل اكتشاف الأخطاء إعطاء مصداقية للاستمارة أكثر بعد ذلك جريته في مجتمع الدراسة من أجل معرفة الصعوبات والتأكد من تجاوب الأمهات مع أسئلة الاستمارة على هذا الأساس تم التعديل الأخير الذي أعطي الشكل النهائي للاستمارة وكان ذلك في 2012/04/23

كان عدد الاستمارات الموزعة على عينة البحث 150 استمارة، ولم يتم استرجاع إلا 138 استمارة، تم حذف 28 لأن الباحثين لم يجيب على أغلب التساؤلات وكانت بعض الإجابات غير واضحة .

كان عدد الاستمارات الأخير الذي تم اعتماده لتمثيل العينة البحث 110 استمارة. وتم توزيع الاستمارات من 23 2012/04/ إلى غاية 2012 /05/02 .

2.5 طريقة التفريغ اليدوية: بعد أن يفرغ الباحث من جمع الاستمارات المعبأة ومن مرجعتها للتأكد من صلاحية

استخدامها في البحث، فإنه يقوم بالخطوات التالية : ترقيم الإستيمارات و الترميز أجوبة الأستيمارات من أجل تسهيل عملية التفريغ، حيث أنها تمت ألي عن طريق معالجة بيانات الدراسة الميدانية باستخدام البرنامج الإحصائي **spss**، و استغرقت عملية التفريغ أسبوع، وبعد اكتمال عملية إدخال البيانات تم تصنيفها في جداول إحصائية بسيطة تبين النسب المئوية و التكرارات ، وفي جداول مزدوجة توضح العلاقة بين متغيرات الدراسة و استخدام الاختبارات جل إثبات الفروض أو نفيها.

II. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

سنحاول في هذا الجزء عرض أهمّ النتائج التي تحصلنا عليها من خلال إجابات الأمهات المبحوثات، انطلاقًا من أهمّ البيانات التي تميّز أفراد العينة، والتي تتعلق بمواصفات السن والمستوى التعليمي باعتبارها أساسًا لتفسير العلاقة بين مختلف متغيرات الدراسة.

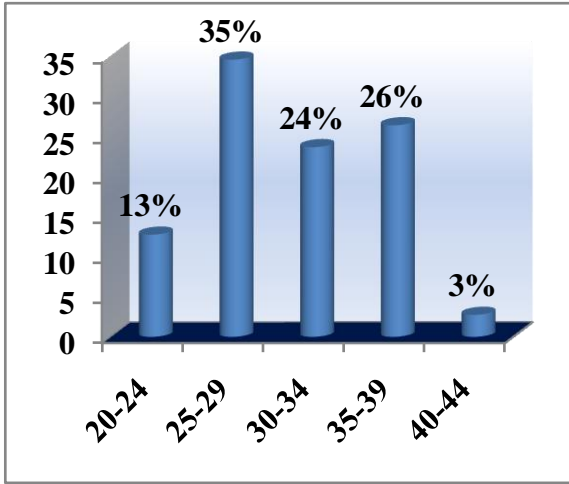
1. التعريف بخصائص عينة الدراسة

تم تحديد خصائص العينة بالاعتماد على سن الأمهات، مكان الإقامة، الحالة المدنية، متوسط عدد الأطفال والزواج وحسب السنوات آخر إنجاب للأمهات .

1.1. توزيع أفراد العينة حسب السن:

جدول رقم (2): توزيع الأمهات حسب السن الشكل رقم (1): توزيع الأمهات

حسب السن

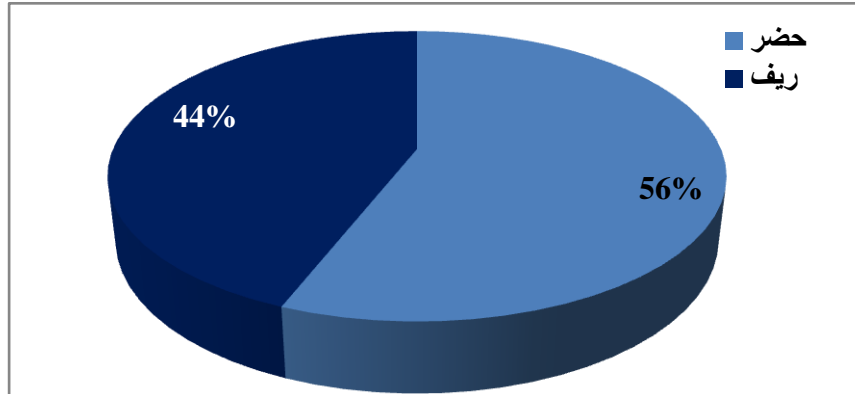


فئة عمر المبحوثة	التكرار	النسبة (%)
24-20	14	13%
29-25	38	35%
34-30	26	24%
39-35	29	26%
44-40	3	3%
المجموع	110	100%

يتضح من خلال الجدول والشكل أن الفئة العمرية المتوسطة للمبحوثات داخل العينة هي الفئة [29-25] سنة، حيث قدرت بنسبة 35%، تليها الفئتان [34-30] و [39-35] بـ 24% و 26% على التوالي، ثم نجد الفئتين الصغيرتين [24-20] و [44-40] بنسبة 13% و 3%، مما يدل على أن عينة الدراسة في سن الإنجاب.

2.1. توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة:

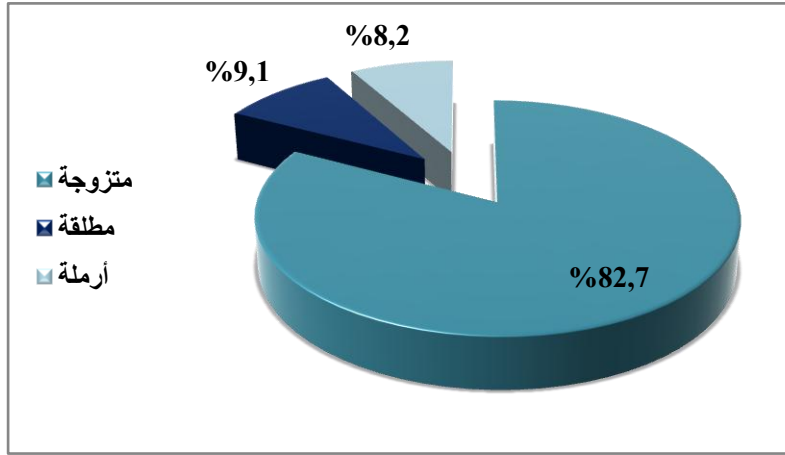
الشكل رقم (2): توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة



من خلال الشكل البياني رقم (1.2) يتضح لنا أن معظم المبحوثات يقمن في مناطق حضرية بنسبة 56%، أما الأمهات اللواتي يقمن في المناطق الريفية فقدرت نسبتهن بـ 44%، ممّا يظهر تقاربًا في التوزيع بين المنطقتين وذلك لكبر البلدية.

3.1. توزيع أفراد العينة حسب الحالة الزوجية:

الشكل رقم (3): توزيع الأمهات حسب الحالة المدنية



يبدو لنا من خلال الشكل رقم (3) أن أغلبية الأمهات المستجوبات متزوجات بنسبة 82,7%، في حين تمثل المطلقات نسبة 9,1% والأرامل نسبة 8,2%، أما الأمهات العازبات فهنّ غير موجودات ضمن العينة.

جدول رقم (2): متوسط عدد الأطفال ومتوسط العمر عند الزواج الأول

متوسط عمر عند الزواج الأول			متوسط عدد الأطفال		
المتوسط	التباين	العينة حجم	المتوسط	التباين	العينة حجم
21,62	2,802	110	3,3	1,431	110

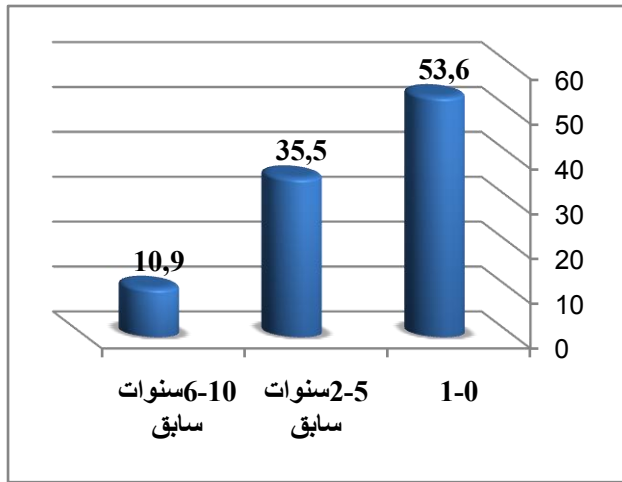
يوضح لنا الجدول أن متوسط عدد الأطفال داخل العينة قدر بـ 3,3 طفل لكل امرأة، بفارق طفل واحد بين نساء العينة أي أن معظمهن قد أنجبن ما بين ثلاثة وأربعة أطفال. أمّا متوسط العمر عند الزواج الأول فقدّر بـ 21,62 سنة بفارق سنتين إلى ثلاث سنوات، بمعنى أنّ معظم نساء العينة تزوّجن في سنّ فتية.

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

4.1. توزيع أفراد العينة حسب آخر إنجاب:

يبين الجدول والشكل التالي السنوات التي تم الاعتماد عليها في بناء الدراسة حسب آخر إنجاب، بهدف معرفة مدى التطور الصحي ببلدية الرويسات وتأثيره على الصحة الإنجابية. ولمعرفة ذلك قمنا بقياس الأوضاع الصحية على مدى 10 سنوات وملاحظة انعكاساتها على الأوضاع الصحية للأمهات، لذلك قمنا باستجواب الأمهات اللواتي حول آخر ولادة هن أي بين 0 و1 سنة، وفي فترة قريبة من تاريخ إجراء الدراسة أي بين 2 و5 سنوات، وخلال فترة بعيدة عن تاريخ إجراء البحث أي من 6 سنوات فما فوق.

الشكل رقم (4): توزيع نساء العينة حسب آخر سنوات آخر ولادة



جدول رقم (3): توزيع نساء العينة حسب سنوات آخر ولادة

السنوات	التكرار	النسب المئوية
1-0	59	53,6
5-2	39	35,5
10-6	12	10,9
المجموع	110	100

من خلال المعطيات المقدمة في الجدول والبيان المرفق، نلاحظ أنّ معظم سنوات الإنجاب لنساء الهينة كانت محصورة بين 0 وسنة واحدة، حيث قُدّرت بنسبة 53,6%، أي ما يعادل قرابة نصف حجم عينة البحث، أمّا نسبة النساء اللواتي كانت هنّ آخر ولادة بين سنتين و 05 سنوات فقدّرت نسبتهن بـ 35,5%، يمتاز بحبه للإنجاب، وأقل نسبة كانت من حظ اللواتي كانت هنّ آخر ولادة بين 06 و10 سنوات، مقدرة بـ 10,9%.

2. تحليل البيانات الفرضيات

1.2. الفرضية الأولى المتعلقة بتأثير الخدمات الصحية في تردد الأمهات على مراكز حماية الأمومة خلال العشر

السنوات السابقة : سوف نعتمد في تحليل هذه الفرضية على تحديد الإمكانيات التي تستخدم في الفحوصات (مادية وبشرية)

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

المتوفرة على مستوى المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات والمستشفى ومدى توافقها مع احتياجات الأمهات، كما يمكن التوصل إلى فعالية مشاريع والنفقات المنحزة من طرف الدولة، وذلك على مجموعة من المعايير وهي كالتالي:

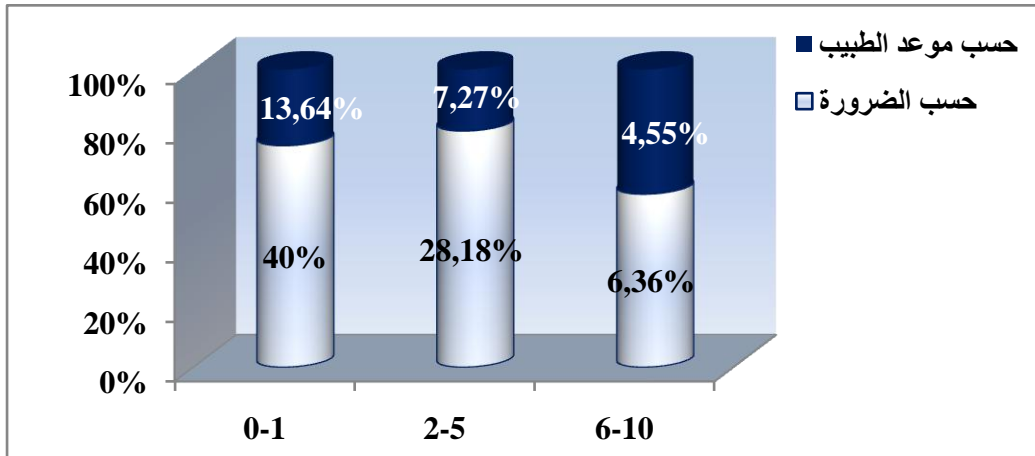
1.1.2. تردد الأمهات على المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات:

جدول رقم (4): توزيع الأمهات العينة حسب ترددهن على المراكز الصحية عند آخر ولادة

المجموع	سنوات آخر إنجاب						تردد الأمهات حسب احتياجاتهم	
	10- 6		5-2		1-0			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
74,54	82	06,36	07	28,18	31	40	44	حسب الضرورة
25,46	28	04,55	05	07,27	08	13,64	15	حسب موعد الطبيب
100	110	10,90	13	35,45	39	53,63	59	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أن إقبال الأمهات على المراكز الصحية خلال السنوات الماضية حسب الضرورة الصحية للأم إلى زيارة هذه المراكز بنسبة 74,54% مقابل 25,46% ممن يترنحوا حسب موعد الطبيب، حيث بلغ عدد النساء -قبل ست سنوات- حوالي 07 حالات من حجم العينة بنسبة 06,36% ممن يترنحوا هذه المراكز الصحية، لتصل إلى 28,18% بين الستين والخمس سنوات السابقة لإجراء هذا البحث، و 40% خلال السنة الماضية. هذا التحسن في إقبال الأمهات على هذه المراكز يعكس مدى وعيهن المتواصل بصحتهن الإنجابية وضرورة زيارة الطبيب من حين لآخر لتفادي أي تعقيدات صحية للأم أو لجنينها، والشكل البياني الموالي يبيّن بوضوح هذا التطور.

الشكل رقم (5): توزيع نساء العينة حسب ترددهن على المراكز الصحية عند آخر ولادة



الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

2.1.2. الفحوصات المقدمة في المراكز الصحية:

من الضروري الحرص على صحة الأم خاصة أثناء فترة الحمل، وذلك من أجل الحفاظ على صحتها وصحة جنينها معا، لأن هذه المرحلة تُعتبر أخطر مرحلة على حياتهما، لذا يجب توفير رعاية طبية خاصة لهما في هذه الفترة تشمل مجموعة من النصائح والفحوصات التي سنحاول معالجتها في هذا الجزء.

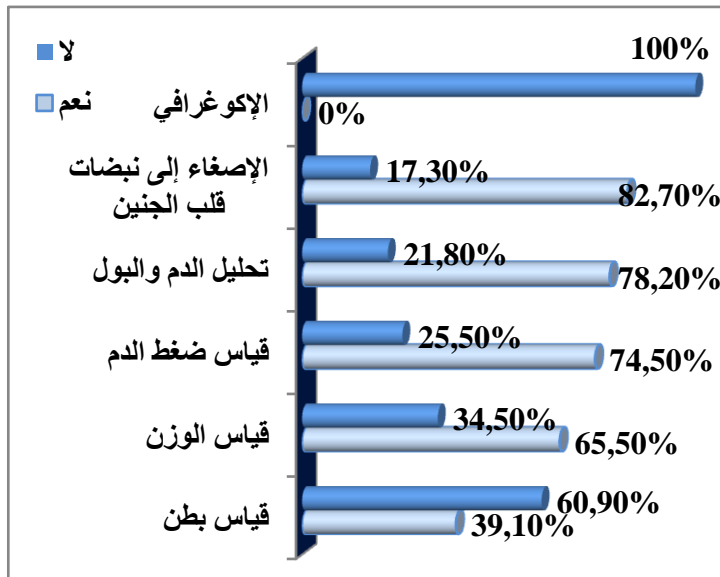
جدول رقم (5): توزيع نساء العينة حسب الفحوصات المقدمة لهم

الفحوصات	نعم		لا	
	ك	%	ك	%
قياس بطن	43	39,1	67	60,9
قياس الوزن	72	65,5	38	34,5
قياس ضغط الدم	82	74,5	28	25,5
التحليل الدم والبول	86	78,2	24	21,8
الإصغاء إلى نبض الجنين	91	82,7	19	17,3
قام الطبيب الإيكوغرافي	0	0	110	100
التلقيحات أثناء فترة الحمل	110	100	0	0

من خلال دراسة بيانات الجدول، تبين لنا أغلب النساء المبحوثات قد تحصلن على الفحوصات اللازمة لكل أم حامل إلا الإيكوغرافي.

الإصغاء إلى نبضات قلب الجنين هو إحدى الفحوصات الواجبة على كل أم حامل للاطمئنان على حياة جنينها، فمن خلال استجواب أمهات العينة، وجدنا أنّ معظمهن قد أجرين هذا الفحص بنسبة 82%، وكذلك الأمر بالنسبة لتحليل الدم والبول بنسبة 78,2%، قياس الضغط الدم بنسبة 74,5%، أما قياس الوزن والطول فقد أجرته 65,5% و39,1% من النساء على الترتيب. ويتبين من خلال المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 أن نسب قيام قياسات الوزن والطول ترتفع في المركز العامة عنها في المصالح الخاصة وعند الطبيب الخاص، أما بالنسبة لقياس ضغط الدم فلا يوجد اختلاف بين المصالح العامة والخاصة.

الشكل رقم (6): توزيع نساء العينة حسب الفحوصات المقدمة لهنّ



كما نلاحظ أن جميع الأمهات العينة قمن بأخذ اللقاحات اللازمة أثناء فترة الحمل، وهذا المؤشر يدل على تحسن الأوضاع الصحية، غير أنّه من خلال المقابلة التي أجريت مع أمهات العينة المدروسة، تمّ التصريح بأنهنّ كنّ يتلقين اللقاح مرة واحدة في الغالب، وهذا ما يُظهر عدم علم الأمهات ببرنامج اللقاح والمتمثل في لقاح التيتانوس والدفتيريا؛ ويكون اللقاح الأول في شهر الخامس من الحمل، وبعد شهر من لقاح الأول يُؤخذ اللقاح الثاني، أي في الشهر السادس، بعد ذلك تأخذ الأم اللقاح الثالث بعد ثلاثة أشهر من ولادتها، أي بعد أن يصبح الطفل في الشهر الثالث بعد الولادة، أمّا اللقاح الرابع فيجب على الأم أن تأخذه بعد سنة من اللقاح الثالث، ثم بعد سنة أخرى تأخذ لقاحًا آخر، ثم تأخذ لقاحًا كل 10 سنوات.

أما بالنسبة لفحص الإيكوغرافي يطلب من الأمهات القيام به عند الطبيب الخاص أو في المستشفى، وذلك لعدم توفره في المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات، لكن الأمهات يفضلن الذهاب عند الخاص وذلك لإجرائه في الوقت المطلوب من أجل الاطمئنان على صحتهن وصحة جنينهن وعدم الانتظار طويلا كما هو الحال في المستشفى.

3.1.2. الحصول على سرير لوضع مولود في المستشفى:

جدول رقم (6):توزيع الأمهات العينة حسب الحصول على سرير لوضع مولود في

المستشفى

الحصول على سرير لوضع مولود في المستشفى				السنوات
صعب		سهل		
%	ك	%	ك	
16.36	18	37.27	41	0-1
15.45	17	20	22	5-2
6.36	7	4.54	5	10-6
38.18	42	61.81	68	المجموع

من خلال معطيات الجدول يتبين لنا أن إمكانية الحصول على سرير لوضع مولود دون الانتظار طويلا في المستشفى تحسنت بمرور الوقت، حيث أنّ 61,81% من النساء المستجوبات أجبن أنّهنّ تحصلن على سرير بسهولة أي ما يقارب $\frac{3}{4}$ حجم العينة، وهذا مؤشر جيّد يعكس تحسن الأوضاع الصحية بالمراكز الصحية، بحجة أنّ هذه النسبة قُدرت بـ 4,54% خلال ست سنوات مضت، لترتفع إلى 20% خلال السنتين الماضيتين و 37,27% في السنة الأخيرة، هذا التحسن ناتج عن برامج حماية الأمومة والطفولة واعتماد سياسة الصحة الجوارية، وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية، بتدعيم الخدمات في هذا المجال، إضافة إلى تخصيص نسبة 8,34% من ميزانية الدولة لسنة 2009 للمجال الصحي، كما تم رصد ميزانية إضافية لفائدة عيادات التوليد.

4.1.2. إمكانية حصول الأمهات على ولادة من طرف طبيب مختص:

جدول رقم (7): توزيع الأمهات العينة حسب إمكانية حصول الأمهات على ولادة من طرف طبيب

مختص

تمت الولادة من طرف						السنوات السابقة
المجموع		قابلات		طبيب مختص		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	59	69,5	41	30,5	18	1-0
100	39	61,54	24	38,46	15	5-2
100	12	50	6	50	6	10-6
100	110	64,55	71	35,45	39	المجموع

من خلال الجدول يتبين لنا أن أغلب الأمهات لم يتم توليدهن من طرف طبيب مختص بنسبة 64,55%، حيث لاحظنا تراجعاً في نسبة الأمهات اللاتي تم توليدهن من طرف طبيب مختص والتي قُدرت بنسبة 50% خلال ست سنوات الماضية، أي أن النصف الآخر تم توليده من طرف القابلات، لتنتقل إلى 38,46% خلال الفترة الممتدة ما بين الستين والخمس سنوات الماضية و30,5% خلال السنة الماضية. وهذا يعكس عدم التكامل في الطاقم الطبي (قابلة مؤهلة، ممرضة، طبيب أطفال، طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد، أخصائي الإنعاش)، الذي يجب أن يتوفر أثناء الولادة، لأنه لا يتم التوليد في المستشفى إلا من طرف القابلات، ولا يتدخل الطبيب المختص إلا في الوقت الضروري، أي في الحالات المستعصية أو في الولادة القيصرية. فرغم الجهود المبذولة لجلب الأطباء وتكوينهم، إلا أن الخوصصة ساهمت إلى حد كبير في هذا النقص الذي يعاني منه المستشفى.

5.1.2. تأثير معاينة الطبيب على إقبال الأمهات على المراكز الصحية:

رقم الجدول (8) توزيع أمهات العينة حسب كتابة الطبيب الدواء بالمعاينة أو من بدونها

السنوات آخر إنجاب	يكتب الطبيب الدواء بالمعاينة		يكتب الطبيب الدواء دون معاينة		المجموع
	نعم	النسبة	لا	النسبة	
1-0	39	35.45	20	18.18	59
5-2	14	12.72	25	22.27	39
10-6	5	4.54	7	6.37	12
المجموع	58	52.27	52	47.27	110

نلاحظ من خلال الجدول أن الطبيب يكتب الدواء من دون معاينة خلال 06 إلى 10 السنوات السابقة بنسبة 4.54% أما اللواتي يكتب الطبيب لهن الدواء بالمعاينة بنسبة 6.37%، أما خلال السنتين إلى خمسة السنوات السابقة قدرت نسبة الأمهات اللواتي يكتب الطبيب لهن الدواء من دون معاينة 22.27% أما الأمهات اللواتي يكتب لهن الطبيب الدواء بمعاينة بنسبة 12.72%، أما في السنة الماضية قدرت نسبة الأمهات اللواتي يكتب الطبيب لهن الدواء من دون معاينة ب 18.18% و الأمهات اللواتي يكتب الطبيب لهن الدواء بالمعاينة بنسبة 35.45% .

دراسة إستدلالية للفرضية الأولى :

H0= لا توجد علاقة بين معاينة الطبيب وإقبال الأمهات على المراكز الصحية

H1= توجد علاقة بين معاينة الطبيب وإقبال الأمهات على المراكز الصحية

اتخاذ القرار

من خلال اختبار كاي الربيعي (نظر في الملحق (2)) نجد أن قيمة Khi^2 المحسوبة 9.255، وأنه عند درجة الحرية 2 واحتمال الخطأ 0.05 بلغت قيمة الدلالة 0.010 وهي أصغر من احتمال الخطأ المقبول 0.05، ومنه نقبل الفرضية الصفرية القائلة تؤثر معاينة الطبيب على تردد الأمهات على المراكز حماية الأمومة .

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

2.2. الفرضية الثانية المتعلقة بتأثير الخدمات الصحية في اهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية:

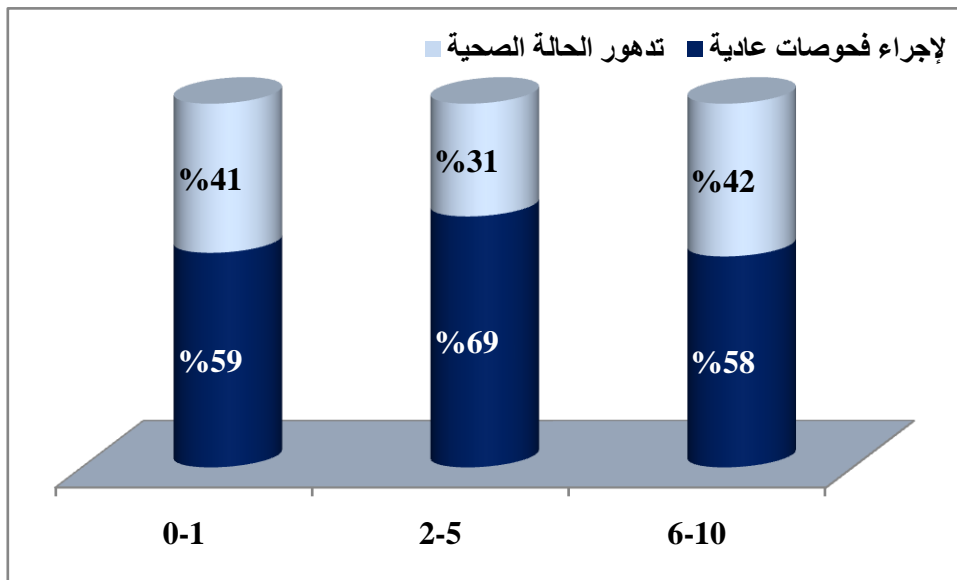
سوف نعتد لتحويل هذه الفرضية على رصد نوعية الخدمات المقدمة للأمهات المتوفرة على مستوى المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات والمستشفى، ومدى إرضائها لحاجات الأمهات اللواتي يترددن عليها، والتي قد تساهم في تحفيز الأمهات على الاهتمام بصحتهن الإنجابية في فترة الحمل والولادة وما بعدها، وقد أخذنا لذلك مجموعة من المعايير منها:

1.2.2. تأثير جودة الخدمات الصحية على اهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية:

جدول رقم (9): توزيع الأمهات العينة حسب أسباب ذهابهن للكشف

المجموع	سبب الذهاب للكشف					سنوات آخر ولادة
	تدهور الحالة الصحية		لأجراء فحوصات عادية			
	ك	%	ك	%		
100	59	61,53	24	59,33	35	0-1
100	39	30,77	12	69,23	27	5-2
100	12	41,66	5	58,34	7	6-10

الشكل رقم (7): توزيع الأمهات العينة حسب أسباب ذهابهن للكشف



الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

نلاحظ من خلال الجدول و الشكل البياني () أن أغلب الأمهات يذهبن إلى المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات لإجراء الفحوصات الطبية العادية، حيث قُدّرت نسبتهن بنسبتهن بـ 58% مقابل 42% ممن يزرن هذه المراكز في حالة التدهور الصحي، لتبلغ هذه النسبة الأخيرة 31% مقابل 69% من النساء اللواتي يزرن هذه المراكز الصحية لإجراء الفحوصات العادية، مما يعكس مدى تزايد اهتمام نساء المنطقة بصحتهن الإنجابية إذ أنهن لا ينتظرن حتى تدهور أحوالهن الصحية لزيارة هذه المراكز. وانتقلت هذه النسبة إلى 41% للنساء اللواتي يعدنّها (أي المراكز الصحية) في حالة تدهور أوضاعهن الصحية، ربّما يفسّر هذا الارتفاع بعدم رغبة نساء العينة مؤخرًا (خلال السنة الأخيرة) في التردّد على المستشفيات لنقص المعاملة الحسنة من طرف الطاقم الطبي العامل بها، وهذا ما سنحاول إيضاحه في العناصر اللاحقة.

2.2.2. الإرشادات والنصائح المقدّمة للنساء الحوامل:

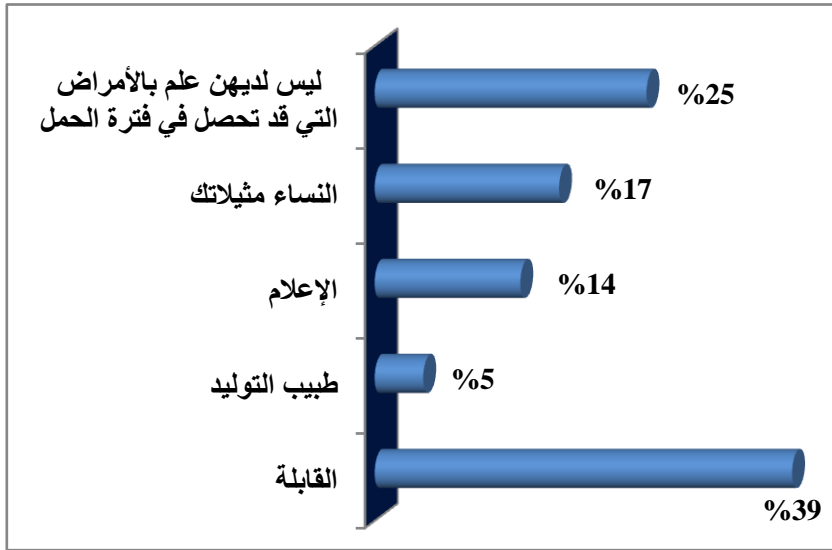
تعاني الأمهات من عدة أمراض أثناء فترة الحمل، فمنهن من لديها علم بهذه الأمراض ومنهن من لا تعلم الكثير من الأمور عن التعقيدات التي تحدث خلال هذه الفترة وعن كيفية التعامل معها.

جدول رقم (10): توزيع الأمهات حسب مصدر النصائح والإرشادات المقدمة لهن خلال

فترة الحمل

النسبة %	التكرار	الشروح مقدمة من طرف
39	43	القبالة
5	5	طبيب التوليد
14	15	الإعلام
17	19	النساء مثيلاتك
25	28	ليس لديهن علم بالأمراض التي قد تحصل في فترة الحمل
100	110	المجموع

الشكل رقم (6): توزيع الأمهات حسب مصدر النصائح والإرشادات المقدمة لهن خلال فترة الحمل



من خلال الجدول والشكل البياني المرفق له، يتبين أنّ ربع حجم العينة أي 25% من نساء العينة ليس لديهن علم بكيفية التعامل مع هذه الأمراض، أما البقية فقد تحسّلتن بنسبة 39% من حجم العينة على التوجيهات والإرشادات من طرف القابلات، تليها الأمهات مثيلاتن بنسبة 17% كونهنّ أسبق للتعرض لمثل هذه التعقيدات، بعد ذلك يأخذ الإعلام نصيبه بنسبة 14%، أما طبيب النساء والتوليد فلا يوجّه توجيهات للنساء الحوامل إلا بنسبة 5% لأنه نادرا ما يكون في المراكز الصحية، حيث نجد أنّ القابلات هنّ الأكثر تواجداً بهذه المراكز.

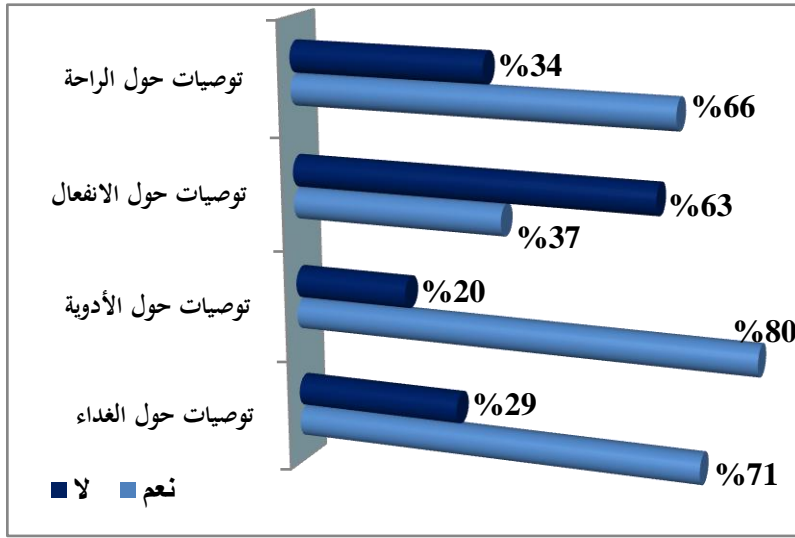
3.2.2. تأثير النصائح المقدمة في المراكز الصحية على الصحة الإنجابية للأمهات:

نلاحظ من خلال الجدول والشكل المرفق أنّ أكثر النصائح المقدمة للأمهات تتمثل في توصيات حول الأدوية بنسبة قُدّرت بـ 88%، لأنّ فترة الحمل تميّز بكثير من الأخطار والمضاعفات والأمراض.

جدول رقم(11): توزيع الأمهات العينة حسب التوصيات المقدمة أثناء فترة الحمل

التوصيات	نعم	النسبة %	الا	النسبة %	المجموع	النسبة %
توصيات حول الغذاء	78	71	32	29	110	100
توصيات حول الأدوية	88	80	22	20	110	100
توصيات حول الانفعال	41	37	69	63	110	100
توصيات حول الراحة	73	66	37	34	110	100

الشكل رقم (7): توزيع نساء العينة حسب التوصيات المقدمة أثناء فترة الحمل



من المعروف أنّ فقر الدم من أهمّ التعقيدات التي تتعرض لها الأم خاصة في المراحل الأولى من حملها، لذلك نجد أنّه من الضروري حماية صحة الأم والطفل بوصف الأدوية مع إتباع نظام غذائي لإحداث تكامل في العلاج، لتصبح الأم نفسها وسيلة لتغذية جنينها، لأنه كلما كبر داخل رحمها كلما زادت حاجته للغذاء أكثر فأكثر، لذا فقد بلغت نسبة التوصيات حول الغذاء 71%، تليها التوصيات حول الراحة خاصة خلال الأشهر الأولى من الحمل لضمان تكوين الجنين في مكانه المناسب ودون تعقيدات، حيث تحصلت عليها 66% من الأمهات داخل العينة، وأخذت التوصيات حول الانفعال والتوتر نصيباً من مجمل الإرشادات الموجهة للأم الحامل لأن العوامل النفسية لها تأثيرات على صحة الطفل النفسية، ولكن بنسبة قليلة فُدرت بـ 37%، ربّما لأنّ هذه المراكز الصحية لا تتوفر على أخصائيين نفسيين.

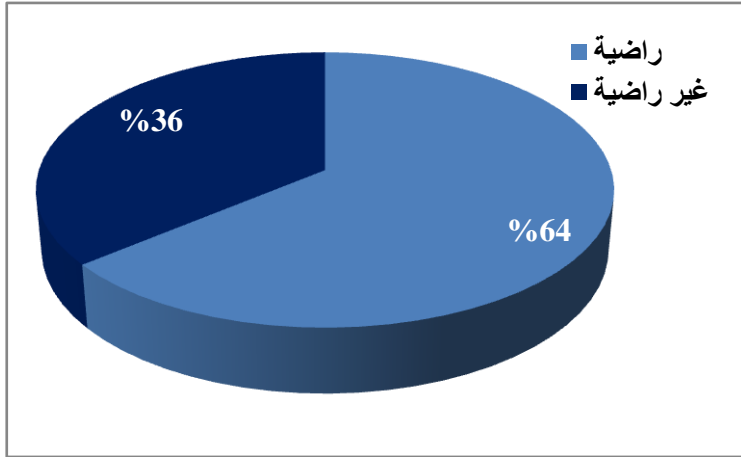
4.2.2. المكان الذي تنال فيه الأمهات شروحا عن وسائل منع الحمل:

من خلال استجوابنا للأمهات داخل العينة، تبين لنا أنه بعد وضع الأمهات لمولودهن، فإنّهن تحصّلن على شروح حول استعمال وسائل منع الحمل، وقد صرّحن بأن هذه الوسيلة تتمثل في حبوب تُعطى ضمن وصفة طبية مع الأدوية الأخرى بحيث يتم إعلام الأمهات بذلك، لكن في أغلب الحالات تعود الأمهات إلى المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات للاستفسار حول أنواع وسائل تنظيم الأسرة، لذا نجد أن العيادات المتعددة الخدمات تخصص يوماً خاصاً حول تنظيم الأسرة لتقديم التوضيحات المطلوبة للأمهات اللواتي يحتجن إلى ذلك.

5.2.2. رضا الأمهات على الخدمات المقدمة في المراكز:

رغم الجهود المقدمة من طرف الدولة في القطاع الصحي لحماية الأم، والوصول إلى أمومة آمنة دون أخطار إلا أنّ هذا المجال لا يزال يعاني من نقائص ولم يقدر على تحقيق كل احتياجات الأمهات ومتطلباتهن، وهذا واضح من خلال إجابات الأمهات، حيث أن قرابة ثلثي حجم العينة (64%) أجبن بعدم رضاهن عن الخدمات المتوفرة بالمراكز الصحية ببلدية الرويسات ، والشكل التالي يوضح ذلك.

الشكل رقم (8): توزيع الأمهات العينة حسب درجة الرضا عن الخدمات المتوفرة في المراكز الصحية

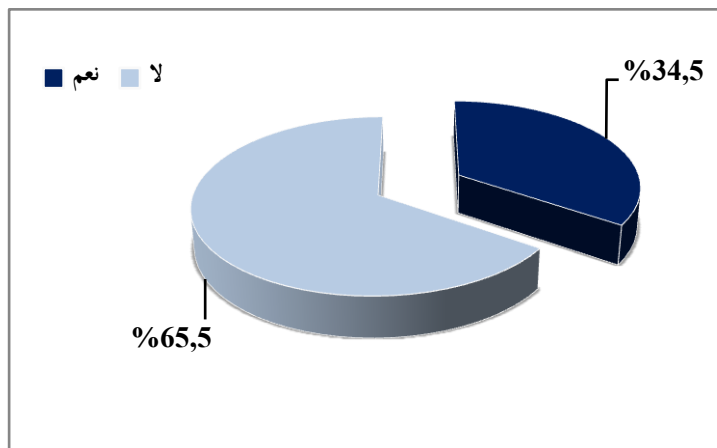


6.2.2. توزيع العينة حسب رغبات الأمهات في العودة للولادة بالمستشفى:

من خلال الشكل الموالي نلاحظ أن قرابة ثلثي أمهات العينة أجبن بعدم رغبتهن في العودة للولادة بالمستشفى بنسبة 34,5% إذا توقرت لديهن ظروف اقتصادية أفضل، حيث تعددت الأسباب لتبرير موافقتهن، أهمها:

- ✓ سوء المعاملة من طرف العمال (الأطباء، الممرضات، الموظفين عمال النظافة... الخ)؛
- ✓ عدم وجود قابلات ذوات خبرة، لأنّ أكثرهن متربصات، وهذا يرجع إلى أحد أخطاء المنتهجة في سياسة الدولة، بعد استقلال العديد من الأطباء المختصين واللجوء إلى خوصصة القطاع الصحي.

الشكل رقم (9): توزيع الأمهات العينة حسب رغباتهن في العودة للولادة بالمستشفى



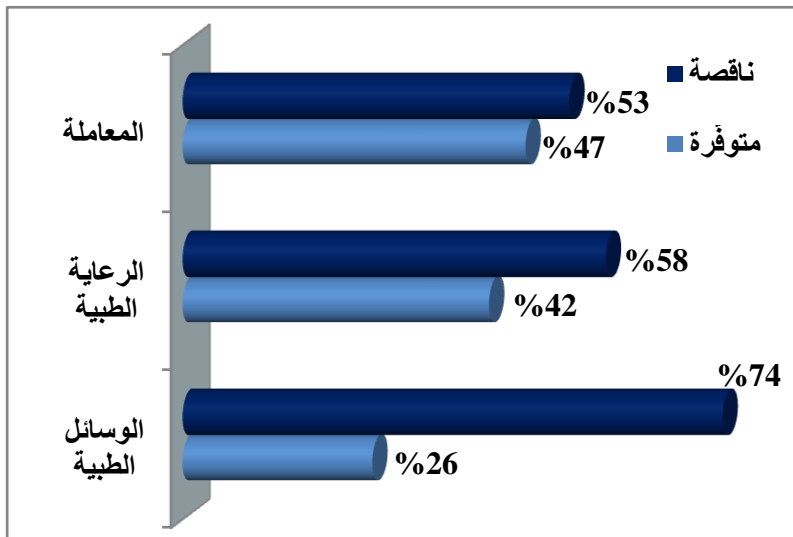
7.2.2. أسباب عدم العودة للولادة بالمستشفى:

نلاحظ من خلال الجدول والشكل البياني المرفق أن أهم الأسباب التي تؤثر في رفض الأمهات للولادة في المستشفى مرّة أخرى، يتمثل في نقص الوسائل الطبية بنسبة 74%، وهذا رجع لنقص في الأخصائيين، يليها نقص في الرعاية الطبية بنسبة 58% وسوء المعاملة بنسبة 53%، حيث أن حوالي نصف المبحوثات يشتكين من المعاملة غير اللائقة للممرضات وغيرهم من عناصر الطاقم الطبي.

جدول رقم (12):توزيع أسباب عدم العودة إلى المستشفى حسب نساء العينة

أسباب عدم العودة للولادة بالمستشفى		متوفرة		ناقصة		المجموع	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
29	26	81	74	110	100		
46	42	64	58	110	100		
52	47	58	53	110	100		

الشكل رقم (10): توزيع الأمهات العينة حسب أسباب عدم العودة إلى المستشفى

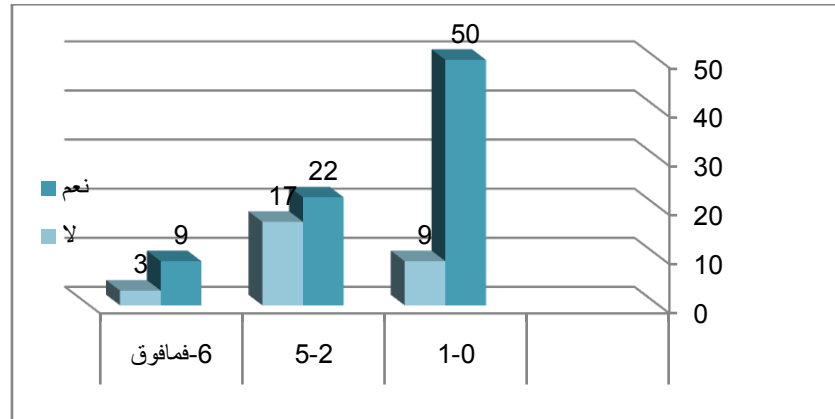


الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

جدول رقم (13) توزيع الأمهات حسب نصائح الطبيب لسنوات آخر إنجاب

المجموع	سوات آخر إنجاب			عند اقتراب موعد الولادة هل قام طبيب بنصحك
	10-6	2-5	0-1	
81	9	22	50	نعم
29	3	17	9	لا
110	12	39	59	المجموع

الشكل رقم (11) توزيع العينة حسب نصائح الطبيب لسنوات آخر إنجاب



نلاحظ من خلال الجدول والشكل أن نصائح الطبيب عند اقتراب موعد الولادة خلال السنوات 10 الأخيرة في تحسن تدريجي حيث أن في الست السنوات إلى العشر السنوات السابقة قدير 9 أمهات من 12 أم اللواتي تلاقينا النصائح عند اقتراب موعد الولادة والأمهات اللواتي لم يتلاقين النصائح عند اقتراب موعد الولادة ، وفي خلال السنتين والخمسة السنوات السابقة قدر عدد الأمهات اللواتي تلاقين النصائح عند اقتراب موعد الولادة ب 22 أم من أصل 39 أم واللواتي لم يتلقين النصائح خلال هذه الفترة ب 17 أم من أصل 39 أم، أما خلال السنة الماضية فقدرت ب 50 أم تلقت النصائح عند اقتراب موعد الولادة من أصل 59 أم واللواتي لم تتلق النصائح خلال هذه الفترة 9 أمهات من أصل 59 أم .

دراسة إستدلالية للفرضية الثانية :

H0= لا توجد علاقة بين نصائح الطبيب واهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية

H1= توجد علاقة بين معاينة الطبيب وإقبال الأمهات على المراكز الصحية

اتخاذ القرار

من خلال اختبار كاي الربيعي (نظر في الملحق (3)) نجد أن قيمة Khi^2 المحسوبة 9.724، وأنه عند درجة الحرية 2 واحتمال الخطأ 0.05 بلغت قيمة الدلالة 0.008 وهي أصغر من احتمال الخطأ المقبول 0.05، ومنه نقبل الفرضية البديلة القائلة بتأثير النصائح الطبية المتوفرة على مستوى المراكز الصحية في إقبال الأمهات عليها.

3. الفرضية الثالثة المتعلقة بعدد المراكز وتأثيرها على صحة الإنجابية للأم:

1.3. تأثير حجم المريضات على نوعية الخدمات:

1.1.3. توزيع الأمهات العينة حسب مدة الانتظار عند زيارة المركز الصحي أو العيادات

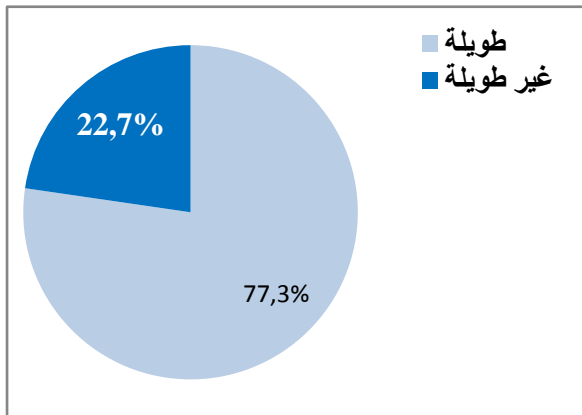
متعددات الخدمات:

جدول رقم (14): توزيع الأمهات العينة حسب مدة

الشكل رقم (12): توزيع

الأمهات العينة حسب مدة الانتظار

الانتظار



مدة الانتظار	ك	%
طويلة	85	77,3
غير طويلة	25	22,7
المجموع	110	100

من خلال الشكل نلاحظ أن نسبة الأمهات اللواتي ينتظرن دورهن طويلا عند الذهاب إلى المعاينة في المراكز الصحية أو العيادات متعددات الخدمات بلغت 77,3% أي ما يمثل قرابة ثلث الأمهات في العينة، مقابل الأقلية التي قُدرت بـ 22,7% من الأمهات اللواتي لا ينتظرن كثير. ربما تفسر هذه النتيجة بعدم كفاية عدد المراكز المتوفرة على مستوى البلدية لاحتوائها أكبر عدد ممكن من المريضات.

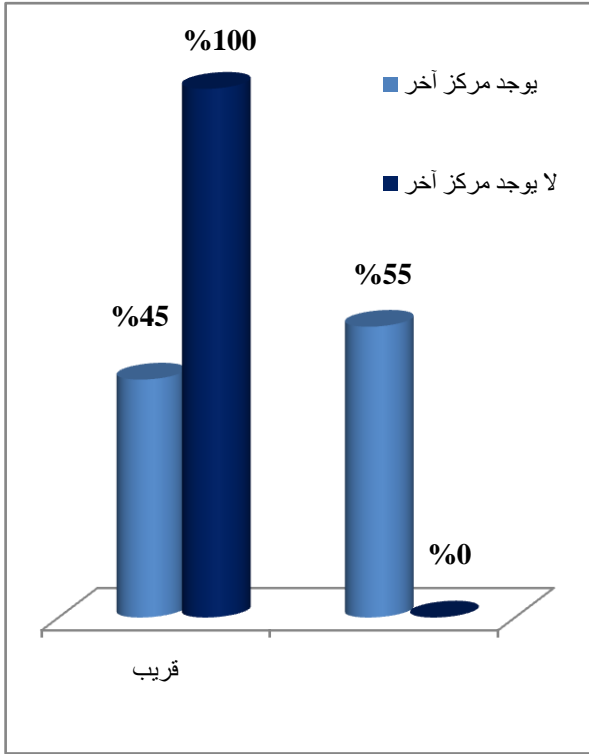
2.1.3. تأثير منطقة الإقامة في اختيار المراكز الصحية:

الشكل رقم (13):توزيع الأمهات

العينة حسب المركز صحي المفضل

جدول رقم (15): توزيع الأمهات العينة حسب

المركز صحي المفضل



المجموع	بعد المركز المفضل					
	قريب		بعيد		توفر المنطقة على مركز آخر	
	ك	%	ك	%	ك	%
يوجد مركز آخر	25	45%	31	55%	100%	0%
لا يوجد مركز آخر	54	100%	0	0%	0	0%
المجموع	79	72%	31	28%	100%	0%

من خلال الجدول والشكل يتضح أن عدد الأمهات اللواتي يعانين من عدم توفر مراكز أخرى بالقرب من إقامتهن بلغة نصف حجم العينة أي 54 أم، كلهن يفضلن توفير مراكز الصحية أو العيادات متعدد الخدمات بالقرب من سكنهن، في حين أنّ الأمهات اللواتي تتوفر إقامتهن على مراكز صحية قريبة قد بلغن 56 أم، حيث تفضل 45% منهن الذهاب إلى مراكز صحية قريبة و 31 منهن يفضلن الذهاب إلى مراكز صحية بعيدة عن إقامتهن، ويعود سبب ذلك إلى جودة الخدمات الموجودة بتلك المراكز الصحية، بحسب آرائهن، منها المعاينة الجيدة، توجيهات الاستقبال، دقة نتائج التحاليل، حسن معاملة الطاقم الطبي من طبيب، ممرضات وعمال، بالإضافة للحصول على التوجيهات المطلوبة، في شتى الجوانب

الجدول رقم (16) توزيع الأمهات العينة حسب المركز المفضل لديهن

المجموع	هل يوجد مركز آخر في المنطقة				المركز المفضل عند الأمهات
	لا		نعم		
	%	ك	%	ك	
79	100	54	45	25	قريب
31	0	0	55	31	بعيد
110	100	54	100	56	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن الأمهات اللواتي يفضلن المراكز القريبة من مكان إقامتهن بنسبة 45% من أصل 51% أم اللواتي أجابوا ب (نعم) لوجود مركز آخر في المنطقة إقامتهن، أما اللواتي يفضلن المراكز البعيدة عن مكان إقامتهن قدر بنسبة 55% أم من أصل 51%* ، أما الأمهات اللواتي لا يوجد مركز في المنطقة قدير بنسبة 45%.

دراسة استدلالية للفرضية الثانية :

H0= لا توجد علاقة بين عدد المراكز الصحية واهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية

H1= توجد علاقة بين عدد المراكز الصحية واهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية

اتخاذ القرار

من خلال اختبار كاي الربيعي (نظر في الملحق (4)) نجد أن قيمة Khi^2 وهي أصغر من احتمال الخطأ المقبول 0.05، ومنه نقبل الفرضية البديلة القائلة بتأثير يؤثر عدد المراكز على اهتمام الأمهات بصحتهن الإنجابية.

4. الفرضية الرابعة المتعلقة باهتمام الأطباء بالحالة النفسية للأمهات:

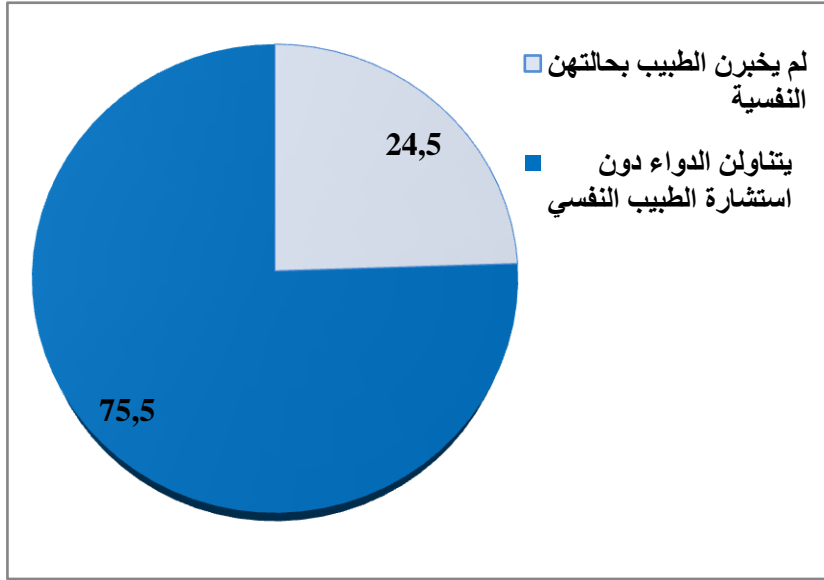
في ظل ضغوط الحياة التي نعيشها، يخطر بأذهاننا سؤال هام وهو كيف يمكن أن تؤثر الحالة النفسية للحامل على جنينها؟ إذا سألت المرأة الحامل طبيها، فغالباً سينصحها بالاسترخاء والابتعاد عن الضغوط النفسية قدر الإمكان، لكن عادةً لا يدخل أطباء أمراض النساء والتوليد في التفاصيل النفسية، لذا سنحاول من خلال هذا الجزء من الدراسة معرفة مدى اهتمام الأمهات بحالتهم الصحية النفسية وكيف يساعدهن القطاع الصحي على ذلك.

51% تمثل الأمهات اللواتي أجابوا بوجود مركز آخر في المنطقة وتم حسابها كالآتي $51=100(110/56)$

1.4. اهتمام الأطباء بالصحة النفسية للأمهات:

سوف نحاول في هذا العنصر التعرف على مكانة الصحة النفسية عند الأمهات، وكيفية تعامل الطبيب معهن.

الشكل رقم (16): توزيع الأمهات العينة حسب حالتهم النفسية وكيفية تعامل الطبيب معها



يتضح من خلال الشكل أن نسبة الأمهات اللواتي لا يخبرن الطبيب عن حالاتهن النفسية قُدرت بـ 24,5%، لأنهن يعتبرنّها حالة طبيعية سببها الحمل، وأنها تزول بعد الوضع وذلك لجهلهن بالمخاطر التي تعود على صحتهن وصحة الجنين. كما أنه لا يوجد إرشاد أو توجيه مخصص للحالة النفسية الأم في حالة الحمل، الولادة وما بعدها في الجزائر، لذلك عند لجوء الأمهات للقابلات المتواجדות في المراكز الصحية أو العيادات متعدد الخدمات، فإنهن يقدمن بوصف الدواء لهن دون توجيههن إلى طبيب نفسي، حيث قُدرت نسبة الأمهات اللواتي يتناولن الدواء دون استشارة الطبيب النفسي بـ 75% لأنه غير موجود أصلاً في المراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات بالرغم من أهمية هذا الجانب وما له من مضاعفات قد تؤدي إلى ارتفاع الضغط الدم وارتفاع السكر أو انخفاضه.

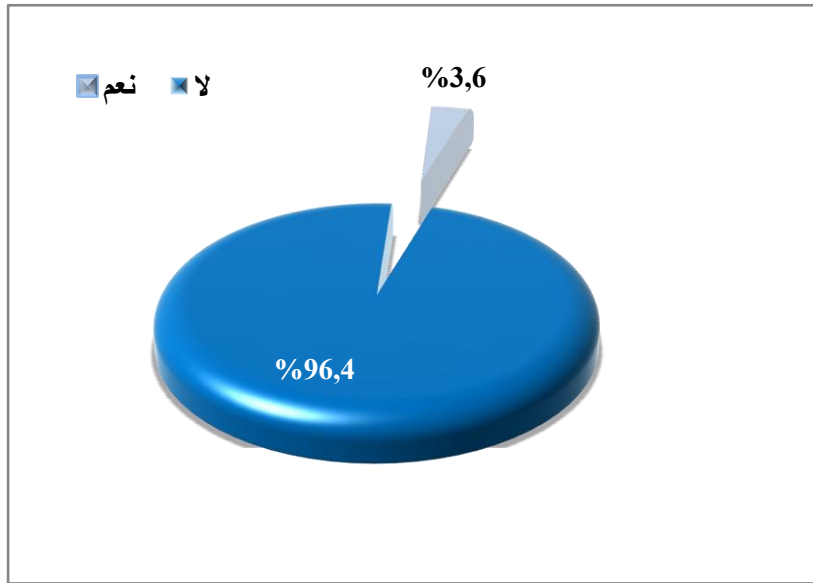
يؤكد الأطباء والخبراء، أن بعض الأمهات وخصوصاً الجديديات منهن، تعانين بَعْدَ الولادة من أعراض كالقلق، الحزن، الإرهاق، التوتر، الخوف، عدم انتظام النوم، ويعلّل ذلك بالهبوط المفاجئ لمستوى الهرمونات بعد الولادة. وفي دراسة عن الحالة النفسية للمرأة الحامل؛ وجد الباحثون أنّ النساء اللواتي يتصفن بالانطوائية والمعاداة للمجتمع هنّ أكثر عرضة للاكتئاب في فترة الحمل، ممّا يدل على أنّ الموضوع هو حلقة متصلة، لأنّ الاكتئاب قد يؤدي إلى نشأة جيل جديد يتسم

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

بالانطوائية والسلوك المعادي للمجتمع، وقد شملت الدراسة 120 شاباً وأمهاتهم، وتم إجراؤها على الأم قبل الحمل وأثناءه ثم بعده، وقد تم تفقد سلوك الطفل عند الرابعة والسادسة والرابعة عشرة، وأكدت الدراسة أن الأمهات اللواتي عانين من الاكتئاب أثناء الحمل هنّ أكثر عرضة لإنجاب أطفال يعانون من الاكتئاب في سن المراهقة بنسبة تفوق النساء الأصحاء 4 مرّات. وقد نُشرت نتائج هذه الدراسة في مجلة "تنمية الطفل" بالولايات المتحدة⁽¹⁾.

2.4. معاينة الأخصائي النفسي بعد الولادة:

الشكل رقم (17): توزيع الأمهات العينة حسب معاينة الطبيب النفسي بعد الولادة



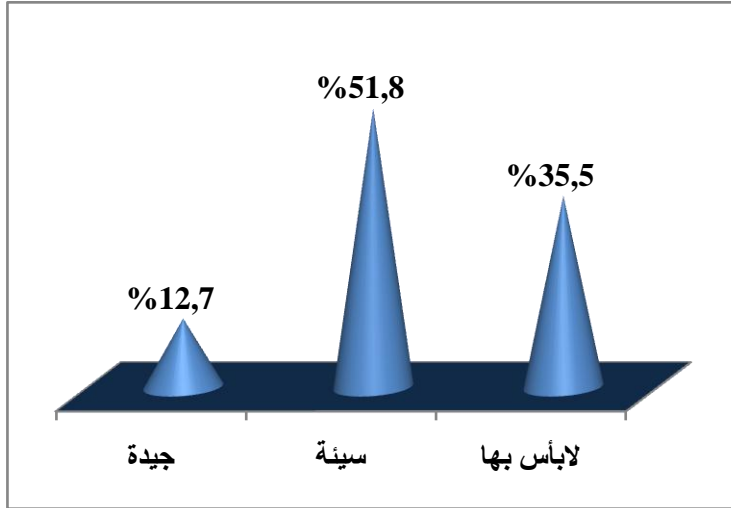
من خلال الشكل البياني أعلاه، نلاحظ أن نسبة الأمهات اللواتي لم يزهرن الأخصائي النفسي قدرت بـ 96,45%، بالرغم من المعرفة بأن أكثر وقت تحتاج فيه الأمّ للأخصائي النفسي هو مرحلة الولادة لأنها تكون في حالة اضطراب نفسي وتخوف من الولادة إلا أنّها لم تنل حظها من العناية النفسية، ممّا يعكس عدم مراعاة المراكز الصحية لبلدية الرويسات للجانب النفسي للأمهات، أمّا نسبة الأمهات اللواتي تمّت معاينتهن من طرف الأخصائي النفسي فقدّرت بـ 3,6% فقط من حجم العينة المدروسة، وهي حالات نادرة، حيث يقوم هذا الأخير (الأخصائي النفسي) بمعاينة الأمهات بعد الولادة في حالة فقدان الأم لمولودها وعدم تقبلها للأمر، أو معرفة أن الأم تعاني من مرض نفسي مسبق، أو حالة الأم العازية.

(- ربحانة، متى تتأكدين أنك حامل؟ تم إنشائه بتاريخ الخميس 30 أيار 2013-00:27 موقع لحواء، تمّ الدخول¹ إلى الموقع على الساعة 3:00 يوم الإثنين.

3.4. معاملة الأطباء والممرضات الموجودين في المراكز الصحية:

الشكل رقم (18): توزيع الأمهات العينة حسب تأثرهن بمعاملة الأطباء والممرضات

في المراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات



نلاحظ من خلال الشكل البياني أن معاملة الأطباء والممرضات في المراكز الصحية والعيادات المتعددة الخدمات غير مريحة، حيث يقل الاستقبال الجيد الذي يعطي الراحة والاطمئنان للأم في وقت تحتاج فيه إلى الدعم ورفع المعنويات، كما أن نظام الزيارة هو مرة واحد في اليوم، وتكون الزيارات بعد الولادة أما قبل ذلك فلا توجد زيارات، ويفسّر سوء المعاملة من طرف بعض القابلات إلى الضغط الموجد أثناء العمل وقلة الأطباء والممرضات، ونقص في الطاقم الطبي، بالإضافة إلى الخوف على حياة الأمهات باعتبارهم مسؤولين في تلك اللحظة على حياتهن. وقدرت نسبة الأمهات اللواتي عانين من سوء الاستقبال والمعاملة في المستشفى بنصف حجم العينة أي ما يقارب 51,8% من النساء المبحوثات، أما الأمهات اللواتي تلقين معاملة حسنة ففُقدت نسبتهم بـ 35,5%، في حين أن الأمهات اللواتي تلقين معاملة جيدة في المستشفى فكنّ قليلات في العينة بنسبة 12,7%.

جدول رقم (17) توزيع أمهات العينة حسب معاملة الأطباء و الممرضات في المستشفى

المجموع	معاملة الأطباء والممرضات في المستشفى			سنوات آخر إنجاب
	جيد	لا	لا بأس بها	
59	6	26	27	1-0
39	5	21	13	5-2
12	0	5	7	10-6
110	11	52	47	المجموع

الفصل الثالث:.....عرض وتحليل النتائج

نلاحظ من خلال الجدول أن معاملة الأطباء والمرضات خلال السنة الماضية من إجابة الأمهات اللواتي أجابوا بأن معاملة الأطباء كانت لا بأس بها قدر ب 27 أم، والأمهات اللواتي أجابوا ب لا ليست حسنة قدر ب 26 أم و اللواتي أجابوا بأن المعاملة كانت جيدة قدر ب 6 أم، أما خلال السنتين وخمسة السنوات السابقة الأمهات اللواتي أجابوا بأن معاملة الأطباء كانت لا بأس بها قدر ب 13 والأمهات اللواتي أجابوا ب لا ليست حسنة قدر ب 21 أم و اللواتي أجابوا بأن المعاملة كانت جيدة قدر ب 5 أم ، أما خلال الست و العشر السنوات السابقة الأمهات اللواتي أجابوا بأن معاملة الأطباء كانت لا بأس بها قدر ب 7 والأمهات اللواتي أجابوا ب لا ليست حسنة قدر ب 5 أم .

دراسة استدلالية للفرضية الثانية :

H_0 = لا توجد علاقة بين التطور الصحي والجانب النفسي الأمهات

H_1 = توجد علاقة بين التطور الصحي والجانب النفسي الأمهات

اتخاذ القرار

من خلال اختبار كاي الربيعي (نظر في الملحق (5)) نجد أن قيمة Khi^2 المحسوبة 3.693، وأنه عند درجة الحرية 4 واحتمال الخطأ 0.05 بلغت قيمة الدلالة 0.449 وهي أكبر من احتمال الخطأ المقبول 0.05، ومنه نقبل الفرضية البديلة القائلة بعدم تأثير التطور الصحي على لاهتمام بالجانب النفسي للأمهات .

نتائج الدراسة :

من خلال ما تمّ عرضه من المعطيات وتحليلها تحت سياق فرضيات الموضوع توصلنا إلى أهم نتائج كل فرضية وإلى معرفة مدى مصداقيتها على النحو التالي:

الفرضية الأولى: أن إقبال الأمهات على المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات في تحسن ملحوظ خلال العشر سنوات الأخيرة، بما فيه من الفحوصات واللقاحات المقدمة للأمهات على مستوى هذه المراكز خلال فترة الحمل، إلا أن القطاع الصحي ببلدية الرويسات يعاني من عجز في الفحص (الراديو الإيكوغرافي) باعتبار أن هذا الجهاز مهم في فحص الحوامل لمعرفة وضع الجنين، لكنهن يتوجّهن إلى الخواص لإجراء هذا الفحص. كما المستشفيات تعاني من نقص في الأسرة والأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد.

الفرضية الثانية: تذهب أغلب الأمهات للمراكز والعيادات حسب حاجتهم الضرورية إلى ذلك، مما يدل على وعي الأمهات بضرورة الاهتمام بصحتهن الإنجابية، واللواتي تأخذن أغلب التوجيهات من القابلات المؤهلات المتواجرات على مستوى هذه المراكز، لكن الأمر الملاحظ هو أنّ وسائل منع الحمل تعطى في المستشفى بعد الولادة بدون شرح، مما يجعل الأمهات يعودن إلى المراكز والعيادات لأخذ الشروح والتوجيهات اللازمة لذلك.

الفرضية الثالثة: عند تردد الأمهات على المراكز والعيادات يكون انتظارهن للدور طويلا، بسبب عدم تواجد طاقم طبي كافي في بعض الأحيان بالمراكز الصحية، كما أنّهم يفضلون متابعة القابلات المتواجرات يومياً للاستفسار عن حوائجهم. أمّا فيما يتعلق بالمناطق التي لا تتوفر على عدد كافي من المراكز الصحية، تفضل أغلب الأمهات تواجد مراكز أخرى لإنقاص الضغط وتقريب المسافة.

الفرضية الرابعة: يلعب الجانب النفسي دور الركيزة لأي عمل نريد بلوغه، لكن هذا الجانب يعاني من إهمال كبير على مستوى حيث أن المراكز الصحية، فالطبيب (أو القابلة) يصف الدواء دون معرفة بالجانب النفسي للمرأة الحامل ودون توجيهها إلى الأخصائي النفسي.

الخاتمة

كل عمل له بداية، تبدأ بهدف يسع الفرد إلى تحقيقه وفق خطوات منجية تساعده على توصل إلى ما يسمو إليه، وتحقيق هدفه ليس النهاية بل هي البداية إلى عمل آخر ولكن نهاية عمله تكون توجت بنتائج التي توصل إليها .

وفي هذه الدراسة بدأت بهدف التوصل إلى التطور الصحي في بلدية الرويسات وكيفية تأثيره على الصحة الإنجابية عند الأم، توصلت من خلال الجانب الميداني إلى النتائج ومن خلال هذه النتائج تم إعطاء التوصيات والاقتراحات التي رأيتها مناسبة من واجهة نظري، ولكن نهاية هذه الدراسة هي بداية لدراسات أخرى تكمل ما توصلت إليه تعطي للموضوع وجهة نظرا أخرى وهكذا يكون المعارف متكاملة ومتوصل لدينا.

التوصيات الاقتراحات

- 👉 رفع وتعميم مستوى الخدمات والتكفل بصحة الأمومة والطفولة خاصة في العيادات المتعددة الخدمات .
- 👉 تأطير وتأهيل الموارد البشرية خاصة في طب النساء، وتوفير مختصين قدر الإمكان.
- 👉 توفير الأخصائي النفسي للنساء الحوامل خاصة في المستشفيات والعيادات متعددة الخدمات.
- 👉 تعميم مستشفيات الأم وتوفير الأجهزة الضرورية أهمها (الإيكوغرافي) قدر الإمكان خاصة في العيادات المتعددة الخدمات .
- 👉 إجراء أبحاث متخصصة في خدمات الصحة الإنجابية بهدف تحديد العوامل التي تعرقل الخدمات على مستوى البلديات والولايات .
- 👉 إنشاء برنامج معلومات وطني خاص بصحة الإنجابية لنشر الوعي لأهمية المتابعة الصحية للأمهات، باعتماد على المرشحات المتواجدة في المنطقة .
- 👉 وضع برامج تثقيفياً حول وسائل منع الحمل وأهمية المتابعة الصحية أثناء الحمل وما بعد الولادة عن طريق (روشتات) لدى الصيدليات والعيادات متعددة الخدمات .
- 👉 تحسين صحة الأمهات سواء قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها من خلال الإبقاء على مبدأ الاستفادة من الخدمات الصحية
- 👉 مجانية الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء الأخصائيون الخواص للنساء المعوزات في مجال الصحة الإنجابية واستعمال موانع الحمل.

المصادر والمراجع

المصادر والمراجع:

المصادر باللغة العربية:

المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم التهامي، الدراسات السابقة، سلسلة العلوم الاجتماعية "أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية"، العدد الثالث، جامعة قسنطينة، 1999.
2. آسيا شريف وآخرون، صحة الأسرة العربية والسكان، الجامعة العربية، القاهرة، المجلد الخامس، العدد 13، 2012،
3. حسين عبد الحميد رشوان، أصول البحث الاجتماعي، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، 2003.
4. رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر، جامعة المسيلة، 2002.
5. دنيس بيلي ويوسف طوابن، واحة عبر التاريخ ورقلة 180، صورة جمعية القصر للثقافة والإصلاح، دنيس بيلي ويوسف طوابن 2008.
6. سلوى عثمان الصديقي: مداخل في الصحة العامة ورعاية الصحة، المكتبة الجامعية الحديث، الإسكندرية، 2002.

المذكرات

7. آسيا شريف، واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر.
8. عطيش وهواه، التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية في مجتمعات العالم الثالث، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، دراسة حالة الجزائر بين سنتي 1830-1990، جامعة الاسكندرية، 1991.

المصادر والمراجع:

قائمة المجالات والوثائق والمنشورات

9. وزارة الصحة والسكان، البرنامج الوطني حول صحة الأم والطفل، الجزائر، 1996.
10. وزارة الصحة والسكان، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، الجزائر، جويلية 2001، ص 11.
11. وزارة الصحة والسكان، الأسس التنظيمية والتقنية للسياسة الوطنية للسكان، الجزائر، جوان 2000.
12. جبهة التحرير الوطني، الميثاق الوطني، الجزائر، سنة 1970،
13. تقرير حول الوضع تحليل الوضع الوطني، الحقوق الإنسانية للمرأة والمساواة على أساس النوع الاجتماعي، برنامج ممول من قبل الإتحاد الأوربي، 2011،
14. تقرير الوطني حول بيجين+15، إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، 2009.
- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1992.
- وزارة الصحة و السكان ، الديوان الوطن للإحصاء، الجامعة العربية ، المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002.
15. زهية م، دورات تكوينية للمرشدات الدينيات لتوعية النساء بأهمية الصحة الإنجابية ، فجر يومية جزائر، عدد 145، الأربعاء 5 فبراير 2014.
16. منصور ح، أخصائيون يبحثون سبل حد من وفيات الحوامل، وقت الجزائر، العدد 1529
- 17 ثرية مسعودة، تقنية جديدة لمنع الحمل بالجزائر ومركز الإنجاب الاصطناعي قريب ، جريدة المحور، يوم 2009/05/03.
18. جريدة الوطن، من أجل المساهمة في خفض معدل الوفيات لدى هذه الفئة إرسال 181 طبيا كويا مختصا في طب الأمومة والطفولة إلى الجزائر، يوم 2010/07/16

المصادر والمراجع:

19. ربيحانة، متى تتأكدين أنك حامل؟ تم إنشاءه بتاريخ الخميس 30 أيار 2013-00:27 موقع لحواء، تمّ الدخول إلى الموقع على الساعة 3:00 يوم الإثنين.

المراجع باللغة الفرنسية

20. HÉLÈNE DEUTSCHE: Psychologie de la femme ,Quadrige ,PU. France, 1993.p16
21. Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de la Santé Publique, 2001, p, 11

الأملا حرق

الملحق رقم: (1)

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا
شعبة الديمغرافيا



استمارة الدراسة: حول التطور الصحي و تأثيره على الصحة الإنجابية عند الأم ولاية
ورقلة

في إطار التحضير لمذكرة الماستر تخصص ديمغرافيا، يشرفنا أن نضع بين أيديكم
هذه الاستمارة من أجل إنجاز دراسة حول التطور الصحي و تأثيره على الصحة الانجابية
عند الأم لهولاية ورقلة، لذا نرجو منكم الإجابة على الأسئلة المطروحة بكل صدق وموضوعية
باختيار الإجابة الملائمة بوضع علامة (X) أو الكتابة على الفر اغات المتبقية للأسئلة
المفتوحة، وأعدكم أن هذه المعلومات لا تستغل إلا في الجانب العلمي وأنها ستحظى بالسرية
التامة.

السنة الجامعية: 2013-2014

إطار خاص بالتفريغ	المقترحات	الأسئلة	الرقم
		☞ -السن	01
	1-بدون مستوى	☞ -المستوى التعليمي	02
	2-الابتدائي		
	3-متوسط		
	4-ثانوي		
	5-جامعي		
	1. ريفي	☞ مكان الإقامة	03
	2. حضري		
	1- عزباء	☞ الحالة العائلية	04
	2- متزوجة		
	3- مطلقة		
	4- أرملة		
		☞ عدد الأطفال	05
		☞ العمر عند الزواج الأول	06
		☞ العمر عند الولادة الأولى	
		☞ العمر عند آخر ولادة	07
II. الخدمات الصحية وإقبال النساء على المراكز الصحية			
	1- نعم	☞ هل تترددين على مركز رعاية الأمومة؟	08
	2- لا		
	1-حسب الضرورة	☞ إذا كانت الإجابة بـ (نعم)، متى يكون ذلك؟	09
	2-حسب الموعد مع الطبيب		
	1-نعم	☞ هل يكتب لك الطبيب الدواء دون معاينتك؟	10
	2-لا		
	1-الأغذية	☞ هل استفدت من توصيات الطبيب خلال فترة الحمل حول؟	11
	2-الأدوية		
	3-الانفعال وتوتر		
	4-العمل والراحة		
	5-الرياضة		
	1-نعم	☞ هل تلقيت لقاحا خلال فترة حملك؟	12
	2-لا		

	1- لأن الطبيب لم يخبرك	☞ إذا كانت الإجابة ب (لا) لماذا؟	13
	2- لم يكن لدي علم		
	3- لا أبالي		
	1- نعم	☞ عند اقتراب موعد الولادة هل قام طبيبك بإعطائك النصائح اللازمة؟	14
	2- لا		
	☞ إذا كانت الإجابة ب (نعم) ما نوعها؟	15
		
		
	1- نعم	☞ عند ذهابك للمستشفى لوضع مولدك حصلت على سرير بسهولة؟	16
	2- لا		
	1- نعم	☞ هل كان المكان مهيبًا ونظيفًا؟	17
	2- لا		
	1- طبيعية	☞ كيف كان نوع الولادة؟	18
	2- قيصرية		
	1- الولادة (مستشفى)	☞ بعد وضعك للمولود، هل قدمت لك شروحات عن وسائل منع الحمل في مكان؟	19
	2- المركز الذي تابعت فيه الفحوصات		
	1- نعم	☞ هل أنت راضية على الخدمات المتوفرة في المركز؟	20
	2- لا		
		☞ عند دخولك لوضع مولودك كم يوما بقيت في المستشفى؟	21
	1- نعم	☞ هل قدمت لك فحوصات عند دخولك إلى المستشفى؟	22
	2- لا		
III. الخدمات الصحية واهتمام النساء بالصحة الإنجابية			
	1- نعم	☞ هل لديك معلومات حول الأمراض التي قد تصيبك خلال حمل؟	23
	2- لا		
	1- قابلة	☞ من طرف من تلقيت كيفية التعامل مع هذه الأمراض؟	24
	2- طبيب في التوليد		
	3- وسائل الإعلام		
	4- مثيلاتك من النساء		
		☞ كم مرت ذهبت للكشف أثناء فترة الحمل؟	25
	1- لإجراء فحوصات عادية	☞ ما سبب ذهابك للكشف خلال فترة الحمل؟	26
	2- تدهور الحالة الصحية		

		27	هل الطبيب متواجد يوميا بالمركز؟	1-نعم
				2-لا
		28	هل تم توليدك من طرف طبيب مختص؟	1-نعم
				2-لا
		29	هل تعودين للولادة في المستشفى في الولادة القادمة؟	1-نعم
				2-لا
		30	إذا كانت الإجابة ب(لا)، لماذا؟	1- انعدام الوسائل الطبية
				2- سوء المعاملة
				3- سوء الرعاية الطبية
		31	هل قدمت لك تفسيرات عن الفحوصات التي يجب القيام بها بعد الولادة؟	1-نعم
				2-لا
		32	عند ذهابك إلى الكشف هل قام الطبيب بالفحوصات التالية:	1-قياس البطن
				2-قياس الوزن
				3-قياس ضغط الدم
				4-تحليل الدم والبول
				5-الإصغاء إلى نبض الجنين
				6-الإكوقرافي
IV. اهتمام التطور الصحي من الجانب النفسي				
		33	هل واجهتك حالات نفسية أثناء حملك؟	1-نعم
				2-لا
		34	إذا كانت الإجابة ب (نعم)، هل أخبرت طبيبك عنها؟	1-نعم
				2-لا
		36	إذا كانت الإجابة ب (نعم)، هل وجهك طبيبك إلى؟	1-الإحصائي النفسي
				2-كتب لك الدواء
		38	هل كانت معاملة الأطباء والممرضات حسنة في المركز؟	1- سيئة
				2- حسنة
				3- جيدة
		39	عند ذهابك للمستشفى، هل كان الاستقبال لائقاً؟	1-نعم
				2-لا
				3-لا بأس بها

		هل يوجد الكثيرات اللواتي يذهبن للمعاينة فيه؟	43
	1-نعم		
	2-لا		
V. عدد المراكز الصحية والصحة الإنجابية			
		هل تنتظرين دورك عند زيارتك للمركز، هل تنتظرين دورك طويلا؟	45
	1-نعم		
	2-لا		
		هل يقوم الطبيب بفحص جميع المنتظرات على الدور؟	46
	1-نعم		
	2-لا		
		إذا كانت (لا) لماذا؟	47
		
		
		
		
		هل مدة المعاينة طويلة؟	48
	1-نعم		
	2-لا		
		هل يبعد المركز عن منزلك كثيرا؟	49
	1-نعم		
	2-لا		
		هل يوجد مركز آخر في المنطقة؟	50
	1-نعم		
	2-لا		
		هل المركز آخر:	40
	1-قريب		
	2-بعيد		
		أيا منهم تفضلين الذهاب إليه؟	41
		لماذا؟	42
		
		
		هل يوجد الكثيرات اللواتي يذهبن للمعاينة فيه؟	43
	1-نعم		
	2-لا		
		هل تفضلين وجود مركز آخر؟	44
	1-نعم		
	2-لا		

ملاحظات:

.....

.....

الملحق رقم: (2)

1) Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,255 ^a	2	,010
Rapport de vraisemblance	9,382	2	,009
Nombre d'observations valides	110		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,67.

الملحق رقم: (3)

2) Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,724	2	,008
Rapport de vraisemblance	9,586	2	,008
Nombre d'observations valides	110		

الملحق رقم: (4)

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification de Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	Intervalle de confiance de 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Khi-deux de Pearson	110,000 ^a	2	,000	,000 ^b	,000	,000
Rapport de vraisemblance	152,456	2	,000	,000 ^b	,000	,000
Test exact de Fisher	140,456			,000 ^b	,000	,000
Nombre d'observations valides	110					

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 12,27.

b. Basé sur 10000 tableaux échantillonnés avec 1314643744 au départ.

الملحق رقم: (5)

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification de Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	Intervalle de confiance de 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Khi-deux de Pearson	3,693 ^a	4	449,	461, ^b	451,	471,
Rapport de vraisemblance	4,851	4	303,	349, ^b	340,	358,
Test exact de Fisher	3,272			501, ^b	491,	511,
Nombre d'observations valides	110					

a. 2 cellules (22,2%) ont un effectif théorique inférieur à .5 L'effectif théorique minimum est de 1,20.

b. Basé sur 10000 tableaux échantillonnés avec 112562564 au départ.

ملخص :

تهدف هذه الدراسة إلى رصد مدى تطور الوضع صحي بلبلدية الرويسات ومدى أثره على الصحة الإنجابية عند الأمهات خلال 10 السنوات الأخيرة عن طريق استجوب عينة من الأمهات، حجمها 110 أم من مستويات اجتماعية مختلفة. تبين لنا من خلال الدراسة أن المراكز الصحية لبلبلدية الرويسات شهدت تحسراً ملحوظاً من ناحية في الخدمات المقدمة والمتعلقة بمختلف الفحوصات، غير أنها لا تزال تعاني من نقص كبير في بعض الخدمات كالفحص الإتكوغرافي والتوجيهات والإرشادات المقدمة للأمهات التي تقوم بها القابلات عوض الطبيب المختص، مما يعكس نقصاً في توفر الأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد بهذه المراكز وحتى المستشفيات .

كما أن مجمل هذه المراكز لا تتوفر على أخصائي نفساني والذي يمثل أحد العوامل التي تساعد الأم في الحصول على الصحة إنجابية سليمة، بالإضافة الى قلة عدد المراكز الشيء الذي دفع الأمهات بالمطالبة بضرورة توفير مراكز أخرى لإنقاص الضغط عليها والتقليل من مدة الانتظار الطويل.

الكلمات الدالة : التطور الصحي، الصحة الإنجابية، الأمومة الآمنة.

Résumé:

Cette étude a pour but la détermination de l'évolution sanitaire au sain de la commune de "Rouissat" et son impact sur la santé reproductive durant les dix dernières années.

L'interrogation d'un échantillon de 110 mères de différents niveaux, nous a permis de découvrir que cette commune a connu un progrès sanitaire concernant ses différents services associés, sauf que certains contrôles qui paraient introuvables tel que l'échographie, le contrôle psychologique et l'absence d'un gynécologue, ainsi que l'insuffisance des centres sanitaires

Mots-clés: développement sain, la santé reproductive, la maternité sans risque